



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: La judicialización de la salud mental: experiencias de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico y sentencia de restricción de capacidad jurídica en Mar del Plata

Autores (en el caso de tesis y directores):

Gabriela Silvina Bru

Eugenia Bianchi, dir.

Gustavo Salerno, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2019

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Gabriela Bru

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL:
EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE
PADECIMIENTO PSÍQUICO Y SENTENCIA DE RESTRICCIÓN DE
CAPACIDAD JURÍDICA EN MAR DEL PLATA

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Directora: Dra. Eugenia Bianchi
(Codirector: Dr. Gustavo Salerno)

Buenos Aires

2019

Resumen

La tesis analiza experiencias y trayectorias de personas envueltas en la problemática de la judicialización de la salud mental en la actualidad. La judicialización de la salud mental es un tema abordado en la investigación social, pero son escasos los estudios centrados en el punto de vista de quienes experimentan los procesos institucionales y portan los enunciados que titulan los legajos judiciales.

En Argentina, quienes reciben un diagnóstico de padecimiento psíquico pueden verse involucradas en el proceso judicial de restricción de capacidad jurídica. Cuando ello sucede, transitan por tiempo indeterminado por instituciones médicas y judiciales. La tesis analiza las experiencias sociales, terapéuticas y judiciales, derivadas de este peregrinar, a partir de cuatro ejes: la perspectiva judicial acerca de la capacidad jurídica, los sentidos y vivencias en relación al padecimiento psíquico, las experiencias y trayectorias en el ámbito judicial, y su cotidianidad actual considerando recorridos institucionales, actividades terapéuticas y formas de sociabilidad.

La tesis sigue un diseño de investigación cualitativo, que estipuló la realización de entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres representados por Curaduría Oficial (Mar del Plata), en tratamiento ambulatorio, y el análisis de legajos judiciales en la misma institución. Además, se realizaron entrevistas a expertos que se desempeñan en el ámbito judicial.

Para el tratamiento de las fuentes primarias y secundarias, me basé en el análisis cualitativo de datos de la teoría fundamentada, una perspectiva analítica coincidente con el carácter interpretativo del proceso de investigación en el cual se sustenta la tesis, interesada por la comprensión de los fenómenos y los significados que los actores dan a sus acciones y experiencias.

A partir del análisis de los legajos judiciales, construí categorías acerca de los casos referenciados en los documentos y representados por Curaduría Oficial, a saber: circunstancias de la sentencia judicial, práctica derivada de la sentencia, menciones a la vida cotidiana en los legajos judiciales, menciones a la autonomía y relaciones sociales de la persona en cuestión.

A través del material obtenido mediante las entrevistas delineé tres ejes. 1) La trama del padecimiento psíquico: transformaciones acaecidas por el surgimiento y diagnóstico de la dolencia, significados atribuidos al término salud mental y sentidos acerca de las relaciones que se tejen en las vivencias del padecimiento psíquico. 2) Las trayectorias institucionales:

decisiones en el tratamiento, formas de control a lo largo de los recorridos, significados relacionados al diagnóstico y la sentencia, y restitución de la capacidad jurídica. 3) La vida cotidiana: peregrinar por las instituciones, significados del padecimiento en la vida cotidiana, medicación, prescripción de comportamientos y regulación de las relaciones. Asimismo, el análisis de las entrevistas a profesionales del Poder Judicial conllevó la construcción de categorías analíticas que permitieron poner en relación las prácticas concretas del poder judicial, vivenciadas por los entrevistados, con los cambios jurídicos acontecidos en un nivel más amplio del campo de la salud mental.

Los resultados incluyen que:

- a lo largo de la trayectoria institucional que implica la judicialización, las personas cumplen pautas terapéuticas, sociales y burocráticas que modulan sus sentidos, prácticas, aspiraciones y decisiones. Todo ello converge en la configuración moral de las personas judicializadas basada en la retroalimentación de diagnósticos, sentencias y derechos.

- la prescripción de comportamientos, tratamientos y vínculos en la vida cotidiana, lejos de buscar la curación, se relaciona con la gestión de la cronicidad en el campo extrahospitalar. En un marco mayor de procesos de normalización del siglo XXI, refleja la renovación o disolución de diferencias tajantes entre lo normal y lo patológico.

- para el ejercicio de derechos se imponen identidades sociales como son las categorías judiciales y las categorías diagnósticas reconocidas al interior del sistema judicial y basadas en sus expectativas y definiciones. La red administrativa de certificados, diagnósticos, sentencias judiciales y ejercicio de derechos visibiliza el enlace médico-jurídico y el establecimiento de los límites de la normalidad.

- una de las formas del ejercicio de poder que atraviesa la judicialización de la salud mental se observa en la relación entre el Poder Judicial, sus funcionarios y las personas representadas. La misma se sostiene en el tecnicismo e investidura de los profesionales y en el uso de lenguaje jurídico en los documentos escritos.

- la burocratización, experimentada por una persona con padecimiento psíquico para acceder a un derecho, obstaculiza la implementación de sistemas de apoyo tal como imponen las leyes vigentes. Muestra de ello es la incongruencia entre los tiempos judiciales y la urgencia del ejercicio de derechos de las personas judicializadas.

- los significados y procedimientos de los operadores judiciales, independientemente del tipo de carátula, se basan en criterios delineados dentro de cada institución judicial concentrados en la persona judicializada: diagnósticos clínicos combinados con criterios morales,

económico- y vinculares.

- los efectos de la judicialización, como trayectoria social e institucional, se extienden a todo el campo social de la persona. Esto ocurre mediante la perpetuación de: procesos institucionales, burocráticos y terapéuticos, y modos rutinarios de autogobernarse derivados de la modelación de las costumbres.

- este ejercicio de poder que se expande en todo el engranaje institucional produce la sensación de vigilancia permanente mediante el monitoreo ambulatorio dado en los recorridos institucionales a lo largo de la vida cotidiana.

Abstract

This thesis analyzes the experiences and trajectories involved in the judicialization of mental health nowadays. The judicialization of mental health is a topic covered in social research, but there is a lack of studies focused on the point of view of those who experiment the institutional processes and carry the statements that give their name to the court dockets.

In Argentina, people who receive a psychiatric diagnosis can be involved in the judicial process of restriction of legal capacity. When that happens, they go through medical and legal institutions for a indefinite period of time. This thesis analyzes the social, therapeutic and legal experiences, derived from this pilgrimage, through four major topics: the legal perspective about the legal capacity, the meanings and experiences in relation to the psychic suffering, the experiences and trajectories in the legal field, their everyday life, considering institutional journeys, therapeutic activities and forms of sociability.

The thesis follows a qualitative research design, which stipulated the conduct of semi-structured interviews to both male and female people represented by the Curaduría Oficial (Mar del Plata), with ambulatory treatment, and the analysis of court dockets in the same institution. In addition, interviews were conducted to people who work in the legal field.

For the treatment of both primary and secondary sources, I have based myself on the qualitative analysis of data from the grounded theory, an analytical perspective that coincides with the interpretative character of the research process in which the thesis is sustained, interested in the comprehension of the events and meanings that actors give to their actions and experiences.

On the basis of the analysis of the court dockets, I built categories about the cases referenced in the documents and represented by the Curaduría Oficial, including the circumstances of the judgment, the practice derived from the judgment, the references to daily life in the court dockets, the references to the autonomy and social relations of the person concerned.

By means of the material obtained through the interviews, I delineated three topics. 1) The scheme of the psychic suffering. 2) The institutional trajectories: decisions in the treatment, forms of control throughout the journeys, meanings related to the diagnosis and the judgment, and restitution of the legal capacity. 3) Daily life: pilgrimage through institutions, meanings of

the suffering in daily life, medication, prescription of behaviors and regulation of the relations. In addition, the analysis of the interviews to professionals of the Court System led to the building of analytical categories that allowed linking the concrete practices of the court system, experienced by the interviewed, with the legal changes that occurred on a wider level of the mental health field.

The results include that:

- Throughout the institutional trajectories that implies the judicialization, people comply therapeutic, social and bureaucratic guidelines, which shape their senses, practices, aspirations and decisions. All of this converge in the moral configuration of the judicialized people based on the feedback of diagnosis, judgments and rights.

- The prescription of behaviors, treatments and bonds in daily life, far from looking for a cure, is related to the management of chronicity in the outpatient field. In a wider framework of normalization processes of the 21st century, reflects the renewal or dissolution of categorical differences between the normal and the pathological.

- For the exercise of rights, social identities are imposed as the legal and diagnostic categories recognized inside the court system, and are based on their expectations and definitions. The administrative network of certificates, diagnoses, judgment and exercise of rights makes the medical-judicial link and the setting of normality limits visible.

- One of the forms in which the exercise of power goes through the judicialization of mental health is observed in the relation among the Court System, their officers and the people represented. This relation rests in the technicalities and investiture of the professionals and in the use of legal language in the written documents.

- The bureaucratization, experienced by a person with psychic suffering to access a right, hamper the implementation of support systems as the existing laws impose. Proof of this is the incongruence between legal times and the urgency of the exercise of right of the judicialized people.

- The meanings and procedures of the judicial officers, regardless of the type of judgment, are based in criteria outlined inside each legal institution focused on the judicialized person: clinical diagnoses combined with moral, economical-labour and bonding criteria.

- The effects of judicialization, as social and institutional trajectories, are extended to the whole social field of the person. This occurs through the perpetuation of: institutional, bureaucratic and therapeutic processes and routine ways of self-government derived from the custom modeling.

- This exercise of power expanded in the completely institutional machinery produces the feeling of permanent surveillance through the outpatient monitoring happened in the institutional journeys along daily life.

Índice

Resumen	2
Índice	8
Lista de Tablas	12
Lista de Gráficos	13
Agradecimientos	14
Introducción	15
Capítulo 1: Contextualización y lineamientos conceptuales	23
Introducción	24
Primera parte. Perspectivas acerca de la salud mental: de la normalización a las nociones e instituciones en salud mental	25
1. Los procesos de normalización en el campo de la salud mental: clasificaciones, instituciones y trayectorias	25
2. Normalidades, alienismo y salud mental: La perspectiva alienista de la salud mental	26
3. La crítica a las prácticas alienistas y los antecedentes del enfoque de Derechos Humanos y Salud Mental	27
4. El enfoque de Derechos Humanos en el campo de la salud mental en Argentina	30
5. Salud mental en clave de experiencia: antecedentes de investigación cualitativa	32
6. Diagnósticos, prácticas y trastorno: la mirada molecular en el contexto del campo de la salud mental y la renovación de los procesos de normalización	35
Segunda parte. La judicialización de la salud mental: prácticas, categorías y sujetos	37
1. Prácticas judiciales, locura y peligrosidad: La perspectiva judicial del padecimiento psíquico	37
2. La capacidad jurídica: clasificaciones, categorías y efectos	39
3. Salud mental e institucionalización: las trayectorias institucionales	41
4. Salud mental, iatrogenia y cronificación institucional	43
Capítulo 2: Del proyecto al proceso, un largo trecho. Decisiones relativas al diseño de investigación	45
Introducción	46
1. El diseño flexible: la investigación social como un continuum	46
2. Decisiones relativas a la delimitación del problema	47
3. Decisiones relativas a la selección: la muestra	48
3.1. La Curaduría Oficial de Mar del Plata	49
4. Decisiones relativas a la recolección de datos	50
4.1. Técnica de recolección de datos: la observación documental de los legajos judiciales	51
4.2. Técnica de recolección: la entrevista semiestructurada	52
4.3. Las entrevistas: tipos de preguntas, modalidades y escenarios	54

4.4.	Las entrevistas a las personas judicializadas.....	54
4.5.	Las entrevistas a los funcionarios.....	57
5.	Decisiones relativas al procesamiento y análisis de datos.....	57
5.1.	La construcción de los datos: desde la primera aproximación hasta la definición de categorías y dimensiones.....	60
6.	Decisiones relativas a la ética de la investigación social con personas judicialmente insanas e inhabilitadas	63
6.1.	El consentimiento informado. Desde los aspectos burocráticos a la puesta en práctica	64
6.2.	Los efectos de las técnicas de investigación cualitativa en los sujetos investigados	67
Capítulo 3: El campo judicial. De lo general a lo particular del caso.....		70
	Introducción	71
1.	Una aproximación a la institución: la CO	71
2.	Caracterización demográfica de la población que asiste a la CO de Mar del Plata	73
3.	Algunos cruces de variables	76
3.1.	Género y diagnóstico.....	76
3.2.	Residencia por tipo y ciudad	76
3.3.	Sentencias y diagnósticos.....	78
	Algunas conclusiones	81
Capítulo 4: Sentencias, prácticas y causantes. La configuración del legajo judicial		84
	Introducción	85
1.	La primera lectura de legajos: secuencias, frecuencias y causantes.....	87
2.	Las prácticas de normalización en el Poder Judicial: Un análisis de los legajos judiciales de casos de restricción de capacidad jurídica	91
2.1.	Circunstancia de la sentencia	93
2.2.	Práctica derivada de la sentencia.....	97
2.3.	Expresiones relacionadas a la vida cotidiana	99
2.4.	Autonomía.....	100
2.5.	El entorno social en los legajos judiciales.....	103
	Algunas conclusiones	106
Capítulo 5: Sentidos y vivencias en relación al padecimiento psíquico.....		109
	Introducción	110
1.	Primeros sentidos en relación al padecimiento: “Hasta que me enfermé”	110
2.	El papel de los vínculos en la experiencia de padecimiento psíquico: no quiero saber más nada	114
3.	Los proyectos: “¡Qué preguntas me hacés!”	116
4.	De los sentidos del padecimiento psíquico a la normalización	120
5.	La experiencia de padecimiento: de la cabeza a la salud mental.....	123

6.	La prescripción de comportamientos, vínculos y medicamentos	127
6.1.	Las modalidades de autocuidado.....	128
6.2.	La prescripción del tratamiento farmacológico.....	129
6.3.	Las prescripciones de los comportamientos procedentes de la internación	131
	Algunas conclusiones	134
Capítulo 6: Las experiencias y trayectorias en el ámbito judicial de las personas con padecimiento psíquico		137
	Introducción	138
1.	Circunstancias relacionadas con la sentencia judicial: “Por lo menos podía comer” .	138
2.	Modalidades para lidiar con la burocracia: “te vamos a dar un diagnóstico pero no te asustes”	141
3.	El diagnóstico judicial: “El diagnóstico que me pusieron”	145
4.	La normatividades en las prácticas judiciales: “¿Vos viste la simbología de la justicia?” 149	
5.	La restitución de la Capacidad Jurídica: “Los ríos más grandes están pasando por otro lado”.....	155
6.	Significados asociados a las normas jurídicas de salud mental.....	159
	Algunas conclusiones	162
Capítulo 7: Vida cotidiana, padecimiento psíquico y judicialización. De la Curaduría al consultorio		164
	Introducción.....	165
1.	La significación e inscripción del padecimiento psíquico en la vida cotidiana: “Así que ahí andamos, preocupado por la salud”	166
2.	Las formas de control en la vida cotidiana: recorrer las instituciones.....	168
3.	Las pautas médicas y judiciales en la vida cotidiana.....	172
4.	Las relaciones y las formas de relacionarse: “hay vínculos que no son buenos para mi” 177	
	Algunas conclusiones	180
Recapitulación y conclusiones		185
1.	De las distintas sentencias a la homogeneidad de las prácticas.....	187
2.	Burocracias, sentencias y diagnósticos.....	189
3.	La normalización del padecimiento psíquico: la prescripción de comportamientos, vínculos y medicamentos	191
4.	Capacidad jurídica, clasificaciones y relaciones de poder	193
5.	Las formas de control en la vida cotidiana: recorrer las instituciones.....	194
6.	La normalización: de la institución total a la institucionalización ambulatoria	195
7.	Investigación cualitativa, salud mental y problemas emergentes.....	197
Anexos.....		198
Referencias bibliográficas.....		202

Normativas consultadas	218
Otras fuentes	219

Lista de Tablas

Tabla 2.1: Personas entrevistadas con apoyo o representación de la CO.....	49
Tabla 2.2: La trama de padecimiento	61
Tabla 2.3: Trayectorias institucionales.....	62
Tabla 2.4: Vida cotidiana, presente y padecimiento psíquico	62
Tabla 2.5: Dimensiones elaboradas a partir de las entrevistas a funcionarios judiciales	63
Tabla 4.1: Circunstancia de la sentencia	94
Tabla 4.2: Práctica derivada de la sentencia	97
Tabla 4.3: Menciones de la vida cotidiana	99
Tabla 4.4: Autonomía	101
Tabla 4.5: Entorno social	103
Tabla 5.1: Desencadenantes del padecimiento	112
Tabla 5.2: Sentidos relacionados con los vínculos	114
Tabla 5.3: El futuro	116
Tabla 6.1: Circunstancias en que acuden a la institución por primera vez	138
Tabla 6.2: Características del diagnóstico	145
Tabla 6.3: Funciones y prácticas judiciales	149
Tabla 6.4: Implementación de los sistemas de apoyo	157
Tabla 7.1: Recorrido por las instituciones en la vida cotidiana.....	168
Tabla 7.2: La medicación en la vida cotidiana	173

Lista de Gráficos

Gráfico 3.1: Personas representadas por la CO distribuidas por tipo de sentencia	74
Gráfico 3.2: Personas judicializadas distribuidas por diagnóstico	75
Gráfico 3.3: Personas representadas por CO según tipo de residencia	75
Gráfico 3.4: Personas judicializadas con diagnóstico de psicosis crónica y retraso mental distribuidas por género	76
Gráfico 3.5: Personas judicializadas distribuidas por tipo y ciudad de residencia.....	77
Gráfico 3.6: Distribución de personas judicializadas por género y franja etaria	79
Gráfico 3.7: Mujeres representadas por la CO distribuidas por diagnóstico y franja etaria	79
Gráfico 3.8: Varones representado por la CO distribuidos por diagnóstico y franja etaria	80
Gráfico 4.1: Género	87
Gráfico 4.2: Diagnóstico del informe	88
Gráfico 4.3: Grupo etario.....	88
Gráfico 4.4: Vive con	88
Gráfico 4.5: Residencia	88
Gráfico 4.6: Tipo de sentencia.....	89
Gráfico 4.7: Fecha de sentencia.....	89
Gráfico 4.8: Disparador de la judicialización	89
Gráfico 4.9: Cualidades de la persona judicializada.....	91
Gráfico 4.10: Categorías de análisis de las narrativas judiciales	92
Gráfico 5.1 Desencadenantes, vínculos y futuro	119
Gráfico 5.2 Significados del padecimiento	120
Gráfico 5.3 Concepto Salud Mental	125
Gráfico 6.1: Lidar con la burocracia	141
Gráfico 6.2: la Restitución de la capacidad	155
Gráfico 6.3 Normativas jurídicas- LNSM	160
Gráfico 7.1: Formas de control manifestadas en la cotidianidad	173
Gráfico 7.2 Relaciones prohibidas, impuestas y sugeridas	177
Gráfico 7.3: El padecimiento psíquico en la vida cotidiana	180

Agradecimientos

La presente tesis doctoral fue posible gracias a la colaboración y participación de personas e instituciones que me acompañaron y asesoraron en diferentes aspectos, y que estuvieron involucradas en alguna parte de su desarrollo.

Deseo agradecer especialmente el apoyo de la Doctora Eugenia Bianchi, quien con su infinita paciencia y rigurosidad académica me ha orientado a lo largo de la investigación y de la redacción de la tesis. Su acompañamiento ha sido un aporte invaluable en el desarrollo de la tesis y en mi formación como investigadora.

También, mi más sincero agradecimiento al Doctor Gustavo Salerno, quien me incentivó a iniciar una carrera doctoral acompañándome desde las primeras decisiones de este recorrido académico.

Asimismo, agradezco a la Doctora Agustina Palacios, directora de mi beca doctoral, quien facilitó las vías institucionales para radicar mi trabajo en el marco del grupo de investigación “Sociedad, Discapacidad y Derechos Humanos” del Centro Investigación y Docencia Alicia Moreau (UNMDP). De igual forma, manifiesto mi agradecimiento a CONICET por haberme otorgado una beca doctoral, sin la cual no hubiese podido dedicarme exclusivamente por un período de tiempo a la formación y a la investigación.

Me gustaría agradecer, también, la ayuda que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción del trabajo, así como a los docentes del Programa de Doctorado que conocí a lo largo de los diferentes seminarios.

Le debo mi profundo agradecimiento a las autoridades de la Curaduría Oficial por abrir las puertas de la institución y permitirme realizar parte del proceso investigativo dentro del establecimiento judicial. Las actividades realizadas con legajos judiciales y bases de datos fueron posibles gracias al acompañamiento de quienes se desempeñan cotidianamente en la institución. De la misma forma, agradezco a las personas entrevistadas que tuvieron la predisposición de compartir su experiencia y su transitar por las instituciones.

Esta tesis está dedicada a mi madre, a mis hermanas y sobrinas, por su cariño y acompañamiento en todas las facetas de la vida. Y a mi compañero, por su amor, comprensión y solidaridad en los momentos complicados del largo proceso que concluye con esta presentación.

Introducción

La tesis analiza las experiencias y trayectorias de las personas involucradas en la problemática de la judicialización de la salud mental en la actualidad. La judicialización de la salud mental es un tema ya abordado en la investigación social, sin embargo, son escasos los estudios que se centran en el punto de vista de quienes experimentan los procesos institucionales y son portadores de los enunciados que titulan los legajos judiciales.

En Argentina, las personas que reciben un diagnóstico de padecimiento psíquico pueden verse involucradas en el proceso judicial de restricción de capacidad jurídica (sea de insania, inhabilitación o determinación de capacidad). Cuando ello sucede, las personas transitan por tiempo indeterminado por instituciones médicas (a partir de un diagnóstico) y por instituciones judiciales (a partir de una sentencia). Este peregrinar institucional deriva en experiencias sociales, terapéuticas y judiciales específicas. La tesis analiza estas experiencias, a partir de cuatro ejes: la perspectiva judicial acerca de la capacidad jurídica, los sentidos y vivencias en relación al padecimiento psíquico, las experiencias y trayectorias en el ámbito judicial, y su cotidianidad actual, considerando los recorridos institucionales, las actividades terapéuticas y las formas de sociabilidad.

En este marco, cobra especial sentido la noción de experiencia de padecimiento, que se refiere a la forma por la cual las personas se sitúan ante o asumen la situación, otorgándole significados y desarrollando modos rutinarios de lidiar con esta (Alves, 1994 y 2006; Rabelo, Alves y Souza, 1999; Good, 1994; Mercado Martínez, 1999). El concepto de experiencia permite comprender cómo las tramas de sentido de un padecimiento se interconectan y tejen una red de acciones, relaciones, lugares y significaciones; y cómo algunas de las características del sentido cotidiano se ven conquistadas por la experiencia de padecimiento (Good, 1994). El problema de la tesis se sustenta en esta mirada: la judicialización de la salud mental, pues en los sentidos y vivencias del padecimiento psíquico se apoya la permanencia y circulación por las instituciones judiciales y de salud.

Entendiendo la judicialización como trayectoria social e institucional, una de las hipótesis de esta tesis consiste en que la inserción de una persona al campo judicial por vía de una sentencia de insania, inhabilitación o determinación de capacidad tiene efectos que se extienden a todo el campo social de la persona, independientemente del tipo de sentencia que reciba. Todo ello, da lugar a un análisis de la judicialización que irradia la discusión en múltiples

direcciones significativas en las ciencias sociales, saliendo de los márgenes estrictos del análisis de las sentencias.

La judicialización abordada como fenómeno social, se sostiene en los estudios acerca de la institucionalización, entendiendo la misma como una noción abierta que excede la institución total, o por fuera de los muros institucionales (Valero y Faraone, 2016). Asimismo, esta tesis se sustenta en el concepto de normalización, que, en el siglo XXI, se presenta como un término abierto a formas intermedias y flexibles, y no vinculado directa ni exclusivamente al desorden o desvío (Bianchi, 2016). Específicamente, la norma médica se introduce en las distintas facetas de la vida de la población mediante vectores como la moralización y modificación de las costumbres; y la normalización como la asimilación a las normas y valores hegemónicos o subjetivación de la norma (Huertas, 2008; 2009). A partir de lo dicho, comprendo que una de las formas mediante las cuales opera la normalización es, lo que Barcala (2011) denominó la iatrogenia institucional, entendida como el efecto de las trayectorias institucionales emprendidas por las personas diagnosticadas.

Además, es preciso pensar la problemática de la judicialización en un contexto más amplio de las políticas de la vida contemporáneas suscitadas en las prácticas de la salud mental. Rose (2012), conceptualiza la biopolítica como la manera en que los seres humanos ingresan en los valores y luchas políticas, y propone la neuropolítica como una configuración particular de la biopolítica -y en este sentido de la verdad, del poder, y de la subjetividad- donde el cerebro se vuelve un medio para gobernar. En esta clave, la molecularización de la vida, la optimización del cuerpo y la economía de la vitalidad (o bioeconomía) son algunos de los procesos que menciona. Desde esta perspectiva, en la actualidad, se cruzan una perspectiva integral de la salud mental con una mirada molecular del trastorno.

De acuerdo a Murillo (2011, 2013), la tecnología molecular suscitada por las neurociencias se presenta como la forma de gobierno actual del neoliberalismo. En este sentido, considero que las prácticas basadas en una mirada molecular facilitan los procesos de normalización no basados en el desvío y los procesos de institucionalización por fuera de las instituciones asilares. En relación con este punto, uno de los aspectos que permeó todas las narrativas analizadas en la investigación es que la administración del fármaco de acuerdo a las prescripciones médicas sostiene la vida cotidiana en el espacio ambulatorio.

Por su parte, la implementación de las normativas jurídicas vigentes en materia de salud mental y capacidad jurídica, modifica los procesos judiciales y las formas en las que las personas con padecimiento psíquico ejercen sus derechos. Una investigación acerca de esta problemática en nuestro país concluye que las modificaciones en el plano legal no significaron transformaciones en la situación de las personas con padecimiento psíquico (Veleda, 2011). Un ejemplo de ello es una investigación realizada por el CELS (2014) en nuestro país, en la cual se constató que entre las personas que afirmaron tener una restricción a su capacidad legal, sólo un 20% señaló que fue revisada con posterioridad a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

En un contexto de transformaciones legales respecto a la capacidad jurídica, la investigación social permite visibilizar la situación en el plano de las prácticas sociales al interior del campo judicial. Con esa línea como encuadre, específicamente en esta tesis se busca comprender las particularidades que adquiere la judicialización a partir de las experiencias de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico y restricción de capacidad jurídica en la ciudad de Mar del Plata, mediante una recolección de datos de fuentes primarias y secundarias realizada durante el periodo 2015-2018.

Para abordar este problema opté por un diseño cualitativo, que estipuló la realización de 30 entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres representados por CO (Mar del Plata), que se encuentran en tratamiento ambulatorio, y el análisis de 40 legajos judiciales en la misma institución, de casos de insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica. Además, y en acuerdo con la sugerencia de la evaluadora del plan de tesis, se realizaron cinco entrevistas adicionales a expertos que se desempeñan en el ámbito judicial a fin de contextualizar la realidad de los primeros treinta entrevistados.

El trabajo de campo, en lo atinente a la recolección de las fuentes primarias y secundarias, abarcó diferentes períodos, y se estructuró en torno a cuatro etapas relacionadas entre sí. El primer período, que comienza en el mes de marzo del año 2015, trabajé con fuentes secundarias, específicamente, documentos judiciales analizados. En la segunda etapa de recolección de datos, que abarca el período de tiempo de agosto a noviembre del 2015, realicé diez entrevistas a personas con padecimiento psíquico judicializadas y representadas por la CO. Hombres y mujeres, de 50 a 60 años que residían en Mar del Plata al momento de participar en la investigación. La siguiente etapa de recolección de datos, durante el período de septiembre a diciembre del 2016, se organizó alrededor de la toma de entrevistas a veinte personas con

padeamiento psíquico judicializadas y representadas por la CO. Participaron hombres y mujeres, de 40 a 80 años que residían en Mar del Plata al momento de hacer la entrevista. Finalmente, entre marzo y junio del 2018 realicé cinco entrevistas. En esta tercera etapa entrevisté a funcionarios del poder judicial que se desempeñan en la temática de la discapacidad psicosocial en el ámbito local y nacional. Estas entrevistas, semiestructuradas en persona y semiestructuradas virtuales, resultaron de utilidad para poner en relación las prácticas concretas del poder judicial con los cambios jurídicos acontecidos en un nivel más amplio del campo de la salud mental.

Todas las entrevistas adquirieron las características de semiestructurada, dado que constan de ítems flexibles de información (Sautu, Boniolo y Elbert, 2005). Respecto a la guía de las entrevistas a personas diagnosticadas con un padeamiento psíquico y judicializadas, incluí dimensiones tales como: (1) las condiciones generales de vida, composición familiar, actividades sociales; (2) las experiencias en relación al padeamiento, emergencia del padeamiento, características y modificaciones; (3) las trayectorias de tratamiento, características, dispositivos; (4) las experiencias y trayectorias judiciales, características de las instituciones, actividades realizadas en estas y para qué; (5) la perspectiva de los cambios normativos. Además, incorporé preguntas de dimensiones que se reiteraban y que no habían sido tenidas en cuenta en un principio. Para las entrevistas a los funcionarios construí una guía de preguntas centradas en los paradigmas en salud mental, el trabajo llevado a cabo en su institución y las nociones de capacidad jurídica.

Para el tratamiento de las fuentes, me basé en los procedimientos posibles para el análisis cualitativo de datos de la teoría fundamentada, ya que esta perspectiva analítica es coincidente con el carácter interpretativo del proceso de investigación en el cual se basa la tesis. En este sentido, el análisis de los datos obtenidos -de las entrevistas y de los documentos judiciales- consistió en la identificación de núcleos temáticos y su consecuente articulación, determinando los mapas conceptuales presentes en el texto.

La investigación atiende a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET (Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología N° 2857/2006, y se orienta mediante la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud N° 1480/2011). Además, el estudio respeta los Principios Éticos para la Investigación con Seres Humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 de Investigaciones

Científicas en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario, y la Ley 25316 de Protección de Datos Personales. Además, el diseño de investigación fue evaluado por el Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) constituido en Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Avanzando en el análisis de los legajos judiciales, construí categorías acerca de los casos referenciados en los documentos judiciales y representados por Curaduría, a saber: las circunstancias de la sentencia en las cuales intervino el Poder Judicial; la práctica derivada de la sentencia; las menciones a la vida cotidiana en los legajos judiciales; la autonomía y los parámetros utilizados en los legajos judiciales para referirse a la misma; las menciones a lo relacional como un aspecto a supervisar o controlar a lo largo de toda su vida.

A partir del análisis de las entrevistas a personas judicializadas elaboré las categorías organizadas en tres ejes. El primero, la trama del padecimiento psíquico, en el cual analizo las transformaciones acaecidas por el surgimiento y diagnóstico de la dolencia, los significados atribuidos al término salud mental y algunos sentidos acerca de las relaciones que se tejen en las vivencias del padecimiento. El segundo eje, trayectorias institucionales, se refiere a las decisiones en el tratamiento, las formas de control a lo largo de los recorridos, los significados relacionados al diagnóstico y a la sentencia, la restitución de la capacidad en cruce con los sentidos sobre las normas jurídicas. Finalmente, el tercer eje de análisis se relaciona con la vida cotidiana de las personas con padecimiento psíquico con sentencias de restricción de capacidad jurídica. Entre las dimensiones de este eje encuentro el peregrinar por las instituciones, los significados del padecimiento en la vida cotidiana, la medicación, la prescripción de comportamiento en la vida cotidiana, y la regulación de las relaciones.

Por su parte, el análisis de las entrevistas a profesionales del Poder Judicial conllevó la construcción de categorías analíticas, tales como las normativas jurídicas nacionales e internacionales relevantes, las conceptualizaciones y transformaciones respecto a la capacidad jurídica y la aplicación del enfoque de Derechos Humanos en Salud Mental.

Como introducción a los contenidos de la tesis, menciono aquí que en el capítulo uno explicito la trama conceptual en la que se sustenta la investigación. Propongo un recorrido espiralado, desde una dimensión genérica, a la especificidad del problema de investigación. Así, el capítulo comienza desarrollando algunas perspectivas acerca de los procesos de normalización para posteriormente aproximarse al alienismo como perspectiva de intervención

de la psiquiatría, en tanto estrategia normativizadora (Huertas, 2009). Asimismo, comento algunas investigaciones que identifican analizadores de la normalización centrados en lo biológico y en un contexto neoliberal, ya que reaparecen en las fuentes primarias de investigación, en formatos combinados con las formas tradicionales de control.

También describo de qué manera se circunscribe teórica y políticamente el concepto de salud mental, en relación al concepto de padecimiento mental como una dimensión central en la perspectiva de Derechos Humanos. Además, la estrategia de pensar en las experiencias, ofrece un panorama fenomenológico de investigaciones cualitativas que hicieron de antecedentes al proceso analítico debido a que proporcionó dimensiones de análisis de las cuales partir.

Por último, identifico aspectos jurídicos que propician cambios en las prácticas judiciales en torno a la capacidad jurídica, mediante la revisión de algunas investigaciones que han desarrollado este tópico.

En el capítulo dos expongo las características metodológicas y el modo de comprender la investigación social que resultaron relevantes para la elaboración del diseño de investigación. También presento las decisiones tomadas en los diferentes momentos de la investigación, decisiones relativas a la delimitación del problema, a la selección (la muestra), a la recolección de datos y al procesamiento y análisis de datos.

Finalmente, describo los resguardos éticos que se tomaron en el trabajo de campo, teniendo en cuenta tanto los aspectos burocráticos y legales previos a la realización de las entrevistas, como las cuestiones éticas al momento de poner en práctica el instrumento.

El capítulo tres ofrece una descripción del campo judicial en el que se insertan las Curadurías Oficiales, desde un análisis general a la particularidad de la institución local. Expongo datos sobre la población, enfocando este análisis en la institución judicial local. Esto significó caracterizar transversalmente la población de la institución, tomando como referencia la totalidad de casos del Departamento Judicial de Mar del Plata. Entre las dimensiones elaboradas para el análisis se encuentran: la fecha de la sentencia (agrupada según década: del 80, 90, 2000 o 2010), franjas etarias más representativas (agrupadas en dos franjas: 39-59 y 60-80) y con quién residen las personas en cuestión (solo, con la familia o allegados). También observé el disparador de la judicialización, es decir, qué persona o institución inicia el proceso

judicial (Asesoría de Incapaces, médico tratante, empleador, familia, el municipio, e Juzgado Civil y Comercial, o sin dato).

En el capítulo cuatro realizo una descripción focalizada en cuarenta casos de personas representadas por la institución local, seleccionados del primer análisis transversal. A partir de la lectura de los legajos judiciales, construí categorías acerca de los casos referenciados en los documentos judiciales de la CO y representados por la misma. Considero para el análisis: las formas en las que se refiere a la persona, las circunstancias de las sentencias y las prácticas derivadas de estas. Articulo otras nociones que surgen como importantes en los legajos, relacionados con los vínculos de la persona en cuestión, la cotidianidad esperada por el Poder Judicial y rastreo cómo la noción de autonomía se presenta en los documentos.

El capítulo cinco expone los sentidos en relación al padecimiento desde la perspectiva de los entrevistados, los significados asociados al padecimiento y la resignificación de los proyectos vitales mediados por la experiencia de padecimiento psíquico. Asimismo, consideré las normatividades acaecidas por el diagnóstico y la prescripción del comportamiento, medicamentos y vínculos como un área clave a la hora de establecer formas de control.

Estos aspectos permiten, finalmente, analizar la configuración moral de quien recibe un diagnóstico de salud mental que se puede observar en el cumplimiento de prescripciones de diferente índole vinculadas a las expectativas institucionales. En esta clave, hay que entender cómo es que el comportamiento de los sujetos es orientado no solo por el cumplimiento del tratamiento, sino por prescripciones que incluyen: las compañías de otras personas en la vida cotidiana, la higiene, la administración de los psicofármacos, entre otros elementos que exceden lo clínico y lo administrativo-judicial.

En el capítulo seis caracterizo y analizo las experiencias y trayectorias de las personas con padecimiento psíquico en el ámbito judicial. Esto incluye la comprensión inicial sobre el campo judicial y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria, las modalidades para lidiar con el campo y la construcción de la investidura para resolver situaciones judiciales. Asimismo, analizo la relación que establecen las personas entrevistadas con algunos documentos, como son las sentencias judiciales que se presentan como herramientas para explicar y ratificar las vivencias compartidas a lo largo de las entrevistas.

Además, consideré las ideas en torno a la restitución de la Capacidad Jurídica y las normativas jurídicas en materia de salud mental y Derechos Humanos, observando la existencia

de algún tipo de repercusión en las experiencias institucionales. En este contexto, se observa que para el ejercicio de derechos se imponen identidades sociales como son las categorías judiciales y las categorías diagnósticas reconocidas al interior del sistema judicial. De esta manera, se construye una identidad social basada en expectativas y definiciones institucionales.

En el capítulo siete analizo la vida cotidiana y el lugar que en esta ocupan las instituciones médicas y judiciales desde la perspectiva de las personas con padecimiento psíquico. De esta manera, describo la significación que adopta el padecimiento psíquico en la vida cotidiana, y las formas de control de las instituciones que se materializa en los recorridos cotidianos de las personas entrevistadas.

En la etapa del diseño de investigación no buscaba indagar específicamente en el tema de la vida cotidiana. Sin embargo, la experiencia de padecimiento en el cotidiano se constituyó como un tópico emergente, que se transformó en uno de los temas enriquecedores de la investigación. Mediante el análisis de las actividades y hábitos que desarrollan diariamente los participantes de las entrevistas, se constata la relación entre la vida cotidiana de las personas con padecimiento psíquico y el sistema judicial y de salud. La vida cotidiana ante los tratamientos ambulatorios se vuelve un escenario propicio de control y supervisión por parte de las instituciones.

Finalmente abordo a las conclusiones de la tesis. Recapitulo las ideas que confluyen en la comprensión del problema y retomo algunos supuestos para refutarlos o confirmarlos. Además, reflexiono acerca de los temas que no fueron abordados en el transcurso de la tesis y que habilitan un nuevo diseño de investigación.

Capítulo 1: Contextualización y lineamientos conceptuales

Introducción

El objetivo de este capítulo es explicitar la trama conceptual en la que se basa la investigación. Propongo un recorrido espiralado, desde una dimensión genérica, a la especificidad del problema de investigación. Así, partiré refiriéndome a los procesos de normalización para finalmente abordar la judicialización en la salud mental.

El establecimiento de lo normal y lo patológico no se restringe a un campo ni se ejerce del mismo modo a lo largo del tiempo. Los efectos normalizadores de la institución asilar se extienden en su versión liviana a la institución judicial, y en la actualidad adquiere particularidades que es posible estudiar a partir de las experiencias de las personas entrevistadas en la investigación que dio pie a esta tesis. Por este motivo, el capítulo comienza desarrollando algunas perspectivas acerca de los procesos de normalización, para, posteriormente, aproximarse al alienismo como perspectiva de intervención de la psiquiatría, en tanto estrategia normativizadora (Huertas, 2009) que excedió el campo médico para transformarse en una forma de significar la diversidad de otredades que implicaban desorden público. Asimismo, comento algunas investigaciones que identifican analizadores¹ de la normalización centrados en lo biológico y en un contexto neoliberal porque estos analizadores reaparecen en las fuentes primarias de investigación, combinados con las formas tradicionales de control.

También hago un recorrido por los avances en investigación en la intersección salud mental y Derechos Humanos, porque corrobora la introducción de una mirada integral de la salud mental que repercute en la judicialización. Describiré de qué manera se circunscribe teórica y políticamente el concepto de salud mental. Esta manera de abordar el campo, tiene efectos teóricos y metodológicos en la investigación, ya que pondero el concepto de padecimiento mental como una dimensión central en la perspectiva de Derechos Humanos.

La judicialización abordada como construcción social, se sostiene en los estudios acerca de la institucionalización, entendiendo la misma como una noción abierta que excede la internación. Por eso, avanzo en algunas investigaciones que estudiaron trayectorias institucionales no siempre ligadas a la internación.

De igual modo, considero pertinente identificar aspectos conceptuales en torno a la capacidad jurídica. La LNSM y el Código Civil y Comercial, introducen una nueva mirada

¹ El término analizador permite visibilizar y tornar perceptible un fenómeno privilegiado de formas y características (Faraone, Barcala y Torricelli, 2009; Faraone, 2012)

acerca de la capacidad jurídica basada en Derechos Humanos que, en lugar de restringir la toma de decisiones, parte de la presunción de capacidad de todas las personas (LNSM; 2010. Art. 3).

Recapitulando el marco de Derechos Humanos en el campo de la salud mental en el que cobra sentido la noción de padecimiento mental, avanzaré en la aproximación teórico-metodológica que pondera las experiencias y perspectivas de los sujetos. Debido a que la tesis se centra en la experiencia de personas que han recibido un diagnóstico de salud mental y han sido judicializadas, avanzo en la definición que aquí se le atribuye al término “experiencia”. El mismo permite comprender qué sucede desde el punto de vista de aquellos que viven una situación concreta, y cómo, por medio de ese proceso, los individuos y grupos sociales conciben reflexivamente el mundo. Las investigaciones sobre las experiencias de padecimiento ofrecen un panorama de investigaciones cualitativas que hacen de antecedentes de esta tesis.

Primera parte. Perspectivas acerca de la salud mental: de la normalización a las nociones e instituciones en salud mental

1. Los procesos de normalización en el campo de la salud mental: clasificaciones, instituciones y trayectorias

Existe amplia bibliografía que refiere a la normalidad en términos de construcción social. La modelación de los modos de ser normal se lleva a cabo mediante “la proliferación de las tecnologías políticas que van a actuar sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y las condiciones de vida” (Donzelot 1998: 10). Uno de los efectos es un conjunto de personajes “residuos” de la sociedad moderna, que son definidos e intervenidos por la psiquiatría, los educadores, los trabajadores sociales y los psicoanalistas, mediante diversas etiquetas (oficiales, y no oficiales). Algunos autores observaron cómo la desviación significaba una ruptura de un conjunto de normas que representan la salud o la normalidad (Freidson, 1978).

De acuerdo a Becker, “es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal” (Becker, 2014: 28). Tomando este rodeo analítico y llevado al campo de la salud, se puede identificar la perspectiva de acuerdo a la cual se conceptualiza el diagnóstico como una producción social, y a la psiquiatría como una forma de etiquetamiento de quienes son diagnosticados (Basaglia, 2006). Según este enfoque, el diagnóstico se comprende como status social dependiente de las “contingencias sociales antes que médicas” (Scheff, 1973 en Menéndez, 1979: 30), o como mecanismo de segregación social y consecuencia de la estructura económica y productiva (Basaglia, 2006). Por su parte, Rosenhan (1982) señaló el carácter histórico social y cultural del diagnóstico en salud mental, pues no solo varía el modo de

sobrellevar el diagnóstico sino el modo de formularlo. En su búsqueda por diferenciar lo sano de lo enfermo, se pregunta si las características que permiten el diagnóstico residen en el paciente, en su contexto o en las circunstancias de quienes diagnostican.

Goffman (2015 [1963]) problematiza la temática mediante el concepto de estigma. Según el autor, el estigma es un proceso social que “implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos (los estigmatizados y los normales), como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida” (Goffman, 2015: 172). El estigma implica un rol de interacción en relación a otro normal. En consecuencia, los atributos estigmatizantes no determinan la naturaleza del rol, sino la frecuencia. Como se trata de roles y no de personas, el autor agrega que aquellos estigmatizados elaboran prejuicios hacia otros grupos de estigmatizados.

De acuerdo a Huertas (2008; 2009), la norma médica se introduce en las distintas facetas de la vida de la población mediante dos vectores: la moralización y modificación de las costumbres; y la normalización como la asimilación a las normas y valores hegemónicos o subjetivación de la norma. “El espacio social (abierto y público) aparece también como un ámbito, objeto de estrategias normativizadoras (...) en el que la protección de la salud de la población se entrecruza a menudo con actuaciones de vigilancia preventiva” (Huertas, 2009: 31).

A la luz de estas consideraciones teóricas, entiendo que el estudio de la judicialización de la salud mental permite corroborar que la forma de establecer lo normal y lo patológico no se restringe al campo médico, sino que existen otras instituciones, como el poder judicial, donde el control social se ejerce de otros modos, tanto para proteger como para vigilar.

2. Normalidades, alienismo y salud mental: La perspectiva alienista de la salud mental

Es posible avanzar en el análisis incorporando el lugar que el alienismo ha tenido en relación a la normalización social. El alienismo como perspectiva de intervención de la psiquiatría se convirtió, progresivamente, en una estrategia normativizadora (Huertas, 2009) que excedió el campo médico, para transformarse en una forma de significar la diversidad de otredades que implicaban desorden público. El orden, en tanto la reproducción estable de la sociedad, suponía “no solamente un aparato coercitivo o represor, más o menos eficaz sino también una lógica de adhesión de dichas voluntades” (Huertas, 2009: 22). De esta forma, el establecimiento de lo normal y lo anormal se dio en los espacios de encierro, pero también por

fuera. En ambos tipos de espacios, abiertos y cerrados, se estableció la normalidad, mediante la coerción, la sugestión y la asimilación de normas y valores hegemónicos.

Si hacemos una revisión histórica encontramos que hace doscientos años atrás se consolidaba una mirada alienista de la salud mental (Vezzetti, 1985) que llevó adelante la patologización de diferentes tipos de situaciones mediante el diagnóstico basado en la observación metódica y el seguimiento del paciente en un espacio restringido (el hospital psiquiátrico). Este proceso fue crucial en la historia de la salud mental, porque la perspectiva alienista instaló la problemática como enfermedad y a esta última le dio un carácter de peligrosidad (Foucault, 2012). El manicomio como un espacio de reclusión, terapéutico y de producción del saber, estuvo estrechamente ligado al nacimiento de la psiquiatría como disciplina científica (Campos y Huertas, 2008).

De acuerdo a Stolkiner (2018), en Argentina el desarrollo de esta perspectiva, basada en los principios de la psiquiatría europea y anglosajona, tuvo efectos en las instituciones ya existentes como el Hospicio de los Alienados (ahora Hospital Braulio Moyano), que había sido creado por la Sociedad de Beneficencia, y en las características de las instituciones inauguradas posteriormente. Se trataba de un ámbito institucional con tratamiento moral basado en el trabajo y en la naturaleza combinado con las primeras experiencias químicas que “configuran una nueva piedad en el trato de los internos” (Sacchetti y Rovere, 2018: 40). A partir de entonces la institución asilar se organizaría en función de la mirada médico-psiquiatra.

3. La crítica a las prácticas alienistas y los antecedentes del enfoque de Derechos Humanos y Salud Mental

En la segunda mitad del siglo XX se esbozan críticas, desacuerdos y disputas respecto de las prácticas alienistas y se comienza a vislumbrar la problemática de la salud mental como una cuestión de Derechos Humanos. Se transforma el modelo de atención en salud mental, pasando de un modelo de psiquiatría asilar a un modelo centrado en la comunidad (Chiarveti, 2008).

Las primeras experiencias de desinstitucionalización fueron la política del sector en Francia, las comunidades terapéuticas en Inglaterra, la psiquiatría democrática en Italia y la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos. Rotelli y otros (1987) analizan la experiencia italiana que dio lugar a una reforma conocida a nivel internacional por ser la única que llegó a suprimir la internación en los hospitales psiquiátricos. Los autores afirman que, a diferencia de la reforma en Estados Unidos, en Italia se promovió la externación de los pacientes. En Brasil,

la reforma se inicia en los noventa culminando con la legislación en el 2001, que consolidó el proceso de desinstitucionalización. Todo ello confirma que las reformas en salud mental no se dieron de igual forma en los diferentes contextos.

Galende (2008) refiere a esta etapa como el momento de la salud mental donde suceden diversos procesos de reforma que fueron la fuente para la elaboración de documentos y acuerdos internacionales. El autor menciona tres ejes de este momento. El primero de ellos, es una propuesta sanitaria a partir de la política de sector en Francia que significó la idea de salir de los hospitales psiquiátricos creando servicios fuera de éstos. En segundo lugar, una propuesta técnica y pragmática, que se promovía desde la psiquiatría comunitaria anglosajona. Las experiencias en EEUU y en Inglaterra de creación de un ámbito específico en la administración para abordar la reforma. En tercer lugar, una propuesta crítica y antipsiquiátrica que provenía de la desinstitucionalización italiana dirigida por Basaglia, y que se centraba en la abolición de la institucionalización psiquiátrica. De acuerdo al autor, estas experiencias convergen en la OMS, instalándose nuevas políticas para el sector que dirigían los servicios psiquiátricos hacia la salud mental.

La Declaración de Caracas (1990) es el primer estándar interamericano que vincula directamente las convenciones internacionales de Derechos Humanos con las violaciones de estos derechos en el contexto de los hospitales psiquiátricos.² De esta manera, inserta la temática de la salud mental en las discusiones de Derechos Humanos, con una revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico basada en la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad. “Posteriormente a la Declaración de Caracas, algunas convenciones regionales de Derechos Humanos incorporaron sus recomendaciones como una importante referencia para interpretar los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades” (Faraone, 2013: 29).

En el año 1991 se firmó el documento de las Naciones Unidas sobre salud mental “Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental”. Este documento plantea los derechos de las personas con padecimiento mental, incorpora derechos generales, e incluye otros referidos a aspectos más específicos relacionados con el tratamiento, libertades y decisiones, y acceso a la justicia. Se promueve así, la utilización de alternativas terapéuticas respetuosas de los derechos de las personas con

² El Preámbulo de este documento señala que “...el hospital psiquiátrico [aisla] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social [y crea] condiciones desfavorables que ponen en peligro los Derechos Humanos y civiles del enfermo”.

padecimiento mental, prácticas sobre todo promotoras de la autonomía (Pekarek, 2015).

En el año 2000, se aprueba la incorporación al orden normativo interno argentino de “la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”. Esta introduce un rodeo conceptual diferente de la discapacidad, ya que de allí surge uno de los primeros documentos que da relevancia al entramado social de la persona. En esta se sostiene que el mismo medio, y no solamente la deficiencia, es lo que puede influir negativamente en la relación de la persona con su entorno (Eroles, 2008). Esta convención es considerada la antesala de la Convención de las Personas con Discapacidad (Míguez y otros, 2015).

Posteriormente se crea la “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad” (CDPD), aprobada por la Asamblea General de la ONU en el año 2006. La CDPD, norma de carácter suprallegal y constitucional en nuestro país, es el primer tratado internacional que protege directamente a las personas con discapacidad, y que lo hace desde una perspectiva integral. La CDPD no reconoce nuevos derechos de los que sean sujetos exclusivos las personas con discapacidad, sino que trata de extender en el goce y ejercicio de los derechos universalmente reconocidos a este colectivo (artículo 1 de la CDPD). Muchas veces las personas que “tienen derecho a una protección especial, debido a su situación de vulnerabilidad, son excluidas de las políticas a las que tiene acceso el resto de la población y, de ese modo, se perpetúa la segregación, la exclusión y la discriminación” (Veleda, 2011: 101).

Desde la perspectiva de la CDPD se debe poner el foco en los factores ambientales o sociales que limitan el pleno desarrollo de las personas (Buceta y Ferreira, 2011). En esta línea, un ejemplo en la investigación social es el campo de la salud mental en la niñez, en el que se han investigado las prácticas vinculadas con los niños y niñas que exhiben mayor vulnerabilidad psicosocial (Barcala, 2011).

A escala regional, en América del Sur si bien se registran datos³ sobre el número de camas en hospitales psiquiátricos, esto no sucede en relación a las hospitalizaciones involuntarias. La falta de datos sobre admisiones involuntarias o medidas restrictivas en el ámbito hospitalario obstaculizan el registro, la evaluación y la denuncia en materia de Derechos Humanos (OPS, 2013). A escala nacional la situación es similar, ya que el Censo realizado por

³ El porcentaje promedio de hospitales psiquiátricos que proveen información al gobierno con respecto al número de camas, ingresos, diagnósticos y estancia es de 64% (OPS, 2013).

el INDEC no incluye la población que vive en instituciones u hospitales monovalentes, de modo que las personas que allí se encuentran quedan excluidas de las estadísticas del país⁴.

4. El enfoque de Derechos Humanos en el campo de la salud mental en Argentina

Uno de los mandatos de la CDPD hacia los Estados firmantes es la adecuación de su legislación interna para que resulte acorde con los estándares que la Convención establece. La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) avanza en el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el Estado argentino, relacionadas con la adecuación de la legislación interna al derecho internacional (Barcala y Cabrera, 2015). Esta fue sancionada después de una extensa discusión parlamentaria, con diferencias sectoriales, teóricas e ideológicas (Kraut y Diana, 2011), y con la participación de organizaciones de Derechos Humanos, usuarios e instituciones (Gorbacz, 2011). Se trataba de una ley que modificaba las relaciones de poder vigente entre las teorías y los dispositivos clínicos positivistas y los que promueven prácticas comunitarias de promoción de la salud (Barcala y Cabrera, 2015).

La LNSM significa una instancia fundamental que se inscribe en un largo recorrido plagado de tensiones y desafíos. Desde el advenimiento democrático la Argentina avanzó lentamente en la institucionalización de procesos de transformación en el campo de la Salud Mental. Sin embargo, “a excepción de algunas experiencias, el propósito de realizar transformaciones quedó marcado por las amenazas de quienes se oponían a ellas” (Faraone, 2011: 68). Algunas normativas provinciales habían sido antecedentes de la Ley 26657, como las normas de Río Negro, Entre Ríos y Santa Fe. La primeras dos tendientes a la sustitución de los manicomios, la última a la transformación (Chiarvetti, 2008). Es a comienzo del siglo XXI cuando se generan los soportes sociales “que dan contexto sociohistórico y político a la reforma psiquiátrica” (Faraone, 2011: 63) a escala nacional.

Como señalan Kraut y Diana (2011), la LNSM establece un orden público que implica que el sistema de salud mental se centre en la plena efectividad de Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, en otras palabras: la implementación de un sistema de Salud Mental organizado de forma territorial, descentralizada e intersectorial (Pekarek, 2015). La LNSM es la aplicación concreta de los “instrumentos generales de Derechos Humanos a una población en especial situación de vulnerabilidad, en este caso, personas usuarias de servicios de salud mental” (Barcala y Cabrera,

⁴ El Órgano de Revisión y la Unidad de Letrados del artículo 22 de la LNSM son dispositivos claves para revertir dicha situación.

2015: 82). En consecuencia, se introducen cambios en la concepción de la internación psiquiátrica y se limita la judicialización injustificada (Rosetto, 2011).

Una mirada integral de la salud mental significa entender las prácticas de este ámbito como un conjunto heterogéneo dentro del campo más amplio de prácticas de salud (Stolkiner, 2012; Bang, 2014). Tiempo antes de la implementación de la LNSM, Galende (1990) introdujo esta perspectiva al observar una transformación conceptual que se basaba en la sustitución de los principios y prácticas de la asistencia psiquiátrica tradicional y la fundación del campo de la Salud Mental. Un campo que el autor describe como amplio, complejo y en el cual la salud mental se concibe como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad.

En este contexto de políticas del siglo XXI se produce una ruptura con el paradigma biomédico, hospitalocéntrico y tutelar en el campo de la salud mental en Argentina al reconocer como sujetos de derechos a todas las personas cualquiera sea su edad o el padecimiento mental que atraviesen. Este quiebre significa comprender las demandas que se presentan de manera compleja y difusa (Stolkiner, 2007, Barcala y Cabrera, 2015) debido a la experiencia de padecimiento psíquico no es abordable desde un único campo disciplinario específico. Dicho campo se define como una producción interdisciplinaria e intersectorial (LNSM, 2010). En primer lugar, interdisciplinaria porque ninguna disciplina particular o aislada podría responder a su amplitud. En segundo lugar, intersectorial debido a que desde esta perspectiva la salud mental debe ser abordada a través de las acciones conjuntas de distintos sectores vinculados a los proyectos de bienestar social de la población (Galende, 1990).

Como indica Rovere (2018), el carácter intersectorial e interinstitucional de la LNSM muestra como la salud mental desborda al propio sector de la salud. Muestra de esto es la investigación realizada por Barcala (2011), que ratifica que el aumento de consultas de niños y niñas con sufrimientos psíquicos producidos en contextos de alta vulnerabilidad social está directamente relacionado con el proceso de debilitamiento del lazo social, y el consecuente debilitamiento de la función histórica de la familia y la escuela.

Las transformaciones que produce la LNSM generan discusión respecto a la viabilidad de su cumplimiento y sus efectos en las instituciones psiquiátricas. Entre los argumentos críticos se encuentra la inexistencia de una política de dispositivos alternativos al manicomio que permita el acompañamiento fuera del ámbito hospitalario (Murdocca y Nill, 2015). De igual modo, se menciona la resistencia de parte de los profesionales de la salud mental ante los

cambios impulsados por la norma (Gorbacz, 2011). Todo ello establece el mayor desafío que es la creación de estrategias institucionales claves, tales como la reconstrucción de lazos con la comunidad, la revinculación con las familias y la descentralización de la atención (Rosetto, 2011) como parte de una política de atención integral de la salud mental. En el mismo sentido, es deseable la formación especializada de quienes van a desempeñarse en los servicios de salud mental y en la atención (De Lellis, 2015). Y por último, es necesario apuntar el desafío de la práctica de promoción de la salud en materia de salud mental para la accesibilidad hacia los dispositivos alternativos a la institución psiquiátrica (Pekarek, 2011).

Desde una perspectiva de Derechos Humanos cobra sentido la noción de padecimiento psíquico en la que avanza la reglamentación de la LNSM (decreto 603/2013). La misma pondera el carácter procesual e histórico del sujeto, en el sentido de “cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los otros” (Augsburger, 2002: 64) y permite superar la perspectiva objetiva de existencia de enfermedades sin sujetos, destacando la dimensión subjetiva del padecimiento psíquico.

5. Salud mental en clave de experiencia: antecedentes de investigación cualitativa

Tras recapitular el marco de Derechos Humanos en el campo de la salud mental en el que cobra sentido la noción de padecimiento mental, en este apartado, presento la aproximación teórico-metodológica escogida que pondera las experiencias y perspectivas de los sujetos. Debido a que la tesis se centra en la experiencia de personas que han recibido un diagnóstico de salud mental y han sido judicializadas, avanzaré en la definición que aquí se le atribuye al término experiencia de padecimiento.

La experiencia, entendida en términos generales, es comprendida como un modo de estar en el mundo, a partir del cual los sujetos comprenden y sobrellevan activamente la situación en que se encuentra a lo largo de sus vidas (Alves, 2006). En este sentido, se postula esta noción, llevada al campo de los padecimientos, para comprender cómo las tramas de sentido de un padecimiento se interconectan y tejen una red de acciones, relaciones, lugares y significaciones (Good, 1994). De esta manera, se destaca el punto de vista de aquellos que viven una dada situación concreta, y cómo, por medio de ese proceso, los individuos y grupos sociales conciben reflexivamente el mundo.

La noción de experiencia de padecimiento se refiere a la forma por la cual los sujetos se sitúan ante o asumen la situación, otorgándole significados y desarrollando modos rutinarios de lidiar con ésta (Alves, 1994 y 2006; Rabelo, Alves y Souza, 1999; Good, 1994; Mercado

Martínez, 1999). Onocko Campos y Furtado (2008) abordaron la construcción socio-cultural de padecimiento psíquico, analizando los procesos sociales que configuran las experiencias desde la mirada de las personas diagnosticadas. Entre sus hallazgos, encuentran que:

Muchos elementos pueden articularse en esta malla: lo vivido subjetivo corporificado, el reconocimiento individual de que algo no anda bien, la convivencia con la familia, vecinos, el trabajo, el cuidado en salud mental, las dificultades encontradas para la integración en la vida comunitaria, las estrategias utilizadas para la superación, entre otros elementos (Onocko Campos y Furtado, 2008: 1071).

Desde esta perspectiva, tanto la persona como quienes la acompañan formulan, reproducen y transmiten un conjunto de soluciones, recetas prácticas y proposiciones genéricas, de acuerdo con su universo sociocultural.

En el año 2016 realicé una estancia de investigación y estudio de postgrado en el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas (UNICAMP). Concretamente, participé del Grupo de Investigación Salud mental y salud colectiva: Interfaces, dirigido por Rosana Onocko⁵. Formar parte de este grupo durante la estancia de intercambio significó una aproximación a su perspectiva de investigación, denominada *recovery*⁶. Este término no se refiere exclusivamente a la recuperación del padecimiento mental en sí mismo, sino también a la recuperación “de los efectos de la pobreza, de una ciudadanía de segunda clase, de un estigma interiorizado, de los abusos y los traumas sufridos en manos de los profesionales y de los efectos devastadores de los sistemas de salud mental deshumanizados” (Traducción propia; Monteiro y Matias, 2007: 113).

Las primeras investigaciones desde esta mirada fueron realizadas en Estados Unidos y se basaban en pesquisas epidemiológicas, de políticas y programas de salud mental, evaluación de servicios y del análisis de narrativas de personas de vida con padecimiento. Lejos de tratarse de la reducción de síntomas, el término *recovery* enfatiza en los soportes necesarios para sobrellevar una vida social por fuera de las instituciones manicomiales. Asimismo, interpela al sistema de salud mental visibilizando la necesidad de crear dispositivos que promuevan la vida en comunidad.

En este espacio de formación también emprendí una búsqueda bibliográfica realizada en los índices de Lilac y Scielo mediante el cual corroboré que en los últimos años creció

⁵ Este grupo parte de la tradición metodológica cualitativa para la investigación en salud mental, y tiene la particularidad de contar con integrantes usuarios del sistema de salud mental, quienes participan de las diferentes reuniones e instancias de investigación.

⁶ Se conserva el término en el inglés debido al desacuerdo en su traducción.

notablemente la bibliografía acerca de las experiencias de las personas con padecimiento psíquico en el campo de la salud mental. Considero que este incremento se debe a la necesidad de producción de conocimiento, basada en las experiencias de las personas acerca de los efectos de las reformas descritas que promueven nuevas perspectivas y políticas.

En la búsqueda bibliográfica encontré un grupo de investigaciones que se centran en el cotidiano de las personas con padecimiento psíquico. Almeida, Castro y otros (2013) investigan las formas de reconocimiento y enfrentamiento del padecimiento, a partir de un estudio descriptivo-exploratorio. Entre las cuestiones analizadas mencionan el reconocimiento de la enfermedad, la soledad y aislamiento, y la familia como principal punto de apoyo. También han sido estudiadas las experiencias de sujetos tras internaciones prolongadas en un hospital psiquiátrico. Santos, Willrich y otros (2014) realizaron una investigación cualitativa para aproximarse a la experiencia de sujetos, ex internos de un hospital psiquiátrico en un dispositivo terapéutico ambulatorio y en la sociedad. Estos hallazgos interpelan los materiales utilizados en esta tesis pues en la descripción del cotidiano, y los analizadores del mismo se presentan los vínculos en el cotidiano y la mirada de los otros respecto de sí mismo.

Otras investigaciones profundizaron en las percepciones de padecimiento mental elaboradas por las personas que reciben atención de salud mental. Camara y Pereira (2010) mediante una investigación cualitativa, estudian estas percepciones. En su trabajo utilizaron entrevistas semiestructuradas y análisis temático. Concluyen que en las percepciones del padecimiento vivido se encuentran aspectos ligados a las carencias económicas, afectivas y relacionales que forman parte de la dinámica de vida de los sujetos y los hacen vulnerables, y demuestran cuánto abarca el proceso salud-enfermedad (Camara y Pereira, 2010). En consonancia con esto, algunas investigaciones avanzan en la intersección de la salud mental con otras temáticas. Lacarta (2015) analizó la situación de los migrantes en el sistema de salud, focalizando en aquellos con problemáticas severas de salud mental que consultan en un hospital de emergencias psiquiátricas. Este trabajo relaciona el tema de la interculturalidad y la salud mental desde una perspectiva de derechos.

También cabe destacar el trabajo de Sisson, Oliveira y otros (2011), quienes investigaron los itinerarios recorridos durante la utilización de los servicios de salud públicos y privados. Aunque esta investigación no se centra en los servicios de salud mental sino en salud en general, me interesa particularmente el análisis que realizan acerca de los itinerarios dotados de numerosas trayectorias ya que incluye las dificultades en las informaciones, instalaciones, costos, coberturas y autorizaciones de procedimientos. A pesar de tratarse de una investigación

realizada en Brasil, la descripción se reitera en las narrativas en las que se basa esta tesis, donde el acceso a determinados derechos, como un tratamiento farmacológico, a un acompañamiento terapéutico o al transporte público requiere el aprendizaje de normas, tramas burocráticas y procedimientos establecidos al interior de las instituciones judiciales, obras sociales y sistemas de salud.

Por otra parte, la accesibilidad en el sistema de salud mental desde la perspectiva de los usuarios es un problema de investigación que se ha trabajado en nuestro país. Partiendo de la perspectiva de los pacientes, Pawlowicz y otros (2011) analizan la atención sanitaria a usuarios de drogas, considerando entre otros aspectos la accesibilidad. Faraone y otros (2012) identificaron la trayectoria de accesibilidad en salud mental, observando que las provincias analizadas (Santa Fe y Tierra del Fuego) construyen espacios terapéuticos alternativos al manicomio.

Ambas investigaciones permiten corroborar que la consolidación de modelos de cuidado por fuera de las instituciones de encierro significó un nuevo escenario para estudiar en el campo salud mental. La investigación social en este campo en clave de accesibilidad permite también pensar en la diversificación de los apoyos para la toma de decisiones de los usuarios a lo largo de las experiencias y trayectorias vitales posteriores a las internaciones prolongadas.

6. Diagnósticos, prácticas y trastorno: la mirada molecular en el contexto del campo de la salud mental y la renovación de los procesos de normalización

La coexistencia de diversas concepciones de la salud mental junto a la multiplicidad de tratamientos y modelos de asistencia configura un panorama de lucha por la hegemonía respecto del abordaje conceptual y político acerca de la salud mental. Este puede ser pensado en un contexto más amplio de transformaciones biopolíticas suscitadas en las prácticas de la salud mental, pues se cruzan una perspectiva integral de la salud mental con una mirada molecular del trastorno.

Diferentes investigadoras en ciencias sociales abordan problemas de estudio del campo salud mental desde la biopolítica (Foucault, 1998). Bianchi (2010; 2014) recupera el andamiaje foucaultiano desde una perspectiva crítica para estudiar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Murillo (2011; 2013) considera los estudios de biopolítica para abordar la tecnología molecular suscitada por las neurociencias como la forma de gobierno actual del neoliberalismo. Faraone, Barcala y otros (2009) debaten acerca de los procesos de medicalización y medicamentación introduciendo nuevos actores sociales, como el mercado

al análisis de la medicalización en salud mental.

Avanzando en algunos aspectos de este rodeo analítico, Rose (2012), que analiza las políticas de la vida contemporáneas, da cuenta de algunas transformaciones en el ámbito de la salud, y entre éstas identifica el pasaje de lo molar a lo molecular. La escala molar de la mirada clínica, focalizada sobre el cuerpo en tanto sistema viviente unificado orgánicamente, cede terreno a un estilo de pensamiento molecular. La vida a partir de las nuevas tecnologías, se torna en un set de mecanismos vitales inteligibles, entre entidades moleculares que pueden ser identificadas, aisladas, manipuladas, movilizadas e intervenidas (Rose, 2012). La molecularización inscribe un cambio en la corporalidad del poder psiquiátrico: una nueva localización anatomopatológica basada en una corporalidad molecular. Muchas de las transformaciones actuales en el campo de la biomedicina -y fundamentalmente en las disciplinas ocupadas de la salud mental- focalizan las intervenciones sobre nuevos cuerpos moleculares.

Desde la perspectiva molecular se aborda diagnósticos y se delinean prácticas de intervención mediadas por procesos neuroquímicos. Esto se observa, por ejemplo, en las mutaciones en los manuales de psiquiatría, que proporcionan categorías difusas de trastorno, y la proliferación de intervenciones químicas asociadas a cada diagnóstico. “El termino trastorno mental condujo a la globalización de la psiquiatría hegemónica estadounidense y a una asociación particular con la industria farmacéutica que consolidó una fuerte articulación entre la inclusión de diagnósticos y la producción de medicamentos” (Faraone, 2018: 142).

De modo que no solo la biomedicina interviene diagnosticando, sino que recurre a una herramienta de la industria farmacéutica para aliviar o resolver el trastorno. Murillo (2013) comprende que el énfasis en la tecnología molecular suscitada por las neurociencias constituye la forma de gobierno actual del neoliberalismo. En efecto, “los pacientes son apenas insumos y materias-primas del proceso de acumulación capitalista” (Cabral Barros, 2007: 581). En esta clave, Alemán (2018) señala que la salud mental ha entrado en un período caracterizado por la alianza estructural entre las neurociencias, el cognitivismo y la industria farmacológica hay una alianza estructural.

Bianchi, a partir de un método analítico interpretativo, aborda las distintas versiones del DSM, y expresa que “el carácter difuso de las fronteras aparece como una característica del concepto mismo de trastorno mental” (Bianchi, 2014: 108). La noción de trastorno propicia nuevos nichos de control social que se fundan en innovaciones del proceso de medicalización

redefiniéndose el par normal-patológico (Faraone 2018).

La renovación de la díada normal-patológico se basa en el pasaje de un enfoque basado en “la presencia o ausencia de una lista de síntomas, mayormente observables conductuales (Bianchi, 2016: 424) a “la gradualidad en la tipificación diagnóstica” (Bianchi, 2016: 427), a partir de lo cual se diluye la diferencia tajante entre normalidad y psicopatología. La autora concluye que “la normalización no es un concepto cerrado, ni circunscripto históricamente, y que pueden identificarse formas de normalización no vinculadas a la idea de recta, de desorden o desvío en torno a una media” (Bianchi, 2016: 427).

Todo ello propicia procesos de producción de subjetividades e identidades basados en un nuevo entendimiento, esta vez difuso, de la normalidad y la desviación. Y este nuevo pliegue de la configuración de la normalidad cobra relevancia para esta investigación ya que lo sucede en el escenario de los diagnósticos se disemina a otros campos, como el judicial.

Segunda parte. La judicialización de la salud mental: prácticas, categorías y sujetos

1. Prácticas judiciales, locura y peligrosidad: La perspectiva judicial del padecimiento psíquico

Dado que la mirada de este trabajo está puesta sobre la temática de la judicialización de la salud mental resulta necesario plantear algunas coordenadas conceptuales sobre las que sostener la lectura interpretativa del corpus.

Castel (2011) analiza el surgimiento de la curatela en Europa y toma el periodo que transcurre desde 1790 (año en el cual se enuncia la abolición de las *lettres de cachet* que habilitaba al encierro de cualquier persona que irrumpiera en la norma), hasta 1838, año en el cual se regula el “régimen de los alienados”. Este procedimiento fue la primera forma a partir de la cual el Estado permitía la liberación de todas las personas a excepción de aquellas que estuvieran reclusos con algún tipo de padecimiento psíquico. Foucault señala que “el efecto jurídico de este procedimiento consistía en la transferencia de los derechos civiles del individuo interdicto a un consejo de familia, así como el sometimiento del alienado al régimen de curatela” (Foucault, 2012:114). Esta norma, que se impuso en Francia, actuó de modelo para las demás legislaciones extendiéndose a otros Estados como Argentina⁷.

⁷ Esta primacía de la mirada médico alienista sobre la salud mental en Argentina se reflejó en el Código Civil Argentino de Vélez Sarsfield, que utilizaba un concepto biológico-jurídico de discapacidad (Arts. 141, 152 bis y 153) y que dio el soporte legal para las prácticas en torno a la insania. Esto es observable en el articulado que regulaba las normas respecto de la insania y la inhabilitación. El título XVIII de la sección segunda del libro primero titulada de la curatela, establecía que “son incapaces los dementes aunque tengan intervalos lúcidos”.

La interdicción se caracteriza por algunos atravesamientos conceptuales. Entre éstos, sobresale la analogía de la locura con la niñez, al quedar bajo la curatela de la familia o del mandato público (Castel, 2011). Además, la graduación de capacidad, de lo que deriva la distinción de subcategorías de la incapacidad (Foucault, 2012). Asimismo, se trataba de una sentencia que, en el marco del paradigma de la peligrosidad (Gorbacz, 2011), atribuía a la persona una nueva condición jurídica a partir de una definición predelictiva, es decir, se trataría de inhabilitar al sujeto antes de que pudieran delinquir (Vezzetti, 1985). A pesar de los argumentos, basados en la protección de la persona, usados en el proceso judicial “se transforman en disposiciones de escaso fundamento científico, con escaso cumplimiento del debido proceso, donde lo principal es alojar en lugar de facilitar el tratamiento” (Rossetto, 2011: 73).

Amarante (1995) explica que constituirse como incapaz o alienado significaba no gozar de plena razón, en consecuencia, de libertad de elección, perdiendo la condición de ciudadano. En este sentido la interdicción producía la pérdida del ejercicio de la mayoría de los derechos, tanto patrimoniales como en general personales, y colocaba al sujeto bajo dependencia de representación (curatela) que lo sustituía en el desempeño de la vida social, económica y jurídica (Kraut, 2006)

En Argentina, este sistema se mantuvo hasta principios del siglo XXI, momento en el cual se crea un marco normativo internacional y nacional que modifica paradigmáticamente los procesos judiciales y el poder del Estado sobre las decisiones de las personas con padecimiento psíquico. Una investigación acerca de esta problemática en nuestro país concluye que las modificaciones en el plano legal no significaron transformaciones en la situación de las personas judicializadas. A pesar de los cambios en el plano jurídico, “ese avance no es acompañado necesariamente por el efectivo traspaso, en la realidad cotidiana, a un paradigma inclusivo de desinstitucionalización y fortalecimiento de las redes de integración comunitaria” (Veleda, 2011: 110).

Un ejemplo de ello es “la alta proporción de personas que no saben o no recuerdan si existe una causa en la que se debata su condición respecto del ejercicio de la capacidad jurídica, en comparación con la cantidad que afirma la existencia o inexistencia de dicho proceso”

Asimismo, en el art 475 ordenaba que “los declarados incapaces son considerados como los menores de edad, en cuanto a su persona y bienes. Las leyes sobre la tutela de los menores se aplicarán a la curaduría de los incapaces”, de modo que se planteaba igual trato a los incapaces que a los menores de edad en cuanto su persona y bienes, lo que significa que las leyes de tutela regulaban la curatela. En vez de ser considerados sujetos de derecho, accedían a los mismos mediante la intervención de un tercero.

(CELS, 2015: 36). En un contexto de transformaciones legales respecto a la capacidad jurídica, la investigación social permite visibilizar la situación en el plano de las prácticas sociales al interior del campo judicial.

2. La capacidad jurídica: clasificaciones, categorías y efectos

Habiendo avanzado en las primeras coordenadas conceptuales acerca de la judicialización de la salud mental, en este apartado disponemos de un entramado que permite abordar la capacidad jurídica. Opto por comprender la capacidad jurídica como “la aptitud de una persona de ser titular de derechos, así como la capacidad o posibilidad concreta de ejercer esos derechos” (Kraut y Diana, 2011: 9). Esto significa poder tomar decisiones acerca de diferentes ámbitos de la vida y ser jurídicamente responsable de las mismas.

La CDPD es la norma internacional que instaura una manera diferente de considerar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, estableciendo el paradigma de “capacidad jurídica universal”⁸. Esto significa que la discapacidad no puede ser motivo de limitación o restricción de capacidad jurídica.

El sistema jurídico argentino, mediante la sanción de la LNSM, introduce una mirada acerca de la capacidad jurídica basada en Derechos Humanos. El principio de presunción de la capacidad (Artículo 3 de la LNSM) tiene relación con el cuidado y preservación de la toma de decisiones por parte de la persona respecto a todos los aspectos de su vida, como por ejemplo decidir a lo largo del tratamiento.

El Código Civil y Comercial dedica varios artículos a la capacidad jurídica (más precisamente en la sección 1 y 3 del capítulo 2; Sección 1 y 3 del capítulo 10 (Del libro I)⁹. Esta norma promueve acciones de cuidado de la persona con padecimiento mental preservando su autonomía. En el supuesto de restricción de la capacidad, no procede la tradicional figura

⁸ El artículo 12 de la CDPD garantiza que “las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida”.

¹⁰ En el artículo 32 se expresa que “El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes. En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona. El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida. Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador”.

sustitutiva del curador, sino la designación de persona/s de apoyo, cuya función es “promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona”¹⁰.

Así, la regla que era la declaración de incapacidad de la persona en el Código Civil anterior, se vuelve excepción. Se comprende como apoyo a “aquella persona, organismo, allegado, institución que a través de la comprensión y la confianza de la persona colabora para la toma de decisiones y con la manifestación del ejercicio de la capacidad jurídica” (Iglesias, 2014: 69) El sistema de apoyo en la toma de decisiones reemplaza, así, al sistema tradicional de sustitución.

Además de los cambios en materia de determinación de capacidad jurídica, otra de las transformaciones en el campo judicial consistió en las innovaciones en la función que corresponde a la defensa pública, puntualmente a través de la creación del dispositivo de Unidad de Letrados (Art. 22 de la LNSM). Su finalidad es garantizar el acceso a la justicia para personas mayores de edad que no se encuentren bajo proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica, internadas en forma involuntaria en instituciones públicas y privadas. Además, coloca en primer plano “el derecho de las personas con sufrimiento psíquico a ser escuchadas, tanto en el ámbito sanitario como familiar y judicial” (Barcala y Cabrera, 2015: 82). Estas acciones respecto de quienes utilizan los servicios de Salud Mental propician procesos de subjetivación¹¹ y modificaciones en las representaciones que tienen de sí mismas las personas internadas (Barcala y Cabrera, 2015).

Frente al andamiaje normativo y político respecto de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento psíquico, el CELS (2014) arroja datos alarmantes acerca de la desinformación de la situación judicial de las personas con discapacidad psicosocial. En el grupo incluido en su investigación predomina la incapacitación total mediante la figura de la insania (el 57%), mientras que las inhabilitaciones afectan a un 22% de los casos. Un 21% de los entrevistados que dijo tener causas de incapacitación civil no supo si se trataba de una insania o de una inhabilitación. Asimismo, entre las personas que afirmaron tener una restricción a su capacidad legal, sólo un 20% señaló que fue revisada con posterioridad a la sanción de la LNSM (por iniciativa propia, en un 18,2% de los casos; del juez, en un 27.3%, del curador, en un 36.4%; o del equipo tratante, en un 9%).

¹⁰ Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994 de aprobación. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Octubre 7 de 2014. Art. 43.

¹¹ Los autores entienden este concepto como la “capacidad de constituir a un sujeto alrededor de un conjunto de normas y valores que son los que rigen la vida social” (Barcala y Cabrera, 2015: 85)

3. Salud mental e institucionalización: las trayectorias institucionales

Además de los diferentes efectos de los tipos de sentencias con las que son caratulados los casos judicializados, es posible profundizar en la judicialización como trayectoria social e institucional. Una de las hipótesis de esta tesis consiste en que la inserción de una persona al campo judicial por vía de una sentencia de insania, inhabilitación o determinación de capacidad tiene efectos que se extienden a todo el campo social de la persona, independientemente del tipo de sentencia que reciba. En efecto, es posible relacionar la judicialización con otras dimensiones, a saber: tipo de diagnóstico, forma de vinculación de la persona judicializada, profesionales de referencia, lugar de residencia y la presencia de cuidadores en la vida cotidiana. Todo ello da lugar a una conceptualización de la judicialización que permite irradiar la discusión en múltiples direcciones significativas en las ciencias sociales, saliendo de los márgenes del análisis de las sentencias.

Entiendo la judicialización como el proceso por el cual aspectos de la vida en general son comprendidos, interpretados e intervenidos por instancias judiciales, tal que en algunos casos se inician a partir de la vulneración de derechos de las personas en cuestión, y en otros casos lo excede. Para la comprensión de este fenómeno es importante incorporar el concepto de institucionalización. El uso de esta noción en algunas investigaciones se circunscribe al momento propio de la internación, la instancia previa al ingreso y la permanencia. Por ejemplo, Barral (2015) piensa en la institucionalización geriátrica de los adultos mayores, preguntándose cómo opera este proceso en la atención de las personas con padecimiento mental.

En esta discusión convergen diferentes posicionamientos conceptuales y modelos de intervención. Por un lado, se observa la reducción de camas hospitalarias como una práctica congruente con la política de ajuste que permite la reducción económica y administrativa. Esto se puede denominar deshospitización y puede entenderse como parte de una perspectiva neoliberal. Por otro lado, se encuentra la desinstitucionalización como un proceso complejo que involucra a diversos actores sociales y que se basa en la transformación de las relaciones de poder entre pacientes e institución, y en la sustitución de la internación por nuevos recursos de salud mental. “Una transformación de base organizativa de los sistemas de salud mental” (Rotelli y otros, 1987: 167) que rompe con el paradigma manicomial centrado en la hospitalización de las personas con sufrimiento psíquico. De acuerdo a Rotelli y otros (1987), la desinstitucionalización implica: (1) la construcción de una nueva política de salud mental a partir de la participación de todos los actores sociales, (2) una perspectiva integral de los

pacientes como sujetos activos, y (3) la construcción de alternativas externas que sustituyan la internación.

Ante estos matices de trayectorias institucionales, Faraone y Valero (2013) conceptualizan distintas perspectivas que se concentran en términos, tales como: la despsiquiatrización, antipsiquiatría, desmanicomialización y desinstitucionalización. La primera categoría propone tomar distintos procesos vitales categorizados por la psiquiatría y problematizarlo en otro contexto. La antipsiquiatría se contraponde de manera total a la psiquiatría, como una oposición profesional. La desmanicomialización se relaciona a la lucha con el espacio físico del hospital monovalente. Finalmente, la desinstitucionalización incluye el espacio físico, pero sobre todo se refiere a los aspectos simbólicos y culturales que atraviesan las trayectorias de las personas que sufren padecimientos psíquicos y que circulan por las instituciones por tiempo indeterminado. En consonancia con esta distinción conceptual, Amarante presenta la desinstitucionalización como un proceso “no apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo o político; es sobretodo un proceso ético, de reconocimiento de una práctica que introduce nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos (Amarante, 1995: 493).

En esta investigación adhiero a la perspectiva que propone pensar la institucionalización más allá de la institución total. Y esto en términos de un proceso de control social doble: por un lado, a partir de mecanismos centrados en la institución psiquiátrica, y por otro lado de acuerdo a mecanismos de control social blandos: “estrategias de disciplinamiento por fuera de los muros institucionales” (Faraone y Valero, 2013: 18). Ampliar la noción de institucionalización abre campos de investigación, como es el caso de la judicialización de la salud mental en Argentina, que no fueron investigados con ahínco en las ciencias sociales y que se presentan como prioritarios ante las transformaciones jurídicas y políticas vigentes en el campo de la salud mental.

Reuter y Peixoto (2009) realizan un análisis de las formas contemporáneas para modelar las subjetividades en el campo de la salud mental, y arriban a la conclusión de que los dispositivos de salud mental pueden funcionar como una nueva expansión de la psiquiatría fuera del espacio del asilo actuando por métodos de control que operan tanto a partir de las propias instituciones de salud cuanto a partir de la subjetividad de los usuarios. Kern (2014) reflexiona sobre las interacciones entre subjetividad y contexto en la práctica institucional. Centrado en el análisis de las prácticas institucionales, comprende por subjetividad “las diversas formas de pensar, de sentir y de actuar de los individuos, que se construye en los procesos de socialización

(...) en el tránsito por diversas instituciones” (Kern, 2014: 36). Asimismo, Bravo (2010), a partir de un análisis de fuentes secundarias, analiza el discurso psiquiátrico y jurídico para dar cuenta de su funcionalidad institucional y social en relación a la producción del sujeto peligroso. Esta investigación contempla la pericia psiquiatra como definidora de la patología de un sujeto y condición de peligroso, y concluye que la relación que se produce entre el discurso psiquiátrico y el jurídico en asociación con determinadas prácticas institucionales lleva al deterioro social e individual de estos sujetos y a su cronificación institucional.

Estas investigaciones con diferentes metodologías y problemas de trabajo (las prácticas institucionales, los dispositivos fuera del asilo, y las pericias judiciales) confluyen en el estudio de las subjetividades, y permiten constatar maneras mediante las cuales los dispositivos biomédicos y judiciales modelan las experiencias de las personas con padecimiento psíquico mediante procesos como la cronificación institucional.

4. Salud mental, iatrogenia y cronificación institucional

Otra de las hipótesis de esta investigación respecto de las características de la judicialización es que conlleva la clasificación de los sujetos. Las trayectorias institucionales propias de la judicialización propician las distinciones conceptuales y prácticas entre los sujetos en cuestión basadas en comportamientos, sensibilidades, percepciones y relaciones. Se crea una jerarquía de individuos “capaces o menos capaces, el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquel a quien se puede corregir, aquel a quien no se puede corregir, el que puede corregirse con tal o cual medio, aquel en quien hay que utilizar tal otro” (Foucault, 2012c: 36).

Las tipificaciones trasladadas a la distribución de las personas en los modelos de instituciones son una cuestión que prevalece a lo largo del tiempo. Una investigación sobre este tópico (Irala, Lasala y otros, 2015) afirma que, de acuerdo a la tipificación que se realice, se activa un determinado circuito que traza trayectorias institucionales diferentes.

Las niñas y los niños y adolescentes sanos son derivados a instituciones convivenciales, quienes han sido diagnosticados con trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, por ejemplo, son alojados en instituciones de atención especializada, y aquellos diagnosticados con psicosis compensada, crisis depresiva grave o con discapacidades, deberán ser alojados en instituciones que ahora dependen del Ministerio de Salud (Irala, Lasala y otros, 2015: 124).

Por su parte, Barcala (2011) señala que las trayectorias institucionales emprendidas por las personas diagnosticadas tienen por efecto la iatrogenia institucional. Este concepto cobra sentido en relación al problema de investigación de esta tesis, la judicialización de la salud mental, debido a que la institucionalización perpetuada al interior del campo judicial produce

efectos que pueden ser comprendidos en términos de iatrogenia. Un ejemplo de ello es el aprendizaje por parte de las personas judicializadas de las tramas burocráticas y de los procedimientos necesarios para lidiar con el sistema judicial y de salud.

Por otro lado, Rotelli (1987) hizo hincapié en este aspecto bajo la denominación de nuevos crónicos, ya que entiende que los circuitos o espirales institucionales se caracterizan por un mecanismo que hace crónicos los problemas. En este sentido, afirma que “el dilema central y dramático de los sistemas de salud mental nacidos de la reforma no sean ya los viejos pacientes crónicos dados de alta de los hospitales psiquiátricos mediante la deshospitalización, sino que son los nuevos crónicos (Rotelli, 1987: 168).

La perpetuación de procesos institucionales, burocráticos y de tratamientos que construyen el cotidiano de los sujetos judicializados que no excede a las actividades relacionadas con el sufrimiento psíquico permite pensar en nuevas formas de comprender lo crónico. Cronicidad en varios sentidos: en términos de hospitalización, pero también de institucionalización, pensando en aquellas personas que encontrándose externadas no consiguen el alta de las instituciones. En este marco, la institucionalización prolongada produce cronicidad.

Desde esta óptica, para el estudio de la judicialización de la salud mental, consideré oportuno analizar las experiencias y trayectorias institucionales de personas que recibieron un diagnóstico de padecimiento psíquico y una sentencia de restricción de capacidad jurídica, ya que en los recorridos estudiados radica una de las formas de institucionalización vigente en el campo de la salud mental. En este sentido, en la investigación que hizo de insumo para la tesis, opté por un diseño cualitativo que permitió identificar las particularidades de las trayectorias desde la perspectiva de quienes las emprenden.

Capítulo 2: Del proyecto al proceso, un largo trecho. Decisiones relativas al diseño de investigación

Introducción

Esta tesis tiene como insumo principal una investigación descriptiva exploratoria basada en una estrategia cualitativa. En este capítulo expongo las características metodológicas y el modo de comprender la investigación social que resultaron relevantes para la elaboración del diseño de investigación, y las decisiones metodológicas que se adoptaron a lo largo del proceso. Expreso el problema de investigación, e introduzco las características metodológicas y los resguardos éticos tomados en el trabajo de campo y a lo largo del proceso.

1. El diseño flexible: la investigación social como un continuum

Valles (1999) propone entender la investigación social como un *continuum* entre dos polos: un “diseño estructurado” y un “diseño emergente”. En efecto, la investigación cuenta, por un lado, con aspectos delimitados previamente y planificados de antemano y, por otro lado, con cuestiones emergentes a partir de las decisiones tomadas durante el proceso mismo. “En la práctica real de la investigación se dan situaciones intermedias entre estos polos ideales, así como diferentes combinaciones de algunas de las características de cada uno de ellos” (Piovani, 2018: 81). Los autores proponen así la idea de “diseños flexibles”, que pueden ser más o menos estructurados según el grado de detalle que adquiera la planificación previa (Valles; 1999; Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Vasilachis considera que el diseño flexible:

Alude a una estructura subyacente de los elementos que gobiernan el funcionamiento de un estudio; se refiere a la articulación interactiva y sutil de estos elementos que presagian en la propuesta escrita, la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante el transcurso de la investigación (Vasilachis, 2006: 67).

Scribano (2008) denomina procesualidad cambiante a la flexibilidad en la investigación. Expresa que debemos “evitar iniciar la observación con ideas fijas, no aferrar [nos] a preconcepciones personales o teóricas y estar abiertos y alertas a lo que nos dice la situación en sí y los participantes” (Scribano, 2008: 62).

En el diseño flexible, caracterizado como un *continuum*, se toman una serie de decisiones interconectadas que, de acuerdo a Valles (1999), se pueden agrupar en cuatro conjuntos: decisiones relativas a la delimitación del problema a investigar, decisiones relativas a la selección (muestra), decisiones relativas a la recolección (estrategias para recolectar datos) y decisiones relativas al análisis (técnicas y herramientas serán empleadas para ordenar, resumir, dar sentido a la información recolectada). En consecuencia, habrá un mínimo de decisiones previas de diseño que orienten el estudio, pero también habrá otro tipo de decisiones que se irán tomando mientras se desarrolla la investigación. En estos núcleos decisionales,

relacionados entre sí, “se condensan las múltiples decisiones y prácticas de investigación de diferentes niveles y tipos” (Piovani, 2018: 78). Diseñar significa ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso” (Valles, 1999: 78).

En línea con el antedicho diseño flexible, la investigación que dio pie a esta tesis asume un enfoque cualitativo. Este se “selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (Sampieri, 2014: 355). Sin embargo, existen diferentes tradiciones metodológicas-epistemológicas¹² en la investigación cualitativa (Vasilachis, 2006) que permiten comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en relación con su contexto. En el proceso de trabajo que llevé a cabo durante la realización de la investigación utilicé como guía metodológica la teoría fundamentada, mediante la cual los datos se construyen y comprenden desde la significación que le otorgan los actores. Según Charmaz (1990), su objetivo es elaborar teoría a partir de los datos. “En este método, la recopilación de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí” (Strauss y Corbin, 2002:14). Entre algunas de sus características se puede destacar los siguientes: la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente; los datos determinan los procesos y productos de la investigación; los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y desarrollo teórico y no la verificación de teorías ya conocidas.

2. Decisiones relativas a la delimitación del problema

Las decisiones respecto a la delimitación del problema condicionan el resto de las decisiones, “en la medida en que todas ellas deberán ser instrumentales al logro de los objetivos cognoscitivos que el problema planteado conlleva” (Piovani, 2018: 84) Sin embargo, las decisiones tomadas en relación a la recolección y la selección modifican el problema, y en el caso de esta tesis también lo hizo investigable. Valles (1999) indica que la formulación del problema es “un proceso de elaboración que va desde la idea (propia o ajena) inicial de investigar sobre algo, hasta la conversión de dicha idea en un problema investigable” (Valles, 1999: 83). Además, el autor menciona diferentes fuentes para delimitar el problema, a saber:

¹²Al hablar de tradición nos referimos a una aproximación a la investigación cualitativa que posee una historia distinguida en una determinada disciplina de las ciencias sociales y que ha producido textos, publicaciones periódicas y distintas metodologías que caracterizan a ese enfoque (Vasilachis, 2006).

las sugerencias de investigadores con experiencia, la revisión de fuentes secundarias, la experiencia personal y/o profesional.

En el caso de este trabajo de investigación, la delimitación del problema se produjo por el trabajo de campo. Las condiciones externas del proceso de investigación (Samaja, 2008) suscitaron que realizara el trabajo de campo en el poder judicial de la ciudad de Mar del Plata, lo que facilitó la delimitación del problema que inicialmente no se enfocaba en la judicialización de la salud mental. Cuando comencé el Doctorado, el proyecto de investigación se denominaba *Los procesos de construcción de subjetividad en el campo de la salud mental*, y se proponía analizar los posibles conceptos de la salud mental comparando las perspectivas de los actores sociales del campo de la salud mental (usuarios y funcionarios) con las normativas jurídicas vigentes. Sin embargo, la elección y la posibilidad de entrevistar personas judicializadas y representadas por la Curaduría Oficial (en adelante CO) tuvo como efecto la especificidad en el problema. Problema que es atravesado por la idea inicial, pero que a los fines de la tesis doctoral resulta investigable. Como expresa Sampieri (2014) quien profundiza en las transformaciones que produce el trabajo de campo en la delimitación del problema: se desarrolla un proceso que va desde una inmersión inicial general, poco centrada o dispersa, pero que “conforme transcurre la investigación, va centrándose en ciertos aspectos de interés cada vez más vinculados con el planteamiento del problema, que al ser muy flexible se puede ir modificando (Sampieri, 2014: 371).

3. Decisiones relativas a la selección: la muestra

La investigación cualitativa no se basa en el criterio numérico para garantizar su representatividad, pues “el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia” (Sampieri, 2014: 382). En contraposición a los procedimientos cuantitativos de muestreo probabilístico (Valles, 1999), en la investigación cualitativa la pregunta que orienta las decisiones relativas a la muestra es la siguiente: ¿qué individuos sociales tienen una vinculación más significativa con el problema a ser investigado? (De Souza Minayo, 2012). Sampieri (2014) menciona otras consideraciones al momento de definir la muestra: la capacidad operativa de recolección y análisis; el entendimiento del fenómeno; y la naturaleza del fenómeno en análisis.

El diseño de la investigación estipuló la realización de 30 entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres representados por CO (Mar del Plata), que se encuentran en tratamiento ambulatorio, y el análisis de 40 legajos judiciales en la misma institución, de casos de insania,

inhabilitación y determinación de capacidad jurídica. Además, y en acuerdo con la sugerencia de la evaluadora del plan de tesis, se realizaron cinco entrevistas a expertos que se desempeñan en el ámbito judicial a fin de contextualizar la realidad de los primeros treinta entrevistados.

El primer contacto con el campo fue en marzo del 2015 cuando comencé con la lectura de legajos y archivos judiciales de la CO de Mar del Plata. El objetivo era conocer las historias de las personas judicializadas representadas por la CO que entrevistaría posteriormente, recabar datos actualizados de las mismas, y conversar con los funcionarios judiciales de la institución acerca de la factibilidad de las entrevistas. En las visitas regulares a la institución, a medida que revisaba los documentos de cada caso, consultaba el estado de salud y el lugar de residencia de la persona. Además chequeaba los datos de contacto, ya que muchas veces los datos expuestos en los documentos judiciales estaban desactualizados.

3.1. La Curaduría Oficial de Mar del Plata

La CO representa e interviene en los casos de insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica de dos departamentos judiciales, con un total de 269 casos. De éstos, el 79% de las intervenciones se realizan en el departamento judicial de Mar del Plata, perteneciendo al mismo 214 casos. Y de este número, 142 personas residían en Mar del Plata al momento de la selección los entrevistados.

Consideré oportuno entrevistar a aquellas personas que conjugaban dos propiedades: la primera, estar residiendo en Mar del Plata, y la segunda, que no se encontraran internadas. Del número de personas que residían en Mar del Plata al momento de la selección de los entrevistados, 112 de ellos no se encontraban internados. Antes de pautar la entrevista mantuve una conversación con algún referente del poder judicial que pudiera confirmar la posibilidad de hacer efectiva la entrevista con la persona en cuestión. Si las personas contaban con un acompañante terapéutico, también dialogaba previamente con ellos. A continuación presento la tabla 2.1 que resume algunas características de las personas entrevistadas.

Tabla 2.1: Personas entrevistadas con apoyo o representación de la CO (2017, Mar del Plata)

Categoría	Propiedades	Frecuencia sobre 30
Género	Mujer	15
	Hombre	15
Diagnóstico del informe	Psicosis	11
	Esquizofrenia	12
	Bipolar	2
	Retraso	2
	Otros	3
Grupo etario	39-59	20

	60-80	10
Vive con	Solo	8
	Familia	11
	Otros	11
Residencia	Propia	16
	Alquila	4
	Pensión	7
	Hogar	3
Tipo de sentencia	Insania	26
	Inhabilitación	3
	Determinación	1
Fecha de sentencia	Década de 1990	12
	Década de 2000	17
	Década de 2010	1

Fuente: Elaboración propia- 2017

Una vez realizadas algunas entrevistas, se inició el uso de la técnica de bola de nieve. En esta “se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información, y una vez contactados, los incluimos también” (Sampieri, 2014: 388). De esta manera, los entrevistados sugirieron a otras personas, y en muchos casos facilitaron su contacto. De igual manera sucedió con los acompañantes terapéuticos, quienes, al trabajar con varias personas que la Curaduría representa o con las que actúa de apoyo, tenían la posibilidad de sugerir otros entrevistados y gestionar el encuentro. En consecuencia, la muestra, en principio, no tuvo un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos (Vasilachis, 2006). “En el muestreo teórico el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social” (Denzin y Lincoln, 2005: 108).

De esta manera en un primer momento elaboré fundamentos que conllevan a entrevistar a determinadas personas y no a otras, iniciando el trabajo de campo con algunas categorías establecidas previamente. Al avanzar en la realización de entrevistas y observar que ya no surgían nuevas categorías analíticas, consideré que la muestra se había saturado y cesé la toma de entrevistas. El criterio de saturación estipula que se realizan entrevistas hasta que se “alcanza la certeza práctica de que nuevos contactos no aportan elementos desconocidos con respecto al tema de investigación, o no emergen aspectos hasta entonces no tratados” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 290). Este fue el criterio que seguí en la investigación.

4. Decisiones relativas a la recolección de datos

En el proceso de trabajo se conjugan diferentes técnicas de recolección de datos (De Souza Minayo, 2012) que nos permitan el análisis, la interpretación y la comprensión del

problema de investigación y, consecuentemente, la construcción de conocimiento. A lo largo de la investigación se despliegan “cualesquiera estrategias, métodos y materiales empíricos que estén a mano” (Denzin y Lincoln, 2005: 5). En esta investigación se trabajó mediante dos técnicas de recolección de datos: el análisis documental (Valles, 1999) y la entrevista semiestructurada (Taylor y Bogdad, 1987) personal y virtual (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). El trabajo de campo, en lo atinente a la recolección de los datos primarios y secundarios abarcó diferentes períodos, y se estructuró en torno a cuatro etapas relacionados entre sí. A continuación, enuncio las técnicas y los datos recolectados con cada una de ellas.

4.1. Técnica de recolección de datos: la observación documental de los legajos judiciales

Una de las fuentes de datos cualitativos son los documentos que pueden contribuir a comprender el fenómeno central de estudio. “La mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinear sus historias y estatus actuales. Le sirven al investigador para conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él (Sampieri, 2014: 413). Comprendo los documentos como “la amplia gama de registros escritos y simbólicos, como a cualquier material y datos disponibles (...). Los datos obtenidos de los documentos pueden usarse de la misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones” (Erlandson, 1993: 99 en Valles, 1999: 120). Asimismo, los documentos son cosas que podemos leer y que se refieren a algún aspecto del mundo social. “Incluye aquellas cosas hechas con la intención de registrar el mundo social- los informes oficiales, por ejemplo- pero también los registros probados y personales (...), los cuales puede que no se hayan hecho para sacarlos a la luz pública” (Mac Donald y Tipton 1993: 188, en Valles, 1990: 120).

Los documentos que tomé para este trabajo son legajos judiciales que se encuentra en la CO del departamento judicial Mar del Plata. Entre los meses de marzo y junio del 2015 concreté la revisión de legajos judiciales, de procesos judiciales de casos de insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica en el contexto de la institución CO de Mar del Plata También observé documentación extraída de una carpeta que recopila apuntes, resúmenes y trabajos elaborados por funcionarios y residentes de la institución. Esta documentación recopilada es informativa, y no tiene carácter normativo-jurídico.

El período de recolección de estos datos se realizó bajo la forma de visitas presenciales a la institución con una frecuencia de dos veces por semana. Durante ese período de tiempo tomé fotografías a documentos archivados en papel, y recolecté datos consignados en el sistema digital desde una de las computadoras de la institución, teniendo acceso a la información digitalizada de los casos.

A lo largo de la revisión de documentos pude corroborar que, en el caso de los informes sociales y las sentencias, los datos de los archivos físicos y de los archivos digitales coincidían, ya que eran archivados en la computadora y luego anexados a los legajos judiciales en formato de papel. Pero existían datos que no se encontraban en ambos formatos. Algunos documentos que se encontraba en los archivos físicos no se encontraban en los soportes digitales, y muchos datos que se encontraban en el sistema no existían en formato papel, debido a que no eran impresos y adjuntos. El ejemplo más común se trata de un archivo denominado “notas”: un texto subido digitalmente por los funcionarios de la Curaduría (a modo de borrador o cuaderno de notas) utilizado para la posterior realización de las pericias correspondientes, informes y diagnósticos. De modo que acceder a “las notas” me permitió observar elementos no existentes en los archivos físicos, y también actualizar los datos de contacto, las fechas de las entrevistas domiciliarias realizadas por los funcionarios, entre otras cuestiones. En cuanto a los archivos físicos, tienen la particularidad de no restringir su contenido a la actuación del poder judicial. En los legajos encontramos pericias, fragmentos de historias clínicas, informes sociales, notas de consorcio, certificados médicos, entre otros documentos.

4.2. Técnica de recolección: la entrevista semiestructurada

La entrevista es “una forma especial de encuentro: una conversación a que se recurre con el fin de recolectar determinado tipo de informaciones en el marco de una investigación” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 214). Es una de las formas para adquirir conocimiento de la vida social basada en gran medida sobre relatos verbales (Taylor y Bogdad, 1987). Dado que esta investigación aborda la temática de la judicialización de la salud mental y lo hace a partir de las experiencias de las personas involucradas, he seleccionado la entrevista como la técnica de recolección de datos ya que “permite comprender significados, perspectivas y definiciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo” (Taylor y Bogdad, 1996: 114). Se acude a la técnica de entrevista “cuando se busca acceder a la perspectiva de los actores, para conocer cómo ellos interpretan sus experiencias en sus propios términos” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 220). A través de las preguntas y respuestas se logra una

comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Sampieri, 2014). Algunos autores describen la entrevista como “una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones” (Benadiba y Plotinsky, 2005: 23). En otras palabras, esta técnica ofrece un acercamiento al objeto de estudio, que mediante el habla se focaliza en las motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema (Scribano, 2008).

Valles (1999) emplea la expresión “entrevista conversacional”, estableciendo una relación entre la entrevista profesional y la conversación o el dialogo propio de la cotidianidad. Expresa que “su campo de utilización se encuentra en las ciencias sociales, donde puede adoptar formatos y estilos variables a lo largo de un continuo más o menos estructurado” (Valles, 1999: 182). En la investigación cualitativa, la entrevista conversacional es flexible y dinámica (Taylor y Bogdad, 1996), lo que permite la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones. Asimismo, cada investigador “realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma” (Alonso, 1998: 79; en Sautu, Boniolo y Elbert, 2005: 48).

Durante la primera etapa de recolección, que abarca el período de tiempo de agosto a noviembre del 2015, realicé diez entrevistas a personas con padecimiento psíquico judicializadas y representadas por la CO. Hombres y mujeres, de 50 a 60 años que residían en Mar del Plata al momento de participar en la investigación. Ocho de los participantes habían sido judicializados con una sentencia de insania, los dos restantes con una sentencia de inhabilitación.

La segunda etapa de recolección de datos, durante el período de septiembre a diciembre del 2016, se organizó alrededor de la toma de entrevistas a 20 personas con padecimiento psíquico judicializadas y representadas por la CO. Participaron hombres y mujeres, de 40 a 80 años que residían en Mar del Plata al momento de hacer la entrevista. En su mayoría habían sido judicializados con una sentencia de insania, a excepción de una persona con sentencia de inhabilitación y otra persona con sentencia de determinación de capacidad.

Finalmente, entre marzo y junio del 2018 realice cinco entrevistas. En esta tercera etapa entrevisté a funcionarios del poder judicial que se desempeñan en la temática de la discapacidad psicosocial en el ámbito local y nacional, a saber: dos funcionarios de CO de Mar del Plata, una

funcionaria de la Asesoría de Incapaces, un funcionario integrante de la Unidad de Letrados del Artículo 22 de la LNSM, y una funcionaria de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de Salud Mental. Estas entrevistas, semiestructuradas personales y semiestructuradas virtuales, permitieron poner en relación las prácticas concretas del poder judicial con los cambios jurídicos acontecidos en un nivel más amplio del campo de la salud mental.

4.3. Las entrevistas: tipos de preguntas, modalidades y escenarios

La entrevista semiestructurada consta de ítems flexibles de información (Sautu, Boniolo y Elbert, 2005) y proporciona “la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Sampieri, 2014: 403). Teniendo en cuenta esta perspectiva, para la realización de las entrevistas elaboré un esquema a partir del cual abordar el tema central y las cuestiones secundarias. Esto “supone tener listas preguntas de amplio espectro para los inicios, así como una serie de cuestiones y argumentos que sirvan (en caso necesario) para pasar de unos asuntos a otros; o para motivar al entrevistado” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 290). La guía de entrevista no es un protocolo estructurado, sirve para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas (Taylor y Bogdad, 1987).

Para diseñar la guía de temas es necesario tomar en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos. Los prácticos tienen que ver con que debe buscarse que la entrevista capte y mantenga la atención del participante. Los éticos en el sentido de que el investigador debe reflexionar sobre las posibles consecuencias que tendría que el participante hable de ciertos temas. Y los teóricos en cuanto a que la guía de entrevista tiene la finalidad de obtener la información necesaria para responder al planteamiento (Sampieri, 2014: 407).

En consecuencia, los núcleos temáticos trabajados en la entrevista fueron elaborados en función de las dimensiones centrales del problema de investigación. Los guiones utilizados eran flexibles con orientaciones analíticas pensadas durante los momentos previos al trabajo de campo.

4.4. Las entrevistas a las personas judicializadas

Con referencia a la guía de entrevista utilizada en los encuentros con las personas judicializadas, a medida que avanzaba en la realización de entrevistas, la guía adquiría mayor especificidad. Como expresa Sampieri, en la investigación cualitativa “las primeras entrevistas son de tipo piloto, y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo” (Sampieri, 2014: 403). En las primeras diez entrevistas realizadas a personas diagnosticadas con un padecimiento psíquico y judicializadas incluí las siguientes dimensiones: (1) las condiciones generales de vida, composición familiar, actividades sociales, educativas, laborales; (2) las

experiencias en relación al padecimiento, emergencia del padecimiento, características y modificaciones; (3) las trayectorias de tratamiento, características, dispositivos; (4) las experiencias y trayectorias judiciales, características de las instituciones, actividades realizadas en estas y para qué; (5) la perspectiva de los cambios normativos.

A diferencia de la guía utilizada en las primeras entrevistas, para las veinte entrevistas restantes opté por elaborar una guía de preguntas que se caracterizara por ser exhaustiva, más orientada al problema de investigación y con preguntas a mano que me permitieran colocar la atención en la persona entrevistada y no tanto en la formulación de las preguntas. “Prestar atención significa comunicar un interés sincero en lo que los informantes están diciendo” (Taylor y Bogdad, 1987: 122). Por esta razón, elaboré varias preguntas para cada dimensión: preguntas generales, preguntas para ejemplificar, preguntas de contraste y preguntas de estructura (Sampieri, 2014). Además, incorporé preguntas de dimensiones que se reiteraban y que no habían sido tenidas en cuenta en un principio. Registrar la repetición de aspectos no considerados inicialmente en la guía de entrevista me permitió, por ejemplo, construir categorías de análisis que son centrales en la tesis y que arrojan resultados para la comprensión del problema de investigación. A continuación, presento los modelos de entrevistas.

MODELO DE ENTREVISTA A PERSONAS JUDICIALIZADAS

ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y VIDA COTIDIANA	Actividades frecuentes Vida cotidiana Actividades recreativas Vínculos-composición familiar Trayectorias educativas y laborales
EXPERIENCIA DE PADECIMIENTO Y VIDA COTIDIANA	En relación al surgimiento de la enfermedad, ¿cuál fue el primer indicio/señal que hizo que usted u otro familiar sospechara de qué estaba cambiando su comportamiento habitual? ¿Qué fue lo primero que pensó y que hizo en relación a la situación suscitada?
	Modificaciones en la vida cotidiana, cambio de hábitos y prácticas (cambios en la convivencia, sensaciones asociadas al surgimiento de padecer, modalidades de socialización).
	¿Qué actividades relacionadas a la salud hacen todos los días, que actividades de lo judicial hacen todos los días? Espacios y actividades por fuera de sistema de salud y del sistema judicial.
	Formas de percibir el padecimiento. Sensaciones y emociones. Ideas y conceptos asociados al padecimiento.
	Formas de lidiar con el sufrimiento (Formas de manejar los problemas derivados de este). Expectativas atribuidas al tratamiento.
	¿De dónde considera que provienen las mejoras en la salud?
	¿Cuáles son sus proyectos? ¿Cómo se ve en diez años? ¿Qué expectativas tiene?
LA EXPERIENCIA Y TRAYECTORIA DE TRATAMIENTO	¿En qué momento sintió la necesidad de consultar a un profesional de la salud?
	¿Qué información le proporciono este acerca de la enfermedad y su evolución/pronóstico?
	¿La atención estaba dada solo por un médico? ¿Qué otros profesionales de la salud asistieron a la familia?
	¿Quién asumió la responsabilidad para el control del tratamiento (medicación, asistencia a turnos médicos)?
	¿Cada cuánto se realizaba lo controles médicos?

	<p>¿Cómo era la relación con el equipo profesional? ¿Qué recursos le brindo ante su situación/demanda?, ¿Se fue del servicio con la respuesta y los recursos que usted esperaba? (recursos materiales, económicos, asesoramiento legal, instrumental, reglamentario, gestiones) ¿Por qué pensás que surge la enfermedad? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Cómo te enteraste del diagnóstico? ¿Qué piensa de lo que le dijeron? Como es el inicio del tratamiento. Características de los tratamientos, dificultades y obstáculos. Como es recibido por los dispositivos de salud mental. Alternativas terapéuticas más frecuentemente utilizadas. Alternativas terapéuticas que considera más convenientes para su salud. ¿Son escuchados para la toma de decisión respecto del tratamiento y el cuidado? ¿Son considerados en los procesos de evaluación de su propio proceso de tratamiento? ¿Existe posibilidad de elegir que tratamiento hacer, o de cambiar de profesional en el curso del mismo? ¿Es posible acceder a la historia clínica, como cualquier registro en las instituciones de salud mental? Conocimiento del derecho al acceso a su historia clínica. ¿Los dispositivos lo contactan con otros grupos y programas en su misma situación? ¿Los profesionales escuchan y responden sus experiencias, intereses y conflictos? ¿Los profesionales creen que puedo hacer sus elecciones (acerca de cómo y dónde vivir, cuando trabajar, con quien relacionarme)?</p>
<p>LA EXPERIENCIA Y TRAYECTORIA EN RELACIÓN AL CAMPO JUDICIAL</p>	<p>¿Cómo es recibido por los dispositivos judiciales? ¿Quién inicio el proceso judicial? ¿Estaba informado respecto de esto? Si lo inicio usted, ¿quién lo asesoró? ¿Que conocen del proceso? Fue informado acerca de lo que implica ser declarado insano (derechos/deberes/perjuicios/beneficios/impedimentos) ¿Le explicaron cuáles son las funciones y atribuciones de un curador y/o apoyo? ¿Cómo aparece la autonomía en los relatos? ¿Cómo aparece la dependencia? Posibilidad de cambiar de representante. ¿Existe la posibilidad de cambiar el referente profesional? Motivos por los cuales no cambian. Modificación en su vida cotidiana a partir de la judicialización. Relaciones en el ámbito judicial. Relación con los profesionales y dispositivos intrajudiciales. ¿Accedieron alguna vez a su sentencia o legajo? ¿Es posible el acceso? ¿Los profesionales y dispositivos tienen en cuenta sus opciones de vida? ¿Comprenden sus expectativas? ¿Los profesionales escuchan y responden sus experiencias, intereses y conflictos? ¿Los profesionales creen que puede hacer sus elecciones (acerca de cómo y dónde vivir, cuando trabajar, con quien relacionarme, etc.)? ¿Son preguntados regularmente por sus intereses y motivaciones individuales en actividades grupales y en la comunidad que no sea del ámbito de la salud mental (iglesia, deporte, etc.)? ¿Los profesionales los convocan a probar nuevas actividades? ¿Recibe ayuda de los dispositivos para pensar un plan de vida cuando no está conforme con ello? ¿Los dispositivos lo contactan con otros grupos y programas en su misma situación? ¿Participan del proceso de evaluación de su tratamiento? ¿Se habla con el usuario sobre las posibilidades de alta, o de salir o cambiar de programas?</p>
<p>LA PERSPECTIVA DE LOS CAMBIOS NORMATIVOS-JURÍDICOS</p>	<p>Si los conoce, relación con su trayectoria de tratamiento, apreciaciones, alcances y limitaciones Ley y normas: nociones de salud mental, subtemas, autonomía/insania, capacidad ¿Cómo aparecen las normativas en materia de capacidad jurídica y salud mental a lo largo del relato?</p>

Además, se consideran las preguntas espontáneas surgidas a lo largo de las entrevistas

Respecto a los escenarios, los relatos pueden estar condicionados por el ámbito en el que se producen (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Algunas entrevistas fueron realizadas en el lugar de residencia del entrevistado, otras personas escogieron un espacio público como un

café, una plaza. Asimismo, algunas entrevistas fueron realizadas solo con la persona, mientras que en otras ocasiones el entrevistado optó por participar junto a su acompañante terapéutico.

4.5. Las entrevistas a los funcionarios

Para las entrevistas a los funcionarios construí una guía de preguntas con las mismas orientaciones conceptuales e instrumentales. Los temas de la guía estuvieron centrados en los paradigmas en salud mental, el trabajo llevado a cabo en su institución y las nociones de capacidad jurídica. A continuación, presento el modelo de entrevista a referentes del Poder Judicial.

MODELO DE ENTREVISTA A REFERENTES DEL PODER JUDICIAL

TEMA	Preguntas
SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS	<p>En relación a las normativas en materia de Salud Mental y Derechos Humanos de los últimos años, ¿cuáles consideras que son los aspectos más importantes?</p> <p>¿Qué políticas públicas se implementaron en los últimos años que facilitan o promueven el cumplimiento de las normativas?</p> <p>¿Qué aspectos consideras que no sufrieron transformaciones contradiciendo las normas vigentes?</p> <p>Podes contarme un proceso judicial trabajado bajo los conceptos y criterios de las normativas de Salud Mental y Derechos Humanos</p>
ESPECIFICIDAD INSTITUCIONAL Y PROFESIONAL	<p>¿Cuáles son las incumbencias de la institución en la que trabajas? ¿En qué consiste tu trabajo, cual es el alcance de tu actividad laboral?</p> <p>¿Cómo afectaron tu labor y/o tu lugar de trabajo las transformaciones jurídicas en relación a la capacidad jurídica?</p> <p>¿Cuándo termina su intervención?</p>
CAPACIDAD JURÍDICA	<p>Específicamente respecto de la capacidad jurídica, ¿qué transformaciones destacas?</p> <p>¿Cómo es la trayectoria/proceso judicial de una persona con sufrimiento psíquico en cada caso (insania, inhabilitación y determinación de capacidad) en la actualidad?</p> <p>¿Cuáles son las diferencias entre ser el curador o el apoyo de una persona? ¿Me podés dar un ejemplo de cómo actuaría la institución en un caso y como en el otro?</p>
ADEMÁS, SE CONSIDERAN LAS PREGUNTAS ESPONTÁNEAS SURGIDAS A LO LARGO DE LAS ENTREVISTAS	

Esta guía de entrevista no sufrió modificaciones como la utilizada con las personas judicializadas. Esto puede deberse a que la cantidad de entrevistas fue acotada, y determinada previamente. Respecto a la modalidad de los encuentros, todas las entrevistas fueron semiestructuradas. Una de éstas fue realizada personalmente en el lugar de trabajo del participante, las restantes fueron virtuales: dos sucedieron por videoconferencia mediante la aplicación Skype, y las otras dos fueron realizadas telefónicamente y por correo electrónico.

5. Decisiones relativas al procesamiento y análisis de datos

Sampieri (2014) refiere al proceso del análisis cualitativo como una espiral, en la cual se cubren diversos ángulos del mismo fenómeno de estudio. “El análisis de contenido es una de

las técnicas de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados que se basa en procedimientos de descomposición y clasificación de estos” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007: 290). Uno de los procedimientos posibles para el análisis cualitativo de datos parte de la teoría fundamentada. En términos de Corbin y Strauss comprendo la misma como “teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recopilación de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí” (Strauss y Corbin, 2002:14). Y aclaran que no se refieren a “la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico” (Corbin y Strauss, 2002: 12).

Esta perspectiva analítica es coincidente con el carácter interpretativo del proceso de investigación en el cual se basa la tesis, pues tiene interés por la comprensión de los fenómenos y los significados que los actores dan a sus acciones, experiencias y sucesos en los que participan. El foco analítico es conocer los significados que construyen una trama de sentido acerca de la judicialización de la salud mental. Valles (1999) y Sampieri (2014) ofrecen una descripción de las operaciones para el análisis de datos. La primera operación es comparar las entrevistas tratando de dar una denominación común a un conjunto de fragmentos de entrevista que comparten una misma idea. En segundo lugar, se realiza la búsqueda de propiedades, lo que permite la construcción de categorías. Luego se elaboran las relaciones entre las categorías para interpretar y explicar las mismas en función del planteamiento del problema, para finalmente lograr una integración de las categorías y propiedades abordando a una teoría respecto al tema de investigación. Desde la perspectiva analítica de la teoría fundamentada estos momentos son agrupados bajo el término de codificación (Corbin y Strauss, 2002), que: “tiene como rasgo principal que los datos se categorizan con codificación abierta, luego el investigador organiza las categorías resultantes en un modelo de interrelaciones (codificación axial), que representa a la teoría emergente y explica el proceso o fenómeno de estudio (codificación selectiva) (Sampieri, 2014: 475).

Los segmentos de las entrevistas cobran sentido cuando adquieren un significado en relación al planteamiento del problema. Resulta importante definir los términos “categoría” y “tema”. Comprendo el primero como las conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación. Y al segundo como el conjunto de categorías que se refieren a un mismo asunto (Sampieri, 2014).

Siguiendo a estos autores, el análisis de las entrevistas y de los documentos consistió en la identificación de núcleos temáticos y su consecuente articulación, determinando los mapas conceptuales presentes en el texto. En esta investigación las entrevistas fueron grabadas y transcritas por mí misma en su totalidad, en el programa Word. Una vez transcritas las entrevistas, lleve a cabo una relectura de los materiales (documentos y entrevistas), mediante el criterio de agrupar por temas. Posteriormente organicé las entrevistas en nuevos archivos a partir de la elaboración de cuadros de doble entrada donde clasifiqué los fragmentos de entrevistas. En los cuadros se exponen las propiedades de esas categorías, con ejemplos y fragmentos de entrevista. Algunos de estos cuadros están presentes en el cuerpo de la tesis, mientras que otros son utilizados para el análisis y sus datos son incorporados al texto en la redacción.

El análisis de los legajos judiciales como fuente documental fue realizado con el mismo abordaje que se utilizó para las entrevistas. Asimismo, para el procesamiento de datos transversales a todos los casos se utilizó el programa EPI INFO 7 que permitió la asociación de datos.

Al realizar una investigación cualitativa de manera individual como responsable del proceso y de la tesis, es posible que en el análisis de los materiales se instalen múltiples naturalizaciones en las instancias de interpretación. Bourdieu indica la necesidad de realizar actividades que contribuyan con la vigilancia epistemológica. Expresa que esta práctica consiste en “arrancarnos del adormecimiento de la atención que favorece la ilusión de lo ya visto y ya escuchado, para entrar en la singularidad de la historia de una vida e intentar comprender, a la vez en su unicidad y su generalidad, los dramas de una existencia” (Bourdieu, 1999: 541). Por esta razón, a lo largo del análisis participé de jornadas y congresos¹³ donde fue posible compartir avances de la investigación y discutir las interpretaciones y hallazgos.

Finalmente, al momento de procesar e interpretar asumí algunas orientaciones teórico-metodológicas basadas en el método arqueológico (Foucault, 2002). Las fuentes en la investigación social pueden ser leídas de diferentes modos. Estas constituyen territorios a recorrer mediante mapas, que los investigadores se ocupan de construir y/o seleccionar. Una de

¹³ Los encuentros en los que participé como ponente fueron las XIII Jornadas nacionales de debate Interdisciplinario en salud y población, en la Facultad de Ciencias Sociales, UBA (Agosto, 2018); las Jornadas de Sociología, en la Facultad de Ciencias Sociales, UBA (Agosto, 2017); en las XII Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, en la Facultad de Ciencias Sociales, UBA (Julio, 2016); y en las XVIII Jornadas de Investigadores y Becarios en Ciencias Jurídicas y Sociales (Septiembre 2014).

estas consideraciones consiste en observar la materialidad de los acontecimientos, dejando de lado significaciones ocultas que habría que develar. En efecto, no existe interés por la lógica subyacente. El documento no es usado con el fin de reconstituir la verdadera esencia, tampoco sirve para descifrar lo no dicho; la función no es desocultar un núcleo escondido, ni determinar si es veraz.

5.1. La construcción de los datos: desde la primera aproximación hasta la definición de categorías y dimensiones

La observación documental permitió describir demográficamente la población. En esta registro demográfico observé la distribución por género, por diagnóstico manifiesto en el legajo (psicosis crónica, retraso mental, bipolaridad o trastorno de la personalidad, retraso mental con psicosis injertada, síndrome demencial, síndrome depresivo, encefalopatía, alcoholismo y otros diagnósticos como síndrome de Down, trastorno psicótico sordomudo, autismo con menor relevancia estadística), distribución etaria (distribuyendo la población en la franja etaria de 18 a 40 años, y la que está por encima de los 41 años de edad) y lugar de residencia (tanto la población que se encontraba institucionalizada, sea internada en instituciones públicas y privadas, o residiendo en un hogar al momento de la observación, y otros lugares de residencia como casas de convivencia, y el domicilio particular o familiar). También observé el tipo de sentencia (insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica).

Mediante la herramienta EPI Info, asocié categorías que podrían proporcionar nuevos datos. Primero relacioné género y diagnóstico; en segundo lugar, la ciudad de residencia y si se encuentra internado (sea institución pública o privada); en tercer lugar sentencia y diagnóstico (lo que permite describir la distribución de mujeres por diagnóstico y sentencia, y la distribución de hombres por diagnóstico y sentencia); y por último el diagnóstico por franja etaria desglosado por género.

Posteriormente, en la lectura de los 40 legajos judiciales, profundicé en algunas dimensiones. Entre éstas la fecha de la sentencia (década del 80, 90, 2000 o 2010), las franjas etarias más representativas (39-59 y 60-80) y con quien residían (solo, con la familia o allegados). También observé el disparador de la judicialización, es decir, qué persona o institución inició el proceso judicial (Asesoría de Incapaces, médico tratante, empleador, familia, el municipio, e Juzgado Civil y Comercial o sin dato).

Avanzando en el análisis, a partir de la lectura de los legajos judiciales construí categorías acerca de los casos referenciados en los legajos judiciales y representados por Curaduría. Son:

- 1) las circunstancias de la sentencia en las cuales intervino el Poder Judicial. Observé los motivos por los cuales eran producidas determinadas sentencias y derivadas a un curador oficial. Entre los aspectos mencionados en esta dimensión se encuentran: diagnóstico, incapacidad, gestión de subsidio, conflictividad con la familia, derivación de médico tratante, desprotección, conducta desadaptativa, derivación de sede penal.
- 2) La práctica derivada de la sentencia, las acciones que el poder judicial plantea en cada caso. Entre estas acciones la CO interviene en aspectos: vinculares, económicos, terapéuticos, burocráticos, situación social, trámites personales, autonomía.
- 3) Las menciones a la vida cotidiana en los legajos judiciales. Las actividades diarias de los causantes ocupan un lugar importante en los legajos y refieren a: la autonomía en la cotidianidad, a las actividades que hacen con otros, el cumplimiento con el tratamiento, el cuidado de la higiene personal y del lugar de residencia, y a si están insertos o no laboralmente.
- 4) La autonomía. Al observar los legajos judiciales en clave de autonomía de las personas judicializadas registré como parámetros de la misma: la convivencia, lo laboral, el aspecto económico, la capacidad para relacionarse con otros, la higiene, el cumplimiento del tratamiento.
- 5) Las menciones a lo relacional. En los legajos se refieren a las relaciones del causante como un aspecto a supervisar o controlar a lo largo de toda su vida. Entre los elementos relacionados se encuentran los vínculos familiares perjudiciales para el usuario, los vínculos construidos en los dispositivos, el conflicto con los vecinos y su relación con los cuidadores formales.

A partir del análisis de las entrevistas a personas judicializadas se elaboraron las siguientes categorías organizadas en tres ejes.

Tabla 2.2: La trama de padecimiento

1 La trama de padecimiento	
La vida anterior al padecimiento	Menciones al trabajo, la educación, el deporte
Indicadores de salud mental	Expresiones asociadas a terapias adecuadas, la organización, talleres/lectura, políticas públicas, el hogar, el trabajo, el afecto, nuevas habilidades
Significados iniciales del padecimiento	transformación de la manera de percibir el mundo, la conciencia, la imposibilidad de tomar decisiones, “desvariar”, “más o menos desubicada”, estar mal psíquicamente, enojo, cambios abruptos, mala conducta, confundir la realidad, romper con la normalidad, desorientación, cronicidad, quebrar y delirio.

Recaídas, brotes y arranques	Significado y momento.
Desencadenantes del padecimiento	Conflicto con la familia, fallecimiento de un familiar, abandono de la familia, situaciones traumáticas, factores prenatales, situaciones de violencia, aguantar o contener algo que necesitas expresar, cerebro y conflictos políticos.
Las relaciones	Los vínculos sanguíneos “la familia que uno elige” y “los otros”.
Significados de la salud mental	Bienestar, sentirse bien, autonomía, saludable, equilibrio emocional, todo, especificidad del caso, estar fuerte, incapacidad laboral, condiciones de vida, las luces, locura, estabilidad, tranquilidad, capacidades, viveza, administrar el tiempo, decir que no, retomar estudios, emprender lecturas complejas, hacerle frente al médico, no tener curador

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Tabla 2.3: Trayectorias institucionales

2-Trayectorias institucionales	
Decisiones en el tratamiento	Definición de la medicación, imposibilidad de decidir acerca del tratamiento, acceso al legajo judicial, acceso a la historia clínicas.
Otras formas de control	“Uno deber comportarse”, adherencia al tratamiento, identificar los imposibles, pautas judiciales, actitud para sobrellevar la enfermedad.
Las internaciones	El para qué de la internación, la rutina, el trato, la función de la medicación, los efectos de la internación, la cronicidad, la trayectoria, dificultades para la externación.
Características del diagnóstico	El diagnóstico es indiscutible, ajeno de sí, modifica la percepción de los otros acerca de sí, externo, inmutable, diagnóstico de gestión, auto adjudicado, simplista y acotado
Referencias a las normas jurídicas	Desconocimiento, el poder judicial y su situación judicial, derecho a decidir sobre los bienes, norma y normativización, inaplicabilidad, modalidades y medidas para la internación y el derecho a decidir.
Lidiar con la burocracia	De las obras sociales, la documentación, el acceso a derechos y el diagnóstico “que te ponen”.
Circunstancias en las que acuden a la institución	Desvinculación de la familia, fallecimiento del familiar a cargo, conflictos familiares, conflictos económicos, para abordar alguna gestión, derivación de un profesional, decisión de un juez, desconocimiento, los vecinos y derivación de sede penal.
Prácticas judiciales	Resolución de problemas familiares, de problemas con terceros, de problemas en el hogar. Cuestiones económicas, administración del dinero mensual, control de las relaciones, resolución de temas legales, gestión y trámites, protección judicial-médica, contención afectiva, estar bajo su tutela. Decidir sobre las internaciones.
La restitución de la capacidad	En el futuro, como imposibilidad, de desprotección, genera desconfianza, y se constituye como una decisión negativa.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Tabla 2.4: Vida cotidiana, presente y padecimiento psíquico

3. Vida cotidiana, presente y padecimiento psíquico	
Peregrinar por las instituciones	Gestiones, judiciales, actividades terapéuticas, acompañamiento terapéutico y la medicación.
Significación del padecimiento en la vida cotidiana	Se refieren a la observación de sí mismo, el pastillero, la cabeza, los efectos del sufrimiento psíquico, el factor económico, cuidado del hogar y cuidado de sí.
La medicación en la vida cotidiana	Se identifica el acompañamiento terapéutico, el tiempo y la medicación, funcionalidad de la medicación y la organización.
Conductas esperadas	Se alude a la inserción en determinadas instituciones, los límites en la conducta y la superación de los límites impuestos.
La regulación de las relaciones	Concierno a: los vínculos imposibilitados por el poder judicial y los vínculos perjudiciales para la salud.
El futuro	Se incluye aquí: “cosas simples”, “sin respuesta”, “la vida”, imposibles, autonomía, factor económico y los vínculos.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Para abordar la temática de la judicialización de la salud mental, también recurrí a la realización de entrevistas a profesionales que se desempeñan en el ámbito judicial, a saber: Asesoría de Incapaces del Ministerio Público de la Defensa de la Provincia de Buenos Aires, CO del Ministerio Público de la Defensa de la Provincia de Buenos Aires, Unidad de Letrados del Art. 22 dependiente de Defensoría General del Ministerio Público de la Defensa y la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de Salud Mental. Considerando estas entrevistas, elaboré las siguientes dimensiones.

Tabla: 2.5: Dimensiones elaboradas a partir de las entrevistas a funcionarios judiciales

Dimensiones elaboradas a partir de las entrevistas a funcionarios judiciales	
1 Normativas jurídicas nacionales e internacionales relevantes:	Cuestionamiento al paradigma tutelar, la incorporación del modelo social, sistemas de apoyo, interdisciplina, mecanismos de control de las internaciones, la participación de la persona, la conceptualización de la salud mental, la LNSM irrumpe en la intersección salud-judicial, la persona como sujeto de derecho.
2 Conceptualizaciones y transformaciones respecto a la capacidad jurídica:	Capacidad jurídica (transformación de modelos, la construcción del modelo social, transformaciones operativas, las revisiones de las sentencias, la capacidad jurídica como un concepto dinámico). Diferenciación del concepto de curador y apoyo (el apoyo como curador flexible, el curador como apoyo, sistema de apoyo exclusivamente en cuestiones patrimoniales, distinción entre lo patrimonial y personal, definición del sistema de apoyo sin la persona, el apoyo se basa en las preferencias de la persona, el curador es sustitutivo de la voluntad, el apoyo representa en la falencia, el curador en todo, la flexibilidad del apoyo, apoyos informales, el curador es impuesto). Mediación entre el plano jurídico y el plano de las prácticas sociales (la construcción de los apoyos formales, los mecanismos de implementación, las prácticas tutelares bajo nuevas denominaciones, las denominaciones tutelares, transiciones, los tiempos judiciales en la denominación del apoyo, desjudicialización: discusiones por fuera del campo judicial).
3 Analizadores de la aplicación del enfoque de Derechos Humanos en materia de salud mental:	Políticas públicas (capacitación y presupuesto para la implementación de la ley, datos y estadísticas, intereses y poderes en disputa, apertura de servicios psiquiátricos monovalentes, no hay sistemas de apoyo como política pública, pensiones y beneficios previsionales, acompañantes terapéuticos, las externaciones, recursos y modelos inadecuados para la implementación). Sensibilidad, casuística y azar (la institución y el contexto, la participación de la persona, sensibilidad del órgano judicial, contención jurídica, empoderamiento de la persona); el presupuesto (presupuesto y política pública, trasferencia de recursos, cumplimiento con el mandato legal). La trama de poder institucional (la resistencia de disciplinas y clínicas privadas, las transformaciones culturales, el matrimonio perfecto de la medicina y el derecho, el diagnóstico en salud mental establece la identidad y es sinónimo de no derecho, acompañantes terapéuticos como mecanismo de control y de reemplazo de la internación). Los no efectos de la ley (el campo penal, los recursos y operadores del sistema de salud, los operadores judiciales).

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

6. Decisiones relativas a la ética de la investigación social con personas judicialmente insanas e inhabilitadas

Este trabajo tuvo un gran desafío que consistió en colocar en el centro de la escena de la investigación a los testimonios de personas con padecimiento psíquico, muchos de los cuales para el Estado continúan bajo la categoría de insania. Por consiguiente, para el abordaje del problema de la tesis, a saber: la judicialización de la salud mental, tomé la decisión metodológica de ponderar los sentidos de las personas judicializadas. Se trata de un desafío porque con el consentimiento informado de la persona no alcanza, pues el investigador debe asegurarse de que no está vulnerando derechos al hacer investigación. Por el contrario, este tipo de investigación busca relevar si se vulneran derechos. Asimismo, en un contexto de transformación conceptual y política en el campo de la salud mental, la investigación social brinda insumos para analizar algunas de las barreras y dificultades presentes actualmente en la implementación de las normativas en materia de capacidad jurídica, autonomía y salud mental en la ciudad de Mar del Plata. En términos de Derechos Humanos y salud mental avanzar en la investigación social basada en la perspectiva de las personas con discapacidad psicosocial es una prioridad, pues se trata de recuperar miradas que estuvieron excluidas en la historia de los estudios correspondientes.

En este apartado describo los resguardos éticos que se tomaron en el trabajo de campo, teniendo en cuenta tanto los aspectos burocráticos y legales previos a la realización de las entrevistas, como las cuestiones éticas al momento de poner en práctica el instrumento.

6.1. El consentimiento informado. Desde los aspectos burocráticos a la puesta en práctica

La investigación atiende a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET, y se orienta mediante la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud N° 1480/2011). Además, el estudio respeta los Principios Éticos para la Investigación con Seres Humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 de Investigaciones Científicas en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario, y la Ley 25316 de Protección de Datos Personales.

De acuerdo a Meo (2010), los diferentes códigos, declaraciones, legislaciones y debates en torno a la ética de la investigación coinciden en identificar tres principios que deben guiarla: el consentimiento informado de los sujetos investigados, el carácter confidencial de la información recibida, y el respeto al anonimato de los participantes de la investigación. El

Ministerio de Salud define al consentimiento informado como “un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su aceptación de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar” (Apartado 4.1 de la Resolución 1490/2007). Igualmente Meo y Navarro (2009) expresan que en la instancia del consentimiento informado se proporciona información acerca de la investigación (los objetivos de la investigación, el tipo de participación solicitada, el origen del financiamiento del proyecto y los posibles usos de los resultados del estudio a los participantes), y se solicita la autorización para hacer la entrevista y utilizar la información recabada. Asimismo, cabe aclarar que la entrega de información sobre la investigación debe ser comprensible para los participantes, además de responder sus preguntas, y posibilitar el tiempo suficiente para que examinen sus decisiones. Todo ello para obtener un acuerdo voluntario y autónomo.

El carácter confidencial de la información recibida, y el respeto al anonimato de los participantes de la investigación consiste en “no divulgar información que permita identificar a los participantes y tratar de proteger su identidad a través de distintos procesos para anonimizarlos” (Meo, 2010: 9). En consecuencia, los archivos con información deben ser guardados en lugares seguros y confidenciales. En relación a la anonimización se comprende que “los datos deberían ser presentados de tal manera que los entrevistados fueran capaces de reconocerse a ellos mismos, mientras que los lectores no deberían poder reconocer a los primeros” (Grinyer 2002: 1; en Meo y Navarro, 2009: 18).

El consentimiento es una condición ineludible en cualquier investigación social, pero en el marco de la investigación social en salud mental adquiere mayor relevancia y requiere mayor precisión. Especialmente en esta investigación donde la mayoría de las personas entrevistadas habían recibido una sentencia de insania bajo el paradigma tutelar, sentencias que hasta el momento no fueron revisadas y modificadas. Afortunadamente existen trabajos sobre la temática que analizan la especificidad que adquiere el consentimiento informado en investigación cuando se trata de realizar estudios con sujetos que han atravesado un juicio de insania y como resultado del mismo han sido declarados incapaces. Garbus, Solitario y Stolkiner (2009) recopilan las normativas internacionales y nacionales respecto del consentimiento en el caso planteado y concluyen que en el consentimiento informado se articulan aspectos teóricos, legales y subjetivos que determinan la posición ética de las prácticas de investigación. En consonancia con las autoras, Latas (2010) refiere a un proceso de investigación social basado en una cultura ética como una actitud crítica y responsable que

garantice el respeto, la justicia y la equidad en el proceso de investigación emprendido, que excede la aprobación técnica, científica y social.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, antes de acordar las entrevistas solicité la autorización de la máxima autoridad de la CO que actúa de representante o apoyo de las personas a entrevistar. En términos jurídicos, y dado que la mayoría de los entrevistados se encontraban judicialmente insanos o inhabilitados, “es sólo a través [del curador] que las personas declaradas incapaces pueden ejercer su voluntad de realizar o no determinadas prácticas o participar en procesos de investigación” (Garbus, Solitario y Stolkiner, 2009: 332). Esta instancia no se restringió a la obtención formal de la autorización, sino que los referentes de la institución permitieron seleccionar aquellos participantes que podrían dar consentimiento y, en consecuencia, proporcionar una entrevista. Teniendo en cuenta estas coordenadas me puse en contacto con los posibles entrevistados acordando un encuentro con aquellos que respondían positivamente.

A partir de estos lineamientos elaboré un procedimiento evaluado por el Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la Universidad Nacional de Mar del Plata, constituido en Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Como resultado de la reunión con el Comité de Bioética realicé las adaptaciones del diseño de investigación a los principios antes mencionados. Sin embargo, me interesa detenerme en dos de las sugerencias realizadas, que fueron discutidas con el Comité y no fueron contempladas en la investigación.

Una de ellas consistía en el acompañamiento de un profesional de la psicología o de la psiquiatría a las entrevistas. En la formación de la Licenciatura en Trabajo social se incluye el área de investigación social, siendo la misma una de las incumbencias profesionales. Igualmente, otro argumento por el cual no realizaría las entrevistas acompañada de un profesional de la psicología o psiquiatría, se funda en la LNSM que reconoce a la profesión del trabajo social entre las disciplinas que intervienen en el campo salud mental (Art. 8 LNSM). Por todo ello, no tomé su sugerencia tal como fue propuesta. Sin embargo, discutir al respecto me permitió pensar que era oportuno, antes de realizar las entrevistas, conversar con los profesionales que asistieran (desde el ámbito judicial o terapéutico) al participante a entrevistar. Teniendo en cuenta esto, previamente al encuentro con cada participante me contacté con uno de los profesionales de referencia para el entrevistado.

La segunda cuestión solicitada por el Comité de Bioética era el acompañamiento del curador de los participantes a las entrevistas. Lo cual, bajo un paradigma tutelar, significaba negar la condición de sujeto de derecho de la persona entrevistada (Art. 7 LNSM). Por lo que tampoco lo adopté como criterio para la toma de entrevistas.

En consonancia con estos principios, la participación de los entrevistados en esta investigación fue voluntaria y bajo consentimiento informado. Previamente a cada entrevista los participantes recibieron información comprensible y suficiente; y fueron informados de los objetivos, la dinámica y las implicaciones del mismo. También se planteó que su participación era completamente voluntaria, proporcionando además la posibilidad de interrumpir la entrevista si algún tema generaba incomodidad, no responder alguna de las preguntas, excluir algún tipo de comentario o respuesta de la transcripción del relato o dar por concluida la conversación en caso de estimarlo oportuno. Además, fueron informados respecto al carácter confidencial de la información, aclarando que no se daría a conocer su nombre, puesto que se utilizarían pseudónimos. Los resultados se escribirían de forma tal que sería preservada su identidad. Por último, facilité una copia de la transcripción de la entrevista mencionando la posibilidad de comunicarse conmigo en caso de que no estén de acuerdo en que la entrevista o alguna parte de esta sean utilizadas en la investigación. Proporcioné mi contacto como responsable de este trabajo, manifestando disposición a ampliar la información, responder inquietudes y dudas acerca del instrumento y del trabajo.

6.2. Los efectos de las técnicas de investigación cualitativa en los sujetos investigados

Durante el trabajo de campo intenté basarme en el respeto por la toma de decisiones de quienes eran entrevistados. Esto significaba mantener una postura ética a lo largo del trabajo de campo, que excede las instancias burocráticas de los procedimientos bioéticos. A pesar de ponderar estos resguardos a lo largo de la investigación, algunos fragmentos de las entrevistas dan cuenta de que habían cuestiones que escapaban a la perspectiva ética. Lo que llevó a preguntarse qué efectos tiene la realización de la entrevista como técnica de investigación cualitativa en las personas entrevistadas.

Taylor y Bogdad mencionan la sensibilidad como una de las cualidades del entrevistador en la investigación social. Expresan que quienes entrevistan “deben percibir el modo en que sus palabras y gestos afectan a los informantes (...) deben saber cuándo indagar, pero mantenerse alejados de las heridas abiertas. La sensibilidad es una actitud que uno debe llevar a las entrevistas” (Taylor y Bogdad, 1987: 122). Una participante en la tercera pregunta de la

entrevista comentó “cuando vos dijiste que ibas a venir yo pensé, ¿voy a tener que revolver todo?” (Entrevista a Mercedes, 2016). Estas palabras fueron expresadas en la primera parte de la guía de preguntas y después de prestar consentimiento informado. Su pregunta fue movilizadora para la investigación en salud mental, pues se trataba de una pregunta que iba al meollo de la cuestión: ¿Qué efectos tiene en la historia de vida la realización de este tipo de procedimiento de investigación?

En función de mi experiencia como investigadora y profesional del trabajo social, considero que la entrevista como instrumento de investigación social, produce transformaciones en la vida cotidiana del sujeto investigado, así como en su mirada de sí mismo y en su relación con otros, pues el participante relata momentos de su biografía que tiene que ver con su mundo privado. Luego de la entrevista, por ejemplo, al facilitar la transcripción de la misma, los participantes hicieron comentarios al respecto: Alíen se quedó pensando en lo que hablo conmigo; Mario mencionó que conversó con su familia sobre algunos momentos de su vida; Clara hizo referencia a que estuvo mirando fotos y recordando situaciones una vez concluido el encuentro de entrevista.

Uno se asombra a veces de que los encuestados puedan poner tanta buena voluntad y complacencia para responder a preguntas tan descabelladas, arbitrarias o fuera de lugar como las que a menudo se les “propinan”. Dicho esto, basta con haber realizado una sola vez una entrevista para saber hasta qué punto es difícil mantener la atención en lo que se está diciendo (y no sólo en las palabras) y prever las preguntas capaces de inscribirse “naturalmente” en la continuidad de la conversación, al mismo tiempo que se sigue una especie de “línea” teórica. Lo cual equivale a decir que nadie está exento del efecto de imposición que pueden ejercer las preguntas ingenuamente egocéntricas o simplemente distraídas (Bourdieu, 1999: 529).

Estas intervenciones no son llevadas a cabo solamente por el investigador, en el trabajo de campo en varias ocasiones quienes marcaban los temas a conversar sin corroborar la voluntad del entrevistado eran las personas que acompañaban al entrevistado. Un acompañante terapéutico hacia el siguiente comentario: “Ella está en grupo de apoyo que es un dispositivo nuevo. Ahora te va a contar qué hacen, porque va dos sábados por mes. Y nosotros nos vemos tres veces por semana” (Josefina, acompañante terapéutica de Mara, 2016).

Debido a que los efectos son inevitables, la reflexividad ética permite frente a esto conocer de qué modo afecta la investigación a los sujetos investigados, para moderar la intervención (naturalizada e imperceptible) que conlleva su puesta en práctica. “La diferencia no es entre la ciencia que efectúa una construcción y la que no lo hace, sino entre la que lo hace sin saberlo y la que, sabiéndolo, se esfuerza por conocer y dominar lo más completamente

posible sus actos, inevitables, de construcción y los efectos que, de manera igualmente inevitable, éstos producen” (Bourdieu, 1999: 529). De acuerdo a Guber (2018) la noción de reflexividad permite comprender cómo se dan las interacciones sociales en el proceso de la investigación empírica.

Las palabras, las imágenes, las situaciones significan cosas diferentes para el investigador y sus sujetos de estudio, sobre todo al comenzar la investigación, pero pueden volverse cada vez más mutuamente inteligibles en su decurso. En este proceso, el trabajo de campo no solo afecta la teoría social; también modifica los modos en que la gente a la que queremos conocer se define en nuestra presencia (Guber, 2018: 66).

Concluyo este capítulo subrayando que, si bien existen experiencias de investigación social en el campo de la salud mental basada en estrategias cualitativas, es preciso avanzar específicamente en el establecimiento de acuerdos respecto de la formulación ética de los instrumentos de recolección de datos. Y esto en el sentido de trazar algunas pautas que actúen de antecedentes para futuras investigaciones cualitativas que utilizan como instrumento de construcción de datos la entrevista a personas con discapacidad psicosocial.

Capítulo 3: El campo judicial. De lo general a lo particular del caso

Introducción

En este capítulo realizo la descripción del campo judicial en el que se insertan las Curadurías Oficiales. El objetivo es hacer un análisis desde lo general a lo particular de la institución local. Para eso, por un lado, avanzo en la caracterización de los aspectos institucionales y contextuales de la CO de Mar del Plata. Por otro lado, describo transversalmente la población de la institución. Tomo como referencia la totalidad de casos del Departamento Judicial de Mar del Plata.

Los documentos judiciales analizados se caracterizan por contener distintos diagnósticos, sentencias, fechas de sentencia, y argumentos por los cuales se realiza la intervención de la institución. Entre las dimensiones destacadas se encuentran: la fecha de la sentencia, franjas etarias más representativas y con quién residen las personas en cuestión. También observé el disparador de la judicialización, es decir, qué persona o institución inicia el proceso judicial.

Finalmente, arribo a algunas conclusiones sobre uno de los aspectos emergentes respecto del tema de este apartado: el uso de diferentes tipologías diagnósticas por parte del Poder Judicial.

1. Una aproximación a la institución: la CO

El Poder Judicial en la provincia de Buenos Aires es ejercido por la Suprema Corte de Justicia, Cámaras de Apelación, jueces, y demás tribunales que la ley establezca. El Ministerio Público es el órgano constitucional cuyo esquema funcional se desdobra en el Ministerio Público Fiscal y el Ministerio Público de Defensa. Este último en su estructura funcional es encabezado por el Procurador General. Las Curadurías están integradas en este Ministerio. Fueron creadas en el año 1978 por acuerdo de la Suprema Corte Provincial (acordada N° 1798), dependiente del Ministerio Público de la Defensa. Actualmente existen siete Curadurías Zonales, con asiento en las ciudades de San Nicolás, San Martín, Morón, La Plata, Bahía Blanca, Dolores y Mar del Plata.

En el universo de análisis para la investigación consideré la totalidad de personas con diagnóstico de padecimiento mental representadas por la CO del departamento judicial Mar del Plata. La CO con asiento en la ciudad de Mar del Plata, tiene como ámbito de sus actividades los departamentos judiciales Mar del Plata y Necochea.

En el año 1981 se introducen a través de las acordadas N° 1989 y N° 1990 modificaciones normativas que son las que constituirán el “Régimen de Curadurías Oficiales” vigente. Este establece que cuando una persona carezca de familiares o éstos se hubiesen excusado con causa suficiente o no existan personas habilitadas para asumir la representación, los jueces o tribunales designarán el cargo del Curador definitivo del incapaz en la persona del Curador Oficial. Además, se define que la dependencia contará con el personal técnico especializado acorde a sus necesidades. El titular de la misma puede requerir la colaboración de quienes integran la Dirección General a las Asesorías Periciales Departamentales, como así también la de sus médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

La CO de Mar del Plata cuenta con un equipo de trabajo constituido por un abogado, dos peritos trabajadores sociales, un contador y cuatro empleados administrativos. De acuerdo a la documentación institucional (2015) las funciones centrales asignadas a este organismo son de dos órdenes. Por un lado, cumple funciones de representación de aquellas personas que, habiendo sido declaradas insanas o inhabilitadas, no cuentan con familiares en condiciones de asumir el rol de Curador y, a su vez, carecen de recursos para que dicha representación sea ejercida por un abogado de la matrícula (con carácter privado). Por otro lado, cumple funciones de asistencia de aquellas personas que sufren algún padecimiento psíquico, cometieron un delito y son sobreseídas en razón de su enfermedad por inimputabilidad.

A partir de los normas jurídicas de los últimos años, principalmente por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la ley de Salud Mental 26657 (2010) y el Código Civil y Comercial (2014), se introducen nuevas obligaciones a las CO. Fundamentalmente se las insta a actuar no tanto como representantes del usuario judicializado, sino como sistema de apoyo -figura con la cual la persona conserva su capacidad jurídica- y transforma notoriamente las funciones de la institución en relación al usuario y la toma de decisiones de éste.

En síntesis, esta institución del Poder Judicial cumple la función de actuar como representante o apoyo de aquellos sujetos que atraviesan un padecimiento mental, que sufren una restricción de su capacidad jurídica y no cuentan con familiares y/o vínculos que puedan ocuparse de acompañarlo en la toma de decisiones a lo largo de su vida. La actuación de la CO en relación al usuario tiene que ver con aspectos específicos y estos son definidos de acuerdo a cada caso. Por ejemplo, puede actuar de apoyo para las intervenciones sanitarias, para la supervisión de los encuentros familiares, para las gestiones burocráticas (el certificado de discapacidad, el pase para transporte público) entre otros aspectos.

2. Caracterización demográfica de la población que asiste a la CO de Mar del Plata

Como parte de las tareas de campo durante la investigación, recurrí a la base de datos de la institución sobre la cual realicé una lectura de legajos y de documentos digitales. Esto me permitió acceder a datos cuantitativos que fueron construidos en el primer semestre del año 2015. Mediante la recopilación, el procesamiento y el análisis de los documentos obtuve datos que me permitieron describir demográficamente la población. En este registro demográfico destaco la distribución de los casos:

-por género,

-por diagnóstico manifiesto en el legajo, que abarcan un amplio y disímil conglomerado de categorías. Entre ellas, y consignando las nomenclaturas tal como están expuestas en los documentos, se cuentan: psicosis crónica, retraso mental, bipolaridad o trastorno de la personalidad, retraso mental con psicosis injertada, síndrome demencial, síndrome depresivo, encefalopatía, alcoholismo y otros diagnósticos como síndrome de Down, trastorno psicótico sordomudo, autismo -con menor relevancia estadística-).

- por distribución etaria: dicotomizando la población en la franja etaria a partir de intervalos de 22 años. Esto es de 18 a 40 años, y la que está por encima de los 41 años de edad.

- por tipo de residencia: cuyas sub categorías abarcan tanto la población que se encontraba institucionalizada -sea internada en instituciones públicas y privadas-, o residente en un hogar al momento de la observación, e incluyen también otros lugares de residencia como casas de convivencia, y el domicilio particular o familiar.

- por tipo de sentencia: insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica.

El uso de categorías diagnósticas de diferentes clasificaciones es uno de los primeros aspectos llamativos de los legajos judiciales. Este uso de las clasificaciones refleja el momento histórico en el que fueron impuestas las categorías diagnósticas. Las clasificaciones diagnósticas refleja “la episteme dominante en una sociedad” (Biagini, 1996: 4) De esta perspectiva, el padecimiento psíquico no es solo una entidad patológica por naturaleza, sino que se trata también de un proceso sociohistórico y una categoría social. A propósito, Foucault expresa

¿A partir de qué tablas, según qué espacio, de qué identidades, de qué semejanzas, de qué analogías hemos tomado la costumbre de distribuir tantas cosas diferentes y parecidas? (...) no se trata de ligar las consecuencias, sino de relacionar y aislar, y analizar, y ajustar y de empalmar contenidos concretos; nada más vacilante nada más empírico (cuando menos en apariencia) y la instauración de un orden de las cosas (Foucault, 2008[1969]).

Al momento de la obtención de los datos, el número de representados por la CO en sus

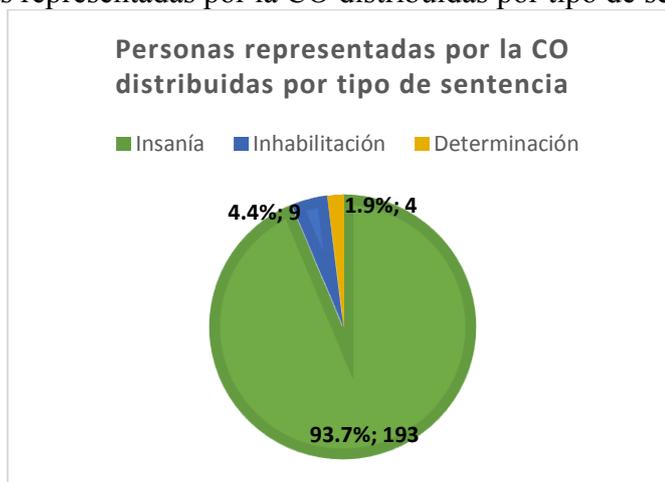
diferentes modalidades era de 269 personas. Los casos del Departamento judicial de Mar del Plata representaban un total de 214 casos. De estos, se descartaron ocho casos que no fueron contemplados en el análisis, ya que se había modificado el Curador, o la persona en cuestión había fallecido.

Considerando los 206 casos restantes representados por la CO, el 69,3% (142 personas) registran como lugar de residencia la ciudad de esta ciudad; el resto (30,7%, 63 personas) reside fuera de Mar del Plata a pesar de estar contemplados en el departamento correspondiente a tal localidad.

Con respecto al género, 99 eran mujeres (48,3%), y 107 varones (51,7%). Si observamos la edad de la población representada, el 28,6% (59 personas) se encuentra en la franja etaria de 18 a 40 años. Mientras que el 71,4% (147 personas) está por encima de los 41 años de edad.

Al observar el tipo de sentencia, 193 usuarios recibieron una sentencia de insania (93,7%), 9 de inhabilitación (4,4%), y 4 personas (1,9%) de determinación de capacidad jurídica.

Gráfico 3.1: Personas representadas por la CO distribuidas por tipo de sentencia

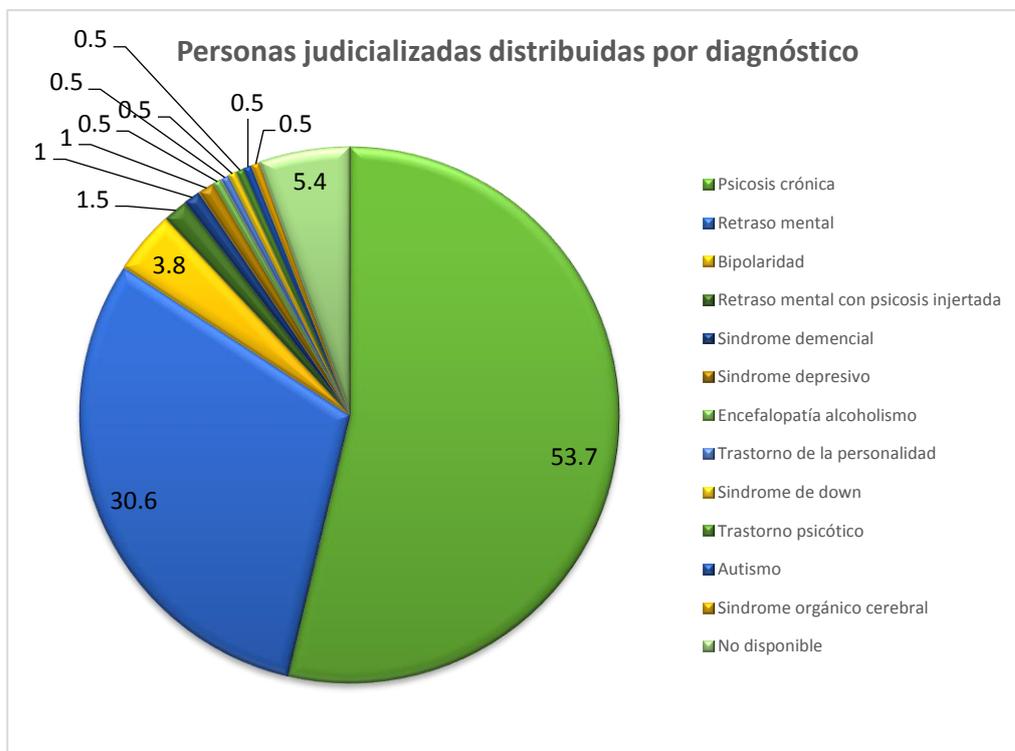


Fuente: Elaboración propia en base a legajos judiciales

Una lectura general de los datos judiciales de los 206 usuarios que conforman la muestra para este trabajo revela información interesante en relación a los diagnósticos. El diagnóstico más frecuente es psicosis crónica (110 casos; 53,7%), le sigue retraso mental: 63 (30,6%) y bipolaridad (8 personas; 3,8%). Con menor relevancia estadística se observa el diagnóstico de retraso mental con psicosis injertada (3 casos; 1,5%), síndrome demencial (2 casos; 1%), síndrome depresivo (2 casos; 1%), encefalopatía alcoholismo (1 personas, 0,5%), trastorno de la personalidad (1 persona; 0,5%), síndrome de Down (1 persona, 0,5%), trastorno psicótico (1

persona, 0,5%) autismo (1 persona, 0,5%), síndrome orgánico cerebral (1 persona, 0,5%). En 11 casos (5, 4%) la información sobre el diagnóstico no estaba disponible.

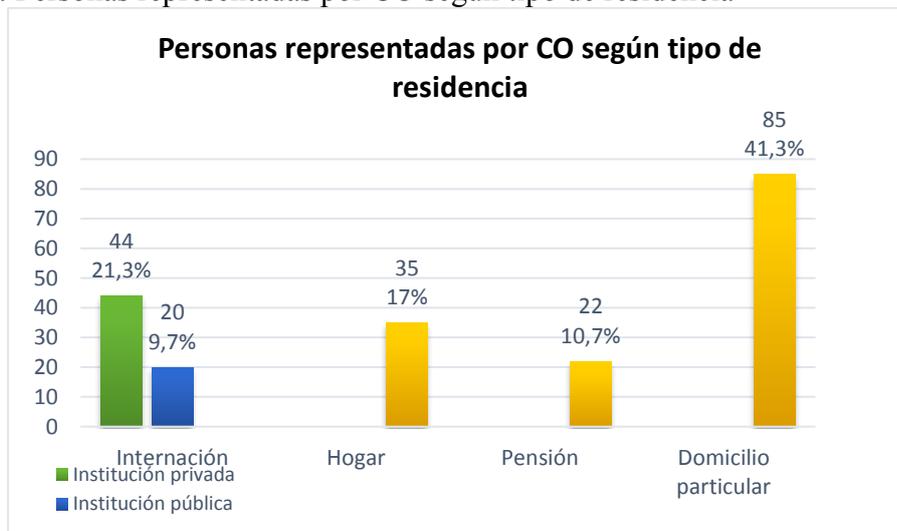
Gráfico 3.2: Personas judicializadas distribuidas por diagnóstico



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

De las 206 personas que tienen radicada su sentencia en el departamento judicial de Mar del Plata, 64 usuarios se encontraban internados (44 en instituciones privadas y 20 en instituciones públicas). De la población restante: 35 vivían en hogar, 22 se encontraban residiendo en casas de convivencia o pensiones, y 85 en domicilio particular.

Gráfico 3.3: Personas representadas por CO según tipo de residencia



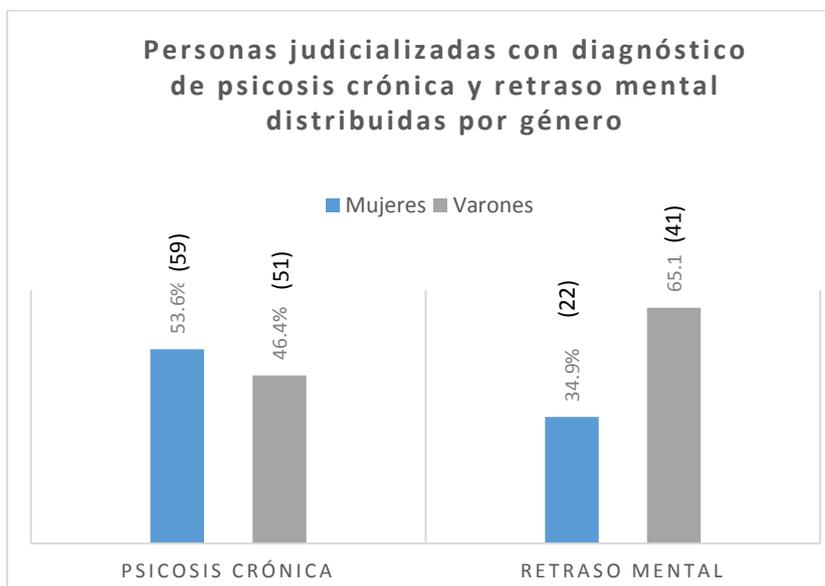
3. Algunos cruces de variables

3.1. Género y diagnóstico

Mediante la herramienta EPI Info asocié categorías, lo cual proporcionó nuevos datos. En primer lugar, relacioné género y diagnóstico. A partir de este cruce pude constatar que en el grupo mujeres, los diagnósticos más relevantes eran psicosis crónica (el 59,6%) y retraso mental (22,2%). En el grupo de varones se reitera la situación, con mayor distancia entre los diagnósticos: psicosis crónica (el 48,1%) y retraso mental (38,7%).

Si invertimos el cruce y observamos la distribución de las personas diagnosticadas por género, el resultado es una mayor disparidad entre el diagnóstico psicosis crónica y retraso mental. Del total de personas que recibió un diagnóstico de psicosis crónica, el 53,6% (59 personas) son mujeres, mientras que el 46,4% (51 personas) de varones. Del total de personas que recibieron un diagnóstico de retraso mental, 34,9% (22 personas) son mujeres, y el 65,1% (41 personas) son varones. De modo que los varones con diagnóstico de retraso mental casi doblan en número a las mujeres.

Gráfico 3.4: Personas judicializadas con diagnóstico de psicosis crónica y retraso mental distribuidas por género



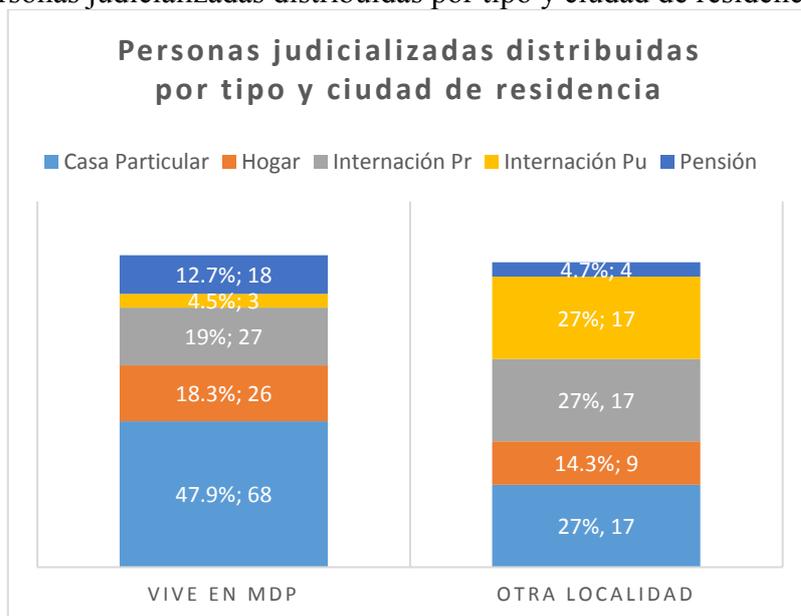
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

3.2. Residencia por tipo y ciudad

En segundo lugar, asocié la ciudad de residencia y el tipo de residencia (si se encuentra internado en una institución pública o privada, o en un hogar o en domicilio particular o

pensión). Respecto de quienes viven en Mar del Plata, el 47,9% (68 personas) residen en casa particular; 18,3% (26 personas) en hogar; el 19% de las personas (27 personas) se encontraban internadas en una institución privada; y solo el 2,1% (3 personas) en una institución pública; finalmente el 12,7% (18 personas) reside en pensión. En lo concerniente a quienes viven en otras localidades aledañas, el 27% (17 personas) lo hacen en domicilio particular; 14,3% (9 personas) en hogar; 27% (17 personas) se encuentran internadas en instituciones privadas, el 27% restante (17 personas) en instituciones públicas, y el 4,7% (4 personas) lo hacen en pensión.

Gráfico 3.5: Personas judicializadas distribuidas por tipo y ciudad de residencia



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

De la lectura de la información se extrae que la cantidad de población que reside en domicilio particular (85 personas) es superior en Mar del Plata (68 personas, 80%) que en otras localidades (17 personas, 20%). Lo cual se reitera en la categoría hogar (35 personas), ya que los datos indican que el número de personas que reside en hogar en Mar del Plata (26 personas, 74,3%) es superior al número de personas que residen en hogar en otra localidad (9 personas, 25,7%). En lo concerniente a las personas que se encuentran internadas en instituciones privadas (44 personas), el número es superior en Mar del Plata (27 personas, 61,4%) comparado con otras localidades (17 personas, 38,6%). Sin embargo, esta situación se invierte al observar la dimensión de internación en institución pública (20 personas), donde el número es llamativamente inferior en Mar del Plata (3 personas, 15%) respecto de otras localidades (17 personas, 85%). En relación a quienes viven en pensión (22 personas), el número de Mar del Plata (18 personas, 81,8%) es superior al número de otras localidades (4 personas, 18,2%).

La relación establecida entre tipo de residencia y localidad permite constatar que cuando las personas no viven en la ciudad de Mar del Plata y en consecuencia se encuentran físicamente alejadas de la institución, se incrementa la internación como tipo de residencia; y se reduce pensión, casa particular y hogar. De todo ello emerge que a mayor distancia entre la institución judicial y la persona representada se promueven medidas de control físico como la internación. Si la persona no vive en la misma localidad que la institución judicial en la que se encuentra radicada su sentencia, entonces la internación asegura el control del organismo sobre el causante. En sentido inverso, residiendo en la misma localidad en la que se encuentra la institución judicial es posible establecer formas de control y promover procesos ambulatorios en la comunidad (como domicilio particular o pensión), mediando en la relación otros mecanismos como la prescripción de comportamientos, vínculos y terapéuticas.

3.3. Sentencias y diagnósticos

En tercer lugar, vinculé las dimensiones sentencia y diagnóstico, a su vez consideradas con arreglo al género. La lectura de la información arroja que, del total de mujeres representadas por la CO, el 95% (94 personas) han recibido una sentencia de insania. En menor medida la sentencia de determinación de capacidad alcanza al 3% (3 personas), y la inhabilitación el 2% (2 personas). Asimismo, si se presta atención al total de varones, se puede apreciar que el 92,5% (99 personas) recibieron una sentencia de insania. El número de varones con sentencia de inhabilitación es mayor (6,5%, 7 personas), y con sentencia de determinación de capacidad (1%, 1 persona) menor, respecto al grupo mujeres. Sin embargo, en ambos casos la declaración de insania es predominante.

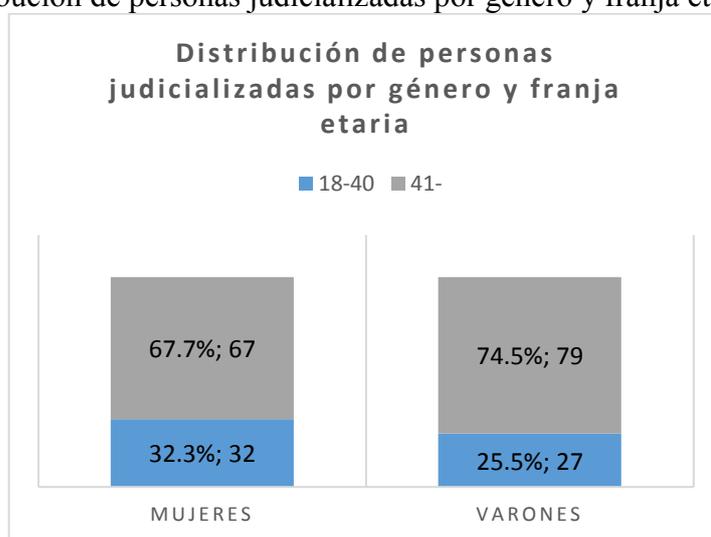
En el grupo mujeres con sentencia de insania, el diagnóstico que predomina es psicosis crónica (59,6%, 56 personas), seguido por retraso mental (22,3%, 22 personas), y con menor relevancia estadística, la bipolaridad (4,3%, 4 personas) y retraso con psicosis injertada (3,2%, 3 personas). Las mujeres que recibieron sentencia de determinación de capacidad, fueron diagnosticadas con psicosis crónica (2 personas) y trastorno psicótico (1 persona). Finalmente, las mujeres que recibieron sentencia de inhabilitación habían sido diagnosticadas con retraso mental (1 persona) y psicosis crónica (1 persona).

En el grupo de varones con sentencia de insania, el diagnóstico predominante también es psicosis crónica (49%: 48 personas), seguido por retraso mental (39,8%: 39 personas). Y con menor relevancia aparece el diagnóstico bipolar (1%: 4 personas). Respecto de los varones con sentencia de inhabilitación, se registraron dos personas con diagnóstico de psicosis crónica, y

dos personas con diagnóstico de retraso mental. Restan 3 casos de varones con sentencia de inhabilitación, de los cuales no se informa el diagnóstico. En el caso del varón con sentencia de determinación de capacidad, el diagnóstico indicado es psicosis crónica.

Atendiendo a la relación de la categoría diagnóstico y franja etaria desglosada por género, encuentro que del total de mujeres (99 personas), el 32,3% (32 mujeres) corresponden a la franja etaria de 18 a 40 años, y el 67,7% (67 personas) a la franja etaria de 41 años en adelante. Del total de varones, el 25,5% (27 personas) tiene entre 18 y 40 años, y el 74,5% (79 personas) tiene 41 años o más. Lo cual indica que, tanto en el grupo de varones como de mujeres, predominan la de edad de 41 años o más.

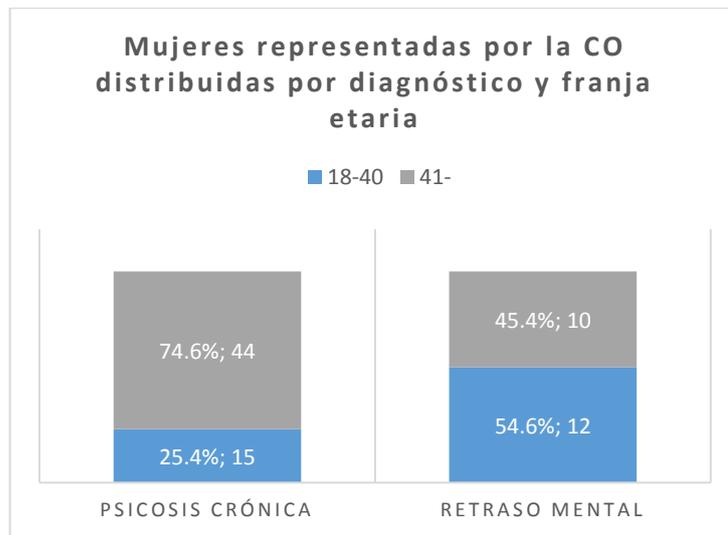
Gráfico 3.6: Distribución de personas judicializadas por género y franja etaria



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Respecto a los diagnósticos predominantes (psicosis crónica y retraso mental) se observa que de las mujeres con psicosis crónica (59 personas), 44 mujeres (74,6%) tienen 41 años o más, mientras que aquellas con el mismo diagnóstico de 18 a 40 años representan el 25,4% (15 personas). Ahora bien; al observar las mujeres diagnosticadas con retraso mental (22 personas), el número de mujeres de 18 a 40 años (12 personas, 54,6%) es superior al número de mujeres de 41 años o más (10 personas, 45,4%). Las mujeres con diagnóstico bipolar (4 personas) y demencia (2 personas) también poseen 41 años o más. Mientras que aquellas con diagnóstico de retraso con psicosis injertada, se distribuyen de la siguiente manera: 3 de ellas tienen de 18 a 40 años, y 1 una de ellas pertenece al grupo de 41 o más años.

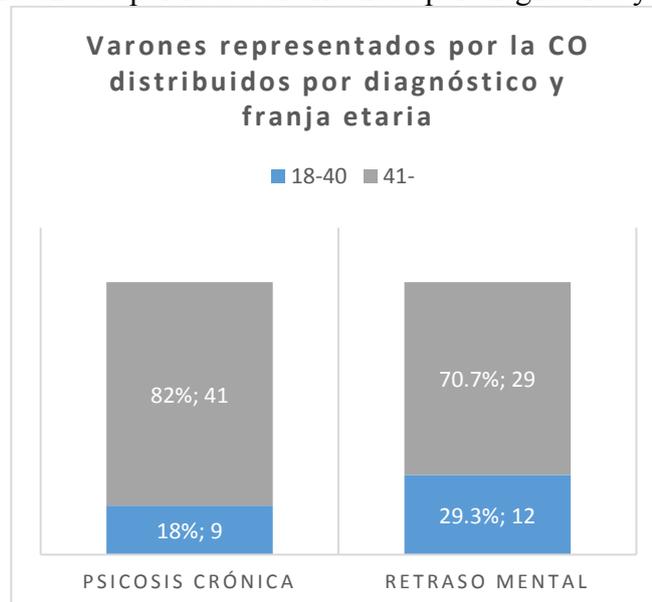
Gráfico 3.7: Mujeres representadas por la CO distribuidas por diagnóstico y franja etaria



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Siguiendo el mismo criterio, al observar el grupo de varones se constata que del total de diagnosticados con psicosis crónica el 82% (41 personas) tienen 41 años o más, mientras que el 18% (9 personas) se encuentran en la franja etaria de 18 a 40 años. Esta diferencia persiste al observar el número de varones con diagnóstico de retraso mental (41 personas), de los cuales 70,7% (29 personas) tienen 41 años o más, y 29,3% (12 personas) corresponden a la franja de 18 a 40 años. Los varones con diagnóstico bipolar (4 personas) están distribuidos equitativamente entre ambas franjas etarias.

Gráfico 3.8: Varones representado por la CO distribuidos por diagnóstico y franja etaria



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

En el grupo de mujeres de 18 a 40 años (32 personas), el diagnóstico predominante es psicosis crónica (15 personas, 46, 9%), seguido por retraso mental (12 personas, 54, 6%). En el

grupo de 41 años o más (67 personas) se reitera la misma situación, el 65, 7% (44 personas) tienen un diagnóstico de psicosis crónica y el 14, 9% (10 personas) un diagnóstico de retraso mental. En el grupo de varones de 18 a 40 años (27 personas), la situación es inversa a la de mujeres de la misma franja etaria, ya que el número de varones con diagnóstico de psicosis crónica (33, 3%, 9 personas) es inferior al número de varones con diagnóstico de retraso mental (44, 4%, 12 personas). Respecto al grupo de varones de 41 años o más (79 personas) se destaca que 52, 6% (41 personas) recibieron un diagnóstico de psicosis crónica, y un 37, 2% (29 personas) de retraso mental.

Algunas conclusiones

En este capítulo describí el contexto institucional, y relaté algunas características de la población representada por la CO. Uno de los emergentes respecto del tema de este apartado es el uso de diferentes tipologías diagnósticas por parte del Poder Judicial.

Bianchi (2016) inscribe el tema del diagnóstico en los procesos de normalización, en tanto las categorías diagnósticas se enmarcan en las técnicas correctivas de las conductas sociales disruptivas. Resalta que cada época tiene especificidades que permean los saberes expertos para el diagnóstico de colectivos asociados a la disfuncionalidad en relación a las pautas de normalización. El diagnóstico así entendido se transforma en un escenario de conflicto (Bianchi, 2018). Los manuales de diagnósticos “se encargan de codificar los modos de pensar y organizar los comportamientos y los clasifican en categorías nosológicas” (Faraone, 2018: 120).

Un ejemplo de ello es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). El primer DSM (1952) enumeraba 106 categorías y concebía los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicológicos sociales y biológicos. El DSM II (1968) consignaba 180 categorías formuladas en el lenguaje interpretativo del psicoanálisis y poseía 134 páginas. El DSM III (1980) consta de 500 páginas, versión que fue revisada (1987) concluyendo en 292 categorías definidas por criterios visibles y objetivos. El DSM IV (1994) consigna 350 trastornos diferentes con una extensión de 886 páginas (Rose, 2012). El DSM 5 (2013) tiene 947 páginas, versión que introduce categorías como *desobediencia a la autoridad*, y amplía los diagnósticos en la niñez.

En la modificación de los criterios a lo largo de las versiones del DSM y en las transformaciones de las terapéuticas sugeridas para cada diagnóstico se observa la tensión entre

esencialismo y construccionismo social. Banzato y Zorzanelli (2014) analizan esta tensión, y describen ambas perspectivas: la primera propone que estas clasificaciones son una representación de la naturaleza, la segunda que estas clasificaciones son construidas culturalmente.

Aceptar la tesis construccionista radical no significa solamente defender que tales trastornos no son categorías delimitadas como condiciones internas necesarias y suficientes para hacer diagnósticos (...) Por otro lado reconocer sus determinantes psicosociales y culturales tampoco significa que las bases biológicas no existan. El punto es otro: cuál es el recorte psicopatológico que adoptamos en qué contexto y por qué razón (Banzato y Zorzanelli, 2014: 110. Traducción propia).

Hacking (2001) analiza los usos de la expresión “construcción social”. Expresa que en principio la investigación sobre la construcción social es crítica con el *statu quo* y una forma de oponerse a concepciones esencialistas (Hacking, 2001). Por ejemplo, el caso de las emociones: “algunos estudiosos del tema piensan que existen emociones básicas, paraculturales, expresadas en los rostros humanos, reconocidas por los seres humanos de cualquier cultura (...) otros mantienen que las emociones y su expresión son completamente específicas de grupos sociales y lingüísticos” (Hacking, 2001: 43). Un ejemplo al respecto es la postura de Illouz (2007) quien considera que no existe nada más social que las emociones. Afirmaba “lejos de ser presociales o preculturales, las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable” (Illouz, 2007: 15).

Por su parte, Huertas (2011), siguiendo a Hacking, reubica analíticamente las clasificaciones diagnósticas. “No me parece que el dilema deba establecerse entre enfermedad real y enfermedad construida; un edificio se construye, pero no por eso es menos real que una especie animal o vegetal, un producto de la naturaleza que finalmente acaba nombrándose clasificándose y construyéndose” (Huertas, 2011: 450).

Comprendo que en cada clasificación se concentra una forma de concebir aquello que rompe con la norma social y requiere de las intervenciones específicas, cuya forma de ejercicio del poder también se innova. Además, la importancia de las clasificaciones reside en que sus contornos establecen la historia de lo diferente. Foucault expresa que la modernidad ha establecido la historia de la semejanza -de lo mismo-, y que la historia de la locura representa la historia de lo otro: “de lo que para una cultura es a la vez interior y extraño y debe por ello excluirse pero encerrándolo; la historia del orden de las cosas sería la historia de lo mismo- de aquello que para una cultura es a la vez disperso y aparente y debe por ello distinguirse mediante señales y recogerse en las identidades” (Foucault, 2008). Si la historia oficial es la historia de lo mismo, y la historia de la locura se trata de la historia de lo otro -de lo peligroso- la

configuración de aquello que es lo otro permite reducir la alteridad y preservar la identidad de lo mismo.

Capítulo 4: Sentencias, prácticas y causantes. La configuración del legajo judicial

Introducción

En este capítulo realizo una descripción focalizada en 40 casos de personas representadas por la institución local, seleccionados del primer análisis transversal. El criterio de selección de estos casos fue la cantidad de materiales y la profundidad de la información recolectada. Con profundidad me refiero a que todos contaban con más de un informe social, documentos de otras instituciones, y pericias médicas. También tuve en cuenta la diversidad de los casos seleccionados. Estos se caracterizan por distintos diagnósticos, sentencias, fechas de sentencia, y argumentos por los cuales se realiza la intervención de la institución. Los materiales son el conjunto de documentos encontrados en los legajos judiciales, y no una selección de los mismos.

Los documentos observados y analizados, es decir los legajos judiciales, tienen la particularidad de no restringir su contenido a la actuación del Poder Judicial. En los legajos es posible encontrar también pericias, fragmentos de historias clínicas, informes sociales, notas de Consorcio de copropietarios, certificados médicos, entre muchos otros documentos. Y todo ello conforma el andamiaje que permite describir algunas maneras de referirse y producir al caso judicializado. Los documentos no describen la realidad, sino que construyen subjetividades, modificando y modelando la vida, las relaciones y las decisiones de las personas judicializadas.

Comprendo los documentos compartiendo la interpretación de ellos como “la amplia gama de registros escritos y simbólicos, como a cualquier material y datos disponibles (...). Los datos obtenidos de los documentos pueden usarse de la misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones” (Erlandson, 1993: 99 en Valles, 1999: 120). Asimismo, los documentos son cosas que podemos leer y que se refieren a algún aspecto del mundo social. “Incluye aquellas cosas hechas con la intención de registrar el mundo social -los informes oficiales, por ejemplo- pero también los registros probados y personales como cartas, diarios y fotografías, los cuales puede que no se hayan hecho para sacarlos a la luz pública (Mac Donald y Tipton 1993: 188, en Valles, 1990: 120).

Guemureman (2018), que abordó su investigación¹⁴ basándose en documentos judiciales, comprende a los mismos como superficie de emergencia de las categorías que analiza. De acuerdo a esta investigadora los expedientes judiciales “constituyen un tipo específico de texto judicial en los que el poder es el verdadero artífice de su estructura formal”

¹⁴ Guemureman (2018) aborda la temática de la niñez y la adolescencia en situación de vulnerabilidad social, Analizando expedientes judiciales, rastrea las categorías de secreto, silencio y exclusión que se anudan en torno al padecimiento psíquico y la violencia ejercida sobre niños niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires.

(Guemureman, 2018: 4). Los enunciadores, quienes le dan contenido a esos documentos (esto es: el juez, fiscal, asesor, defensor, o equipo técnico), abordan sus decisiones con argumentaciones y narrativas basadas en el empleo de recursos y estrategias lingüísticas específicas (Pardo, 1992; Guemureman, 2018). El lenguaje de los documentos judiciales es “argumentativo, lógico, retórico y en consecuencia se vale de una serie de mecanismos y artilugios lingüísticos que le confieren una particular modalidad de construir o inventar la realidad jurídica” (Guemureman, 2018: 4).

En esta dirección Cucatto (2013) analiza el uso abusivo de ciertas expresiones especializadas en los textos jurídicos-judiciales, las que producen una comunicación pragmáticamente asimétrica o fallida, y deja desconectado al destinatario directo de la comunicación. La especialista sintetiza algunas características de los textos jurídicos que promueven su no comprensión. Expresa que el lenguaje empleado es estático, impersonal, rígido, pesado, ininteligible, lento, con una fuerte tendencia a la formalidad y la neutralidad afectiva. Además, se caracteriza por el uso de dispositivos verbales como el empleo de latinismos (ejemplo, hábeas corpus), arcaísmos (ejemplo, foja), fórmulas estereotipadas (“es todo cuanto puedo informar” o “proveer de conformidad será justicia”), la elección de estructuras impersonales y el uso de la voz pasiva. Agrega también la presencia de hipotaxis y parataxis o coordinación con formas yuxtapuestas.

Este uso de lenguaje es una formalidad ritualizada en el campo judicial, que promueve que el destinatario requiera de una traducción, realizada casi siempre por quien pertenece a ese campo o tiene las herramientas lingüísticas jurídicas para sugerir una interpretación. Como indican ambas autoras (Cucatto, 2013; Guemureman, 2018) estos rasgos que se reconocen en los textos jurídicos no favorecen su comprensión. En la comunicación fallida y consecuentemente asimétrica (Pardo, 1992), radica la efectividad del poder.

El lenguaje específico de los documentos judiciales es aprehendido y reproducido no solo por los abogados, sino también por los distintos profesionales (licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, contadores, médicos psiquiatras, entre otros) que intervienen y proporcionan contenido a los legajos judiciales. Este uso del lenguaje impacta en el acceso a la información de los destinatarios de las sentencias, quienes emprenden un ruterio institucional (Guemureman, 2018) para comprender los efectos de las decisiones judiciales (que se exponen en los expedientes).

El lenguaje judicial se restringe al lenguaje jurídico, y en ello radica una de las formas

del ejercicio del poder, que atraviesa al conjunto de los profesionales, al trabajo interdisciplinario, y a la relación entre el Poder Judicial, sus funcionarios y los denominados causantes, insanos, interdictos. En consecuencia, la judicialización se trata de un proceso que afecta a quienes reciben las sentencias judiciales, y además homogeneiza el ejercicio profesional de las distintas disciplinas que intervienen en el campo judicial, mediante un específico del lenguaje que se expresa en los informes y las pericias judiciales.

Al momento de profundizar la lectura en las dimensiones más llamativas y reiteradas en los documentos, tomé 40 legajos judiciales. Entre las dimensiones destacadas se encuentran: la fecha de la sentencia (agrupada según década: del 80, 90, 2000 o 2010), franjas etarias más representativas (agrupadas en dos franjas: 39-59 y 60-80) y con quién residen las personas en cuestión (solo, con la familia o allegados). También observé el disparador de la judicialización, es decir, qué persona o institución inicia el proceso judicial (Asesoría de Incapaces, médico tratante, empleador, familia, el municipio, e Juzgado Civil y Comercial, o sin dato).

Avanzando en el análisis, a partir de la lectura de los legajos judiciales, construí categorías acerca de los casos referenciados en los documentos judiciales de la CO y representados por la misma. Consideré para el análisis: las formas en las que se refiere a la persona, las circunstancias de las sentencias y las prácticas derivadas de estas. Articulé otras nociones que surgen como importantes en los legajos, relacionados con los vínculos de la persona en cuestión, la cotidianidad esperada por el Poder Judicial y rastree cómo la noción de autonomía se presenta en los documentos.

1. La primera lectura de legajos: secuencias, frecuencias y causantes

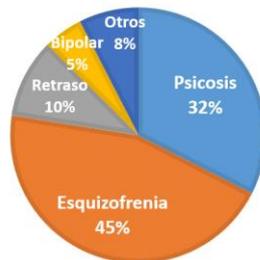
De la observación general de los casos del departamento judicial de Mar del Plata de la CO, seleccioné 40 legajos judiciales para ahondar en los diversos documentos que los integraban. Realicé la lectura de los legajos judiciales seleccionados, observando puntualmente los informes sociales (los destinados a la renovación de subsidios y aquellos elaborados a los fines de seguimiento de los casos), las sentencias en sus diferentes modalidades (insania, inhabilitación y determinación de capacidad jurídica) y cualquier otro documento que refiriera al causante. En los siguientes gráficos expongo datos generales sobre los documentos seleccionados.

Gráfico 4.1: Género 



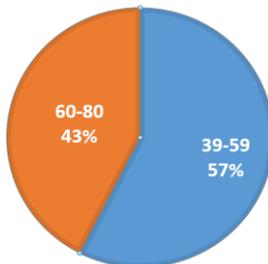
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.2: Diagnóstico del informe 📄



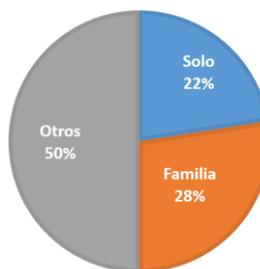
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.3: Grupo etario 📅



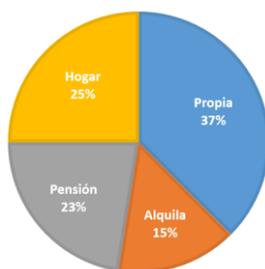
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.4: Vive con 👨👩



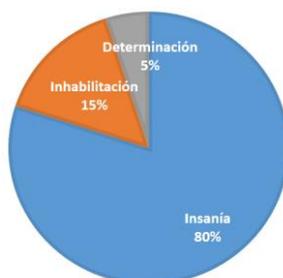
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.5: Residencia 🏠



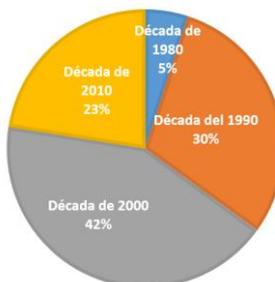
Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.6: Tipo de sentencia 



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.7: Fecha de sentencia 



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Gráfico 4.8: Disparador de la judicialización 



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Los informes sociales contenidos en los legajos expresan qué se espera de la persona que es judicializada. Todo ello, en un intento de minstrelización o personificación (Goffman, 2015), como un proceso a partir del cual se identifica en la persona el repertorio de cualidades que se imputan a su clase, representando plenamente el papel de judicializado. En la lectura de los informes es posible identificar el repertorio de cualidades de las personas judicializadas que

combina elementos clínicos, vinculares, jurídicos y morales y que en conjunto constituyen un poder de normalización.

En la mayoría de las sentencias se observan dimensiones y secuencias similares: ante determinado diagnóstico, y con las consecuencias que este conlleva (como las sucesivas internaciones), se argumenta la dependencia de otro para la satisfacción de sus necesidades (generalmente un integrante de su familia). Se describe la situación de desprotección (sea por fallecimiento de referente familiar o por abandono). Finalmente, se plantea la sentencia. A partir de entonces el caso es evaluado de forma semestral o anual, donde se atiende a las condiciones generales de vida. Además, desde el momento que es notificada de la judicialización, la persona que recibe la sentencia asiste, con diferentes frecuencias, a la institución judicial por los motivos que se definan en cada caso (entre ellos: cobrar la pensión, entrevista con el servicio social, gestión de recursos, por motivo terapéutico, entre otros).

En la base de datos, algunas cuestiones se repetían en todos los casos, y resultaban valoradas a lo largo de los legajos como aspectos importantes de la vida de los usuarios. Entre estos: los hábitos de higiene, la conciencia de enfermedad, la orientación en tiempo y espacio, la inactividad laboral o la interrupción de ésta a partir del diagnóstico, el lugar de residencia y las características de la convivencia, el entorno social de la persona (no necesariamente la familia), la frecuencia de las internaciones y las instituciones donde sucedieron, la asistencia a terapias y dispositivos de salud mental, el cumplimiento con el tratamiento psiquiátrico y la asistencia a consultorios médicos en general; el vínculo con el acompañante terapéutico y las actividades que realiza junto a éste, el grado de protección necesario ante la imposibilidad de autonomía, el factor económico (si cobra un subsidio o pensión), la medicación y el plan de medicación y el médico tratante, y el desempeño de las actividades diarias.

Se observan criterios diagnósticos clínicos como la orientación en tiempo y espacio, la conciencia de enfermedad y el cumplimiento con el tratamiento farmacológico. Estos criterios clínicos se intercalan y combinan con criterios morales como los hábitos de higiene, el cumplimiento de pautas de convivencia, una red social identificada como no perjudicial, la asistencia a las terapias pautadas, un alto grado de autonomía en la demanda de atención judicial. Asimismo, se destacan los hábitos económicos laborales como la administración adecuada del dinero. Además, la persona judicializada también debe poseer cualidades vinculares: la buena relación con el acompañante terapéutico, que no se relacione con personas

que afectan su salud (puede ser la familia, allegados, etcétera). A continuación presento un esquema que agrupa las cuestiones analizadas.

Gráfico 4.9: Cualidades de la persona judicializada



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

El repertorio de cualidades de la persona judicializada resulta un indicador de que el poder que está en juego en estas instancias judiciales es un poder de normalización, ya que combina elementos clínicos, vinculares, jurídicos y morales. En relación a esto, Foucault (2000) describió el poder médico-judicial del siglo XX, como una instancia de control del anormal a partir de la intersección de lo judicial y lo médico. Al referirse al poder que articula esta intersección plantea que

No es ni el Poder Judicial ni el poder médico: un poder de otro tipo que yo llamo poder de normalización (...) La pericia funciona precisamente como transmisor de la institución judicial a la institución médica, de los efectos de poder que son propios de una y otra, a través de la descalificación de quien hace la unión (Foucault, 2011, 48).

En el caso de los legajos judiciales el pivote que articula estas dos instancias es la figura del causante. La pericia es la pieza central de este “sistema por partido doble: médico y legal” (Foucault, 2011, 48). Se trata de la pericia como forma de control, de evaluación y de efecto de poder ligado a la caracterización de un individuo y sobre todo la descripción del contexto de existencia.

2. Las prácticas de normalización en el Poder Judicial: Un análisis de los legajos judiciales de casos de restricción de capacidad jurídica

Hasta aquí expuse un análisis general de los 40 legajos judiciales tomados. En esta segunda parte avanzo en una descripción pormenorizada de las narrativas judiciales. Para ello elaboré categorías de análisis acerca de los casos judicializados que permiten desglosar la descripción. Estas son: (i) las circunstancias de la sentencia, (ii) la práctica derivada de la sentencia, (iii) las menciones a la vida cotidiana, (iv) la autonomía y (v) las menciones al entorno social.

Gráfico 4.10: Categorías de análisis de las narrativas judiciales



Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

Para observar las *circunstancias de la sentencia*, en las cuales intervino el Poder Judicial, atendí a los motivos por los cuales eran producidas determinadas sentencias y derivadas a un Curador Oficial. Entre los aspectos mencionados en esta dimensión se encuentran: diagnóstico, incapacidad, gestión de subsidio, conflictividad con la familia, derivación de médico tratante, desprotección, conducta desadaptativa, y derivación de sede penal.

Con respecto a la *práctica derivada de la sentencia*, observé las acciones que el Poder Judicial plantea en cada caso o sentencia. Entre estas acciones la CO interviene en diferentes aspectos: vinculares, económicos, terapéuticos, burocráticos, situación social, trámites personales, autonomía.

Al analizar las menciones a la *vida cotidiana* en los legajos judiciales, consideré las actividades diarias de los causantes que se reiteran en los legajos y refieren a: la autonomía en la cotidianidad, a las actividades que hacen con otros, al cumplimiento con el tratamiento, al cuidado de la higiene personal y del lugar de residencia, y a si están insertos o no laboralmente.

En lo concerniente a la noción de *autonomía*, identifiqué cómo se referían a la misma en los legajos judiciales de las personas judicializadas. Los parámetros que se utilizaban para referirse a la autonomía son la convivencia, la dimensión laboral, el aspecto económico, la capacidad para relacionarse con otros, la higiene y el cumplimiento del tratamiento.

Con respecto a las menciones al *entorno social*, en los legajos se refieren a las relaciones de la personas como un aspecto a supervisar o controlar por el Poder Judicial a lo largo de toda su vida. Entre los elementos relacionados se encuentra los vínculos familiares perjudiciales para el usuario, los vínculos construidos en los dispositivos, el conflicto con los vecinos y finalmente la relación con los cuidadores formales. A continuación, analizo cada categoría con sus propiedades.

La elaboración de estas categorías -las circunstancia de la sentencia, la práctica derivada de la sentencia, las menciones a la vida cotidiana, la autonomía y las menciones al entorno social- me permite desglosar la mirada de la institución judicial acerca de la persona judicializada. Esto implica un análisis del conglomerado de sentidos y prácticas judiciales expuestas en los documentos judiciales orientadas a las persona con sentencia de restricción de capacidad jurídica y representadas por la CO.

Como señala lúcidamente Goffman, “(e)l primer punto a considerar acerca de las biografías es la costumbre de dar por supuesto que el individuo puede tener realmente sólo una (...) se entiende que todo lo que un individuo ha hecho y puede en realidad hacer es incluíble dentro de su biografía (Goffman, 2015: 85). Alrededor de cada persona judicializada es posible estructurar una historia basada en la documentación. Como expresa Goffman respecto a los archivos de una organización: “hay un cuaderno que lo está esperando listo para ser llenado. Se convierte indefectiblemente en objeto de una biografía” (Goffman, 2015: 85). Asimismo, la biografía que construye cada archivo judicial es sólo una, de las tantas biografías del sujeto. La biografía que se delinea en función del análisis de los documentos que trabajo en este capítulo es la institucional, y más precisamente la judicial.

2.1. Circunstancia de la sentencia

A continuación la tabla 4.1 expone una síntesis sobre las circunstancias recurrentes en las cuales las personas son sentenciadas y derivadas a la CO. Para las citas que añado en las siguientes tablas utilizo el seudónimo de la persona a la que se refiere el documento citado y el año en el que se presenta la documentación ante el Poder Judicial.

Tabla 4.1: Circunstancia de la sentencia

Circunstancia de la sentencia	Propiedades	Ejemplos
Diagnóstico	Por sí mismo es suficiente Irreversibilidad	Por poseer un diagnóstico de esquizofrenia (Gabriel, 1999) “en forma irreversible padece sintomatología de alienación mental” (Gustavo, 2016). por enfermedad mental (Gastón, 2012; Mario 2009; Martin, 2010) padece de un retraso mental, surgiendo elementos suficientes para iniciar juicio de insania (Florencia, S/FECHA) por padecer debilidad mental (Natalia, 2005)
Incapacidad	Invalicante diagnóstico Incapacidad para dirigir su persona Incapacidad para administrar bienes Incapacidad para ejercer derechos Incapacidad para actividades diarias Incapacidad para autovalerse	“Invalidante patología sanitaria: peligro personal y patrimonial” (Alien, 1990) esquizofrenia “enfermedad que lo incapacita para dirigir su persona y administrar sus bienes” (Alien, 1990) (Mario, 2002) incapacita para el ejercicio de sus derechos civiles y el otorgamiento de actos de disposición y administración de sus bienes (Rosa, S/FECHA; Paula, 2014) “Una enfermedad que incapacita 90% el desempeño de las actividades cotidianas” (María, 2000) declarando incapaz de dirigir su persona y administrar sus bienes (Florencia, S/FECHA) imposibilidad de autovalidamiento (Rosa, S/FECHA)
Gestión de subsidio	Acceso a un beneficio Gestión de un beneficio Requisito para el trámite de beneficio Evaluación de la posibilidad de gestión de beneficio	“a los fines de que la persona pueda acceder a un beneficio (Norma, 2004) uno de los requisitos del trámite es que se solicita la iniciación del juicio de insania (Norma, 2004) Iniciación de las gestiones para obtener el Beneficio Asistencial (Mara 2005). evaluar las posibilidades de gestionar un beneficio asistencial (Silvina, 2014)
Conflictividad con la familia	Relación deteriorada Inexistencia de vínculos familiares Desprotección de la familia Imposibilidad de continencia familiar	Relación deteriorada con su familia (Bob, 2002) debido a la relación deteriorada que tenía con sus hermanos (Bob, 2010) debido a la falta de familiares responsable y su situación de desprotección. la falta de solvencia económica y la falta de continencia familiar (Norma, 2004) una relación muy conflictiva con su progenitora (Che, 2009) Para ubicar a la familia (Carlos, 2005)
Derivación de médico tratante	Indicación de su médico	ante la indicación del médico tratante (Margarita, 2004; Clara, 2000)
Desprotección	Desprotección y abandono	Desprotección y posible abandono de persona (Alien, 1990)
Conducta desadaptativa	Periodos desadaptativos Conflictividad con los vecinos Incidentes policiales Conductas de riesgo Conductas de vagancia	períodos desadaptativos (amenazas) que derivaron en cuestiones de sede penal (Oscar, 2014) Incidentes policiales, no respeta las normas de convivencia y gente de mal vivir (Che, 2010) La modalidad compulsiva, con conducta de riesgo físico y económico (Mari, 2014). antecedentes de detenciones por vagancia (Gastón, S/FECHA) Múltiples episodios desadaptativos (Federico, 2006)
Derivación de sede penal	Cometer un delito Conducta de aislamiento Derivación de sede penal	Cometió un delito por el que se le iniciaron actuaciones en sede penal (Carlos, 2005) Conductas de aislamiento, brote psicótico, numerosas internaciones (Fernando, 2011) tentativa de hurto (Álvaro, 2007)

Fuente: elaboración propia en base a legajos judiciales

No todos los casos de personas con padecimiento psíquico son abordados por la Curaduría, pues otros quedan en la órbita familiar y privada. Relevar los casos de representación de la CO permite conocer las especificidades de los casos abordados por la institución judicial y la trayectoria diferencial para la persona en cuestión. En virtud del análisis realizado, entiendo

que las circunstancias para que se produzcan determinadas sentencias y sean derivadas a un Curador Oficial son multidimensionales y complejas. Sin embargo, es posible observar qué es lo que destacan los operadores judiciales sobre el caso. En otras palabras, qué expresa el Poder Judicial sobre las circunstancias que llevan al abordaje de cada caso.

La tabla 4.1 da cuenta que no existe una única circunstancia en la cual las personas son sentenciadas y derivadas a la CO. En algunos casos llegan derivados por su médico tratante. Es el caso, por ejemplo, de Margarita, que “en el año 1995 y ante la indicación de su médico tratante se inicia el expediente por insania” (Informe Social sobre caso Margarita, 2004). En otros casos, se aborda a una sentencia relacionando el diagnóstico a la invalidez, y al peligro que esta conlleva. De un informe social se desprende que

Se solicita la intervención de la asesoría de incapaces por desprotección y posible abandono de persona con discapacidad mental (...) Reside solo pese a presentar invalidante patología sanitaria, lo que hace predecir peligro personal y patrimonial” (Informe social, sin fecha) Posteriormente la asesoría inicia la insania por padecer esquizofrenia “enfermedad que lo incapacita para dirigir su persona y administrar sus bienes” (Informe de Asesoría de Incapaces sobre caso Alén, 1990).

También se observa una relación directa entre diagnóstico y sentencia, sin mediar un impedimento ni vulneración de derechos. Solamente con el certificado médico se le otorga la potestad “de privar de libertad a quien caía bajo el diagnóstico” (CELS, 2015: 6). En la intersección del discurso psiquiátrico y jurídico se dan estos ejemplos donde a partir de un diagnóstico, o del establecimiento de una relación entre el diagnóstico y la incapacidad, se establece su funcionalidad institucional y social en relación a la producción del sujeto “peligroso”.

Del mismo modo se observa que la dimensión de la “peligrosidad personal y patrimonial” en su relación con un diagnóstico es suficiente para disponer las medidas de control y otorgar al sujeto una nueva condición jurídica, que, como expresa Casares (2007), tiene efectos que se extienden hacia el futuro.

Como se puede observar en la tabla 4.1, el diagnóstico en muchas ocasiones fue el único argumento para abordar una sentencia judicial. En otros casos, tras cometer un delito se inician acciones penales, que luego conllevan a una derivación por diagnóstico de padecimiento psíquico. Como es el caso de Oscar, donde se articula el diagnóstico a períodos desadaptativos:

Desde su adolescencia padece de un cuadro esquizofrenia paranoide, en cuyos periodos de descompensación tuvo períodos desadaptativos (amenazas) que derivaron en cuestiones de sede penal. Después tuvo periodos de internación en sede penal y en internaciones en crisis en el servicio de salud mental del xx (Informe social sobre caso Oscar, 2014).

En este ejemplo, al no continuar por la vía penal, el caso prospera por la vía judicial de la determinación y/o restricción de capacidad. Lo cual permite inferir que aquella relación que se estableció entre el campo penal y el campo biomédico a principio del siglo XX, continúa en muchas situaciones vigente, como es el caso recién citado en el cual, en lugar de penalizar, se patologiza. Vezzetti (1985) encuentra el primer caso de intervención de un perito psiquiatra (alienista) en una resolución de casos de justicia en 1877. La pericia médica judicial apareció en la práctica en el caso Vivado, un caso penal que tuvo repercusión, fundamentalmente, por el curso que se definiría para el presunto peligroso: sentencia de cárcel u hospitalización. El proceso pericial donde un cuerpo profesional, analizaba y definía el futuro de la persona insana se establece con la sanción del Código Penal de 1921: los casos que implicaban a locos delincuentes siguieron un carril especial conducente a una medida de seguridad curativa. Como explica Vezzetti (1985), diferenciar al loco del criminal se transformó en el objetivo de las instituciones, del Estado y de los intelectuales de la época, pues se plantea que existen conductas contrarias a la norma que constituían efectos de determinadas enfermedades.

El entorno social es otro de los atravesamientos en las circunstancias de la sentencia. La inexistencia de un contexto relacional de la persona es un elemento que caracteriza la sentencia de restricción de capacidad y su respectiva representación judicial. Al no encontrar integrantes de la familia de la persona en cuestión, que actúe de Curador o de apoyo, asume este rol el Poder Judicial. En otros casos contaban con un Curador o apoyo familiar y tras observarse su imposibilidad de cuidado finalmente son derivados a la CO.

Otras de las circunstancias recurrentes, es la necesidad de gestionar recursos. En uno de los legajos encuentro el primer informe realizado desde el ámbito municipal, donde se sugiere la judicialización del caso solo “a los fines de que la persona pueda acceder a un beneficio a los efectos de gestionar una pensión por discapacidad y cumplimentar con uno de los requisitos del trámite, es que se solicita la iniciación del juicio de insania”. Además, agrega que “son motivos suficientes la falta de solvencia económica y la falta de continencia familiar para la obtención de un medio que la proteja frente a la sociedad por la merma en su capacidad” (Informe Social sobre caso Norma, 2014). La relación que se establece entre la gestión de un recurso y el proceso judicial de restricción de capacidad jurídica implica una táctica burocrática que se ha instaurado como parte de las prácticas judiciales ante los casos de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico, pero que no tiene fundamentos jurídicos, técnicos y teóricos.

La incapacidad de lidiar con procesos burocráticos relacionados con el ejercicio de derechos tanto para las personas como su entorno social, deriva en la judicialización. Luego los

sujetos irán conociendo cómo funcionan las tramas burocráticas y los procedimientos necesarios para hacer valer sus derechos, pero ello conlleva el aprendizaje de circular en el Poder Judicial.

2.2. Práctica derivada de la sentencia

A partir de la sentencia, el Poder Judicial debe llevar adelante determinadas acciones que se plantean en cada caso. Entre estas acciones la CO interviene en los aspectos: vinculares, económicos, terapéuticos, burocráticos y personales. Además, realiza las gestiones necesarias en cada caso, y llevan adelante actividades en pos de promover la autonomía de la persona. En la tabla 4.2 expongo estos elementos.

Tabla 4.2: Práctica derivada de la sentencia

Práctica derivada de la sentencia	Propiedades	Ejemplos
Vincular	Separación de la familia Reducir en contacto con la familia	Organización de vida separada de su familia de origen (Oscar, 2014) minimizar los contactos familiares (Oscar, 2014)
Económico	Administración de los ingresos Administración patrimonial	Administración de los ingresos de su subsidio (Oscar, 2014) Administración patrimonial (Oscar, 2014) Mejorar la infraestructura de su vivienda (Mara, 2010)
Tratamiento biomédico	Supervisión de los actos referidos a la salud Control del tratamiento Planificación y supervisión de internaciones	Los actos referentes a su salud (Mari, 2014) Control médico psiquiátrico estricto (Mari, 2014) Planificar la externación (Silvina) Traslado a clínica para evaluación (Soledad, 2014) Supervisión de la internación (Soledad, 2014) Informar sobre tratamiento médico (Rosa, 2014)
Vincular-profesional	Gestión y supervisión de acompañante terapéutico	Asistir al usuario con acompañante terapéutico (Mari, 2014)
Situación social	Evaluación de la situación social Intervención	Pericia social para conocer la situación actual (Oscar, 2014) Intervención social (Gustavo, S/FECHA) Mantener calidad de vida (Gustavo, S/FECHA)
Trámites	Pase de transporte Acompañamiento en cuestiones legales Gestión de pensión y/o jubilación	Tratar temas legajes (Mari, 2014) Renovación de pase de transporte urbano (Gabriel, 2010) Asesoramiento de tramites personales (Gabriel, 2010) Trámite para el acceso de beneficio de pensión (Mari, 2014) Gestión de pensión derivada (Gabriel, 2010)
Autonomía	Actividades que realiza de forma independiente	Informar sobre situación de autovalimiento (Rosa, 2014)

Fuente: elaboración propia en base a documentos judiciales.

La práctica derivada de la sentencia es consecuencia de las circunstancias destacadas en cada caso. En el ejemplo que se expone a continuación se puede observar que la propuesta de intervención tiene que ver con modificar el ámbito vincular del causante: se decide que la persona no conviva con su familia. En este mismo ejemplo también la CO decide que ni el causante ni la familia administrarán sus recursos, afectando también su situación económica y la toma de decisión en relación a este aspecto.

el representante cuenta con familia, las intervenciones de los mismos han sido siempre contraproducentes para la evolución de su patología, por ello se favoreció una organización de vida separada de su familia de origen y la administración de los ingresos de su subsidio

se administraron a través de esta curaduría, con el doble propósito de minimizar los contactos familiares por un lado y mejorar y controlar la organización de los escasos recursos disponibles (Informe social sobre caso Oscar, 2014).

La curaduría actúa para los actos de administración y disposición de bienes como también lo referente a su salud. La causante se encuentra transitando actualmente periodos de estabilidad, siendo determinante la adherencia al tratamiento farmacológico y al espacio terapéutico (...) Régimen aconsejado para la protección y asistencia: asistir a la misma con acompañante terapéutica. Promover la posibilidad de incluir a la nombrada en actividades programadas de un centro de día. Control médico psiquiátrico estricto. Establecer la organización del dinero, tratar en conjunto temas legales, continuar los trámites para acceder a un beneficio de pensión (Sentencia sobre caso Mari, 2014).

En el caso recién citado, se pueden encontrar otras de las categorías expuestas. Una de ellas en relación al tratamiento biomédico: se decide la forma en la que realiza el tratamiento.

En relación a esta categoría, la práctica derivada de la sentencia también se relaciona con la gestión de recursos, y trámites personales. Así, por ejemplo, el caso de Gabriel, en el que el informe social propone la realización de “la renovación de su pase de transporte urbano y se lo asesora en cuanto a la realización de sus trámites personales. Así como también se inició la pensión derivada de su madre” (Informe social sobre caso Gabriel, S/fecha).

Las dimensiones construidas en función de la lectura de legajos judiciales permiten constatar que las prácticas judiciales exceden las carátulas que encabezan cada caso. Se observan sentencias de insania con procedimiento acorde a sentencias de determinación y viceversa, todo ello en un contexto de transición de un modelo tutelar a un modelo de Derechos Humanos promovido por la legislación vigente en materia salud mental, discapacidad y Derechos Humanos, en el cual se exige la reválida o reevaluación de -precisamente- las sentencias de insania e inhabilitación. Esta situación de transición y de espera de reválidas, promueve un escenario en el cual más allá de las carátulas, los significados y procedimientos de los operadores judiciales se basan en criterios delineados al interior de cada institución judicial. Valero (2005) realizó una aproximación antropológica de las prácticas y concepciones de los operadores judiciales frente a las internaciones psiquiátricas. Realizó dos estudios de caso dirigidos comparando los modos de proceder puestos en juego por dos Tribunales de Familia, dependientes de dos Departamentos Judiciales diferentes de la Provincia de Buenos Aires. Teniendo en cuenta su trabajo, puede decirse que los criterios que figuran en los legajos judiciales analizados fueron elaborados en función de lo que Valero (2005) denomina “lagunas” o “hiatos legales” de las prácticas de los equipos de operadores judiciales, en los cuales actúan “conceptualizaciones no jurídicas para guiar las decisiones judiciales” (Valero, 2005: 16).

De acuerdo a la autora, “esas lagunas o hiatos son espacios especialmente propicios para la emergencia de estereotipos y prejuicios que, compartidos y reproducidos por los operadores judiciales, se ocultan en los procedimientos judiciales por debajo de los diagnósticos, expedientes y órdenes judiciales” (Valero, 2005: 16). En este sentido, la espera de la reválida de las sentencias judiciales elaboradas bajo un paradigma tutelar, se convierte en un espacio de no derecho, donde predominan respuestas elaboradas al interior de la institución, que están basadas en el sentido común colectivo de la CO.

2.3. Expresiones relacionadas a la vida cotidiana

Del análisis surge que las actividades diarias de los causantes ocupan un lugar prioritario en los legajos. Presento a continuación la tabla 4.3, que expone los resultados en torno a las menciones a la vida cotidiana que figuran en los legajos judiciales analizados.

Tabla 4.3: Menciones de la vida cotidiana

Menciones de la vida cotidiana	Propiedades	Ejemplos
Acerca del tratamiento	Asistencia a dispositivos terapéuticos Seguimiento médico-psiquiátrico	Consultorio psicológico de manera semanal (Margarita, 2010) Mensualmente al consultorio psiquiátrico (Margarita, 2010) Asiste diariamente a un hospital de día (Mara, 2010) Participa cotidianamente en un dispositivo psicosocial (Mario, 2002) Asiste frecuentemente a un dispositivo terapéutico (Mari, 2016), (Gustavo, S/FECHA) Concurriendo al Hostal de la Clínica x (Alien, S/FECHA) Realiza el seguimiento médico psiquiátrico (Alfén, S/FECHA) Cuidados por ser portador de HIV, por cáncer, por la Hepatitis "C" (Che, S/FECHA)
Acerca de lo laboral	Posibilidad de inserción en el mundo laboral	Se ve impedida “la posibilidad de reintegrarse al mundo laboral” (Mari, 2016)
Higiene	Aseo y vestimenta	Aseo y cuidados buenos, mantiene su higiene personal (Mari, 2016) buen estado de aseo y vestimenta (María, 2006)
Autonomía	Actividades que realizan de forma autónoma Acompañamiento terapéutico para actividades diarias	Asiste todos los días a la Iglesia (Bob, 2010) Actualmente no viaja sola en colectivo (Mari, 2016) Supervisión de la acompañante terapéutico para reforzar las actividades de la vida diaria (Mara, 2010) Obstáculos para su resolución en forma independiente (María, 2006) Realiza trámites y gestiones con ayuda (Mari, 2016)
Económico	Administración de ingresos	Recibe supervisión para la administración adecuada de sus ingresos (Mari, 2016),
Vincular-social	Vínculos y grupos sociales	Manejo social adecuado (Mari, 2016) Orientada en tiempo y espacio (María, 2006) Sale a cenar con un grupo de amigos jubilados (María, 2006)

Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales

A partir de la lectura de los legajos judiciales, se constata que los informes sociales dedican un apartado al cotidiano y refieren a: la autonomía en la cotidianidad, a las actividades que hacen con otros, al cumplimiento con el tratamiento, al cuidado de la higiene personal y del lugar de residencia, y a si están insertos o no laboralmente. Los parámetros para observar y delinear la cotidianidad de los sujetos sociales expresa una carrera esperada por parte de cada persona judicializada. Mediante la identificación de estos elementos se puede inferir que las

personas judicializadas tienden a pasar por las mismas experiencias relativas a su condición.

Considerando que estas experiencias implican modificaciones en la concepción de sí mismo, Goffman refiere a este proceso como carrera moral, una noción que es “a la vez es causa y efecto del compromiso con una secuencia semejante de ajustes personales” (Goffman, 2015: 49). El autor expresa que una fase de este proceso consiste en aprender a incorporar “el punto de vista de los normales, adquiriendo así las creencias relativas a la identidad propia del resto de la sociedad mayor y una idea general de lo que significa poseer un estigma particular (Goffman, 2015: 49). Y otra fase en la cual se aprenden en detalle las consecuencias de poseerlo. A continuación, un fragmento vinculado al desempeño de las actividades diarias, en el cual la institución establece las habilidades que conserva la persona, y la perspectiva de la misma al respecto.

Asiste frecuentemente a un dispositivo terapéutico, ya que se ve impedida la posibilidad de reintegrarse al mundo laboral con desempeño autónomo y autoválido. Aseo y cuidados buenos, mantiene su higiene personal, actualmente no viaja sola en colectivo, uso del dinero: recibe supervisión para la administración adecuada de sus ingresos, colaboración en actividades diarias: participa en algunas actividades cotidianas. Habilidades sociales: habilidades verbales y no verbales conservadas. Manejo social adecuado. Realiza trámites y gestiones con ayuda. Se destaca de la entrevista sostenida con Mari que ésta no se considera en condiciones de enfrentar una vida cotidiana en forma autónoma (Mari, 2016).

En consonancia con esto, y como parte de la modelación las costumbres, los relatos de los usuarios permiten constatar la mejora en su salud en la medida en que pueden acercarse a vivir a un parámetro de normalidad. Este parámetro de lo normal no es fijo, ni estable.

En las menciones a la vida cotidiana de las personas judicializadas se pueden observar parámetros que se establecen para pensar la salud. Uno de estos se basa en relacionar la salud con el “sentido común” y la calma en las relaciones (en el poder conversar, y no ponerse nervioso). Otras de los parámetros asociados a la salud es la obediencia, el hacer caso. Un tercer elemento a destacar es el desempeño de papeles sociales (ejemplo el trabajo). Por último, se reitera la apariencia y el aseo personal como un parámetro de salud y consecuentemente de normalidad (estar limpio, arreglado, demostrar interés por la higiene y la presentación, en contextos públicos son indicadores de salud).

2.4. Autonomía

Presento a continuación la tabla 4.4, la cual expone los resultados en torno a las menciones a la autonomía de la persona judicializada que figuran en los legajos judiciales analizados.

Tabla 4.4: Autonomía

Autonomía	Propiedades	Ejemplos
Convivencia	Posibilidad de vivir en soledad Capacidad para respetar pautas	Reside solo pese a presentar invalidante patología (Alien, S/fecha). Comportamientos que hacen a la desaprensión en su persona y a pautas mínimas de convivencia (Silvina, S/FECHA).
Laboral	Inserción al mundo laboral Oficios Antecedentes laborales	Se desempeñaba como panadero hasta la emergencia de la enfermedad (Gustavo, 2015). Se ve impedida la posibilidad de reintegrarse al mundo laboral con desempeño autónomo y autoválido (Mari, S/FECHA). Antecedentes laborales interrumpidos por la patología (Margarita, S/FECHA)
Económico	Administración del dinero Reconocimiento del dinero Realizar compras	Su mantenimiento físico y corporal, organiza y maneja dinero con el apoyo de su acompañante terapéutica (Gustavo, 2015). Reconoce el valor del dinero y puede administrarlo con apoyo (Clara, 2010). Necesita apoyo para el manejo del dinero (Gastón, 2010). Capacidad para el manejo del dinero (Mario, 2009). Realiza sus compras con la ayuda del acompañante terapéutico (Clara, 2010).
Cotidianidad	Deambular Tareas de la vida diaria Mantenimiento de la higiene del hogar	Deambula por sus propios medios y realiza en forma autónoma todas las actividades que hacen a su cotidianeidad (Clara, 2010). Realiza todas las tareas de la vida diaria en forma independiente (Mario, 2009). Traslado en colectivo (Gastón, 2012). Las actividades cotidianas como la cocina, la limpieza, la compra de elementos de higiene, y en la organización de su economía (Ana, 2013).
Relacional	Relaciones que perjudican la autonomía Facilidad para establecer vínculos Comportamiento agrupable Desenvolvimiento de roles familiares	La relación con su madre que atenta con la posibilidad de un comportamiento independiente (Mara, 2010). Establece relaciones con facilidad (Mario, 2009). Mantiene un comportamiento agrupable (Mario, 2009). Su capacidad y modalidad de ejercer el rol materno están condicionadas por su marginalidad socio cultural primero y en segunda instancia por su patología (Sofía, 1999).
Higiene	Hábitos de higiene Vestimenta	Hábitos conservados de higiene (Clara, 2000). Condiciones de higiene, vestido (Gastón, 2012). Tareas que hacen a su mantenimiento físico y corporal (Ana, 2013).
Tratamiento	Cumplir con los turnos Gestión de la medicación Adherencia al tratamiento Gestión de recursos	Asistir a los turnos programados para su atención (Gastón, 2012). Disponer de la medicación (Silvina, 2014). Adquisición de los recursos sociales disponibles (pase de colectivos, certificado de discapacidad, trámites de pensión) (Ana 2013).

Fuente: elaboración propia en base a documentos judiciales

La lectura de legajos nos acerca la mirada del Poder Judicial respecto a la autonomía de las personas judicializadas. El respeto por las pautas de convivencia, como así también la capacidad para vivir solo, son aspectos relevantes en término de autonomía desde la perspectiva del Poder Judicial. También es parámetro de la autonomía el tópico laboral, concretamente los antecedentes y posibilidades de trabajar. Además puede agregarse la capacidad para sobrellevar la cotidianidad en los aspectos que la CO destaca (a saber: higiene, aseo, vestimenta, orientación en tiempo y espacio).

La causante se desenvuelve en forma independiente y autónoma para la realización de todas las tareas que hacen a su mantenimiento físico y corporal, así como las que tienen que ver con la adquisición de los recursos sociales disponibles (pase de colectivos, certificado de discapacidad, trámites de pensión). Todo ello, aún con el obstáculo que significa no saber leer ni escribir (Legajo Judicial sobre caso Ana, 2013).

El entorno social está relacionado con la autonomía: si los grupos contribuyen con la autonomía o la perjudican, y si la persona tiene un “comportamiento agrupable”.

Especialmente se tratan las relaciones de la Srta. x con su madre y sus hermanas, teniendo en cuenta el vínculo simbiótico que caracteriza la relación con su madre y que en algunas oportunidades atenta contra la posibilidad de un comportamiento independiente (Informe Social sobre caso Mara, S/Fecha).

La relevancia de la capacidad para administrar el dinero es otra de las cuestiones valoradas en los documentos al momento de referirse a la autonomía. Conocer el valor del dinero es indicador de salud mental. Como se expresa acerca de Clara “reconoce el valor del dinero y puede administrarlo con apoyo (Clara, 2010) Foucault (2012) analiza los registros de Leuret en su libro *El tratamiento moral de la locura* (1840) destacando el caso del paciente Dupré que manifiesta desinterés en trabajar porque no cree en el valor del dinero.¹⁵ Leuret resalta este componente y lo incorpora al diagnóstico para modificarlo mediante lo que denomina tratamiento moral. Este se basaba en un juego entre la orden y la obediencia “porque obligaba a la gente a plegarse a un reglamento, la forzaba a obedecer órdenes, a ponerse en fila, a someterse a la regularidad de una serie de gestos y hábitos, a supeditarse a un trabajo. Y todo este complejo del orden es (...) uno de los grandes factores de la terapéutica asilar” (Foucault, 2012: 179). Foucault lo denomina táctica de actividad laboral en los asilos, que asegura el orden, la disciplina, la regularidad, la perpetua ocupación.

El trabajo no se impone simplemente por ser un factor de orden, disciplina y regularidad, sino porque permite incluir en un sistema de retribución que la realidad de un mundo externo impone y que la omnipotencia de la locura tendía a negar. El filósofo francés observa la relación que existe entre el trabajo y la externación o la posibilidad de insertarse en el mundo exterior del manicomio: “la penuria del asilo servirá de propedéutica” (Foucault, 2012: 185). En este sentido, en los relatos que analicé, se acentúa en diferentes casos la interrupción de la actividad laboral por motivo de la emergencia de la dolencia (Gustavo, 2015; Margarita, S/fecha). Otro ejemplo es el de Mari, que se ve impedida de “la posibilidad de reintegrarse al mundo laboral con desempeño autónomo y autoválido” (Mari, S/fecha).

Vezzetti (1985) estudió este tema en nuestro país¹⁶. Pronuncia que uno de los ejes del tratamiento de los primeros hospitales psiquiátricos se cimentaba en el trabajo como parte de

¹⁵ De acuerdo a Foucault, hacia la década de 1830 el trabajo se inscribe como obligación dentro de los asilos (Foucault, 2012).

¹⁶ En nuestro país la práctica del asilo general se puede materializar a principios del siglo XIX, a partir del cual la reclusión recaía sobre todo aquel considerado improductivo. Ejemplos de esto son la Ley de Vagos del año 1815

una modelación moral del comportamiento de la persona recluida. Mediante la dicotomía trabajo - mendicidad se estableció una organización laboral del hospicio. A su vez este orden laboral era fruto del higienismo, desde el cual el núcleo esencial de la vida ciudadana era el trabajo. “Trabajo, educación, matrimonio y vida familiar: el perfil de la salud mental va dibujando el sujeto social fantaseado y el discurso alienista se toca con el imaginario burgués” (Vezzetti, 1985: 85).

Asimismo otras dimensiones mencionadas en los legajos y que refieren a la autonomía son el cumplimiento del tratamiento, reflejado en la adherencia al tratamiento pautado, el cumplimiento con los turnos, y la gestión de la medicación.

La causante viaja en forma constante a Capital y Gran Buenos Aires, *no se puede controlar* esta actitud dado que la misma no tiene criterio de internación, y por otro lado realiza tratamiento ambulatorio, realiza controles médicos, etc. Este impulso de estar constantemente viajando, es propio de su patología, a ello debe sumarse que la paciente no acepta intervenciones y si bien ella tiene conocimiento de cómo manejarse en el afuera, es una persona endeble a factores exógenos, más hoy día como se vive socialmente (...) La causante cuando se encuentra en Capital Federal o Gran Buenos Aires, busca las soluciones que le puede dar su Obra Social y/o recurre a hospitales públicos donde es atendida. xx, Asistente Social, asignado al caso en muchos de sus informes manifiesta la imposibilidad de abordaje, cualquier tipo de intervención para organizar la vida en el afuera y contenerla en la ciudad de Mar del Plata, resulta infructuoso (Informe social sobre caso Ana, 2013).

En este informe social el eje es la imposibilidad de controlar a la causante y la fragilidad de la persona a factores exógenos. Se resalta que cumple con todas las prescripciones indicadas y que no posee criterio de internación, sin embargo, la inquietud de quien escribe este Informe Social es que a medida que Ana se aleja de la institución se pierde la capacidad de controlar su quehacer. De acuerdo al informe social una posible solución es contenerla en la ciudad de Mar del Plata.

2.5. El entorno social en los legajos judiciales

Presento a continuación la tabla 4.5, que expone los resultados en torno a las menciones al entorno social de la persona judicializada que figuran en los legajos judiciales analizados.

Tabla 4.5: Entorno social

Entorno social	Propiedad	Ejemplos
Vínculos familiares	Ausencia de vínculos familiares Vínculos familiares deteriorados	la falta de familiares responsable (Gustavo, 2015) Vínculo irregular con la familia (Mario, 2010) Relación deteriorada con sus hermanos (Joe, 2013) Tiene una relación conflictiva con sus hermanos (Che, 2010)

que castiga a quien no trabajaba, la creación del Asilo para Mendigos en 1856 que buscaba suprimir la mendicidad. En todos los casos, el objetivo es la reclusión de la diferencia improductiva.

	<p>Vínculos familiares simbióticos</p> <p>Conflicto en los vínculos familiares</p> <p>Revinculación familiar</p>	<p>Posee familia, pero su relación no es frecuente (Gabriel, 2012)</p> <p>No mantiene una relación estable con su familia (Clara, 2013)</p> <p>Visita a sus hijos de forma esporádica (Norma, S/FECHA)</p> <p>Existe una relación simbiótica entre Gastón y su padre (Gastón, 2012)</p> <p>la relación con su madre presenta conflictos temporales (Che, 2009)</p> <p>Manifiesta su intención de revinculación con su hija (Gabriel, 2012)</p> <p>Mantiene un vínculo irregular con su hija (Mario, S/FECHA)</p> <p>"Mi madre trata de controlarme como si fuera un chico" (Bernardo, 2003)</p> <p>Su madre nunca se interesó formalmente por la situación de su hija (Sofía, 1999)</p> <p>Su madre biológica no quiso aceptarla (...) Sus hermanos las castigaban y no la cuidaban (Paula, 2014)</p>
Vínculos familiares perjudiciales para el usuario	<p>Desprotección de la familia</p> <p>Vínculos contraproducentes con la salud</p> <p>Vínculos que atentan contra la autonomía del usuario</p> <p>Vínculos que obstaculizan el tratamiento</p>	<p>Desprotección de la familia (Gustavo, 2015)</p> <p>Las intervenciones de la familia han sido siempre contraproducentes para la evolución de su patología (Oscar, 2014)</p> <p>Se favoreció una organización de vida separada de su familia de origen (Oscar, 2014)</p> <p>El vínculo simbiótico que caracteriza la relación con su madre atenta con la posibilidad de un comportamiento independiente (Mara, 2014).</p> <p>Su padre invalida las posibilidades del causante de desarrollar otras tareas que las que no estén indicadas por él (Gastón, 2012)</p> <p>Abandono el tratamiento por orden de su padre (...) Su padre es quien lo incapacita (Gastón, 2012)</p> <p>Conductas de boicot hacia la autonomía de su hijo (Gastón, 2012)</p> <p>el vínculo simbiótico que caracteriza la relación con su madre atenta con la posibilidad de un comportamiento independiente (Mara, 2014)</p> <p>El fallecimiento de su madre fue el desencadenante de su patología (Joe, 2013)</p>
Vínculos construidos en los dispositivos	<p>Redes sociales</p> <p>Vínculos familiares derivados de los dispositivos</p>	<p>Sus redes sociales están mayormente constituidas por compañeros del Dispositivo al que asiste (Mario, S/FECHA)</p> <p>Su único vínculo familiar es su pareja, otro representado de la CO (Clara, 2013)</p> <p>En virtud de que falleció un compañero que hace años estaban juntos y él se quería morir también (Federico, 2006)</p>
Conflicto con los vecinos	<p>Significados sobre el causante</p> <p>Convivencia</p>	<p>Entra al edificio con gente de mal vivir (Vecinos de che, 2010)</p> <p>No respeta las normas de convivencia (Vecinos de che, 2010)</p>
Cuidadores formales	<p>Contención afectiva</p> <p>Satisfacción de necesidades</p> <p>Organización de las tareas cotidianas</p> <p>Salidas recreativas</p> <p>Control medico</p> <p>Control del suministro de la medicación</p>	<p>Su acompañante terapéutica cubre las necesidades y brinda contención afectiva (Federico, 2006)</p> <p>Manifiesta su satisfacción por el trabajo que realiza su Acompañante Terapéutica (Alfén, 2014)</p> <p>La acompañante lo asiste en todas las decisiones del mantenimiento de la casa y la organización de las tareas cotidianas (Alfén, 2014)</p> <p>Con su acompañante terapéutico realiza salidas y concurre a los controles médicos (Clara, 2013).</p> <p>Con la Acompañante Terapéutica se logra que asista a sus controles psiquiátricos, consultas médicas y el cambio de cápsula (Gastón, 2012)</p> <p>El suministro de la medicación este a cargo de su Acompañante Terapéutica (Gabriel, 2012)</p>

Fuente: Elaboración propia en base a documentos judiciales.

El aspecto relacional es recurrente a lo largo de los legajos judiciales. En muchos de los casos tomados uno de los motivos que lleva a que la CO sea su Curador o apoyo es justamente la falta de vínculos que contengan a la persona. Sin embargo, la cuestión vincular excede esta instancia, y en los legajos se refiere a las relaciones del causante como un aspecto a supervisar o controlar a lo largo de toda su vida. Una de las manifestaciones de esta categoría es la relación con la familia, y el diagnóstico que la institución realiza de la misma.

Existe una relación simbiótica entre Gastón y su padre, a partir de la cual este último invalida parcialmente las posibilidades del causante de desarrollar otras tareas que las que no estén indicadas por él; observándose una notoria sobreprotección, esta conducta proviene desde el inicio de la relación entre ambos. Sin embargo, la relación es satisfactoria en términos de trato (Informe Social sobre caso Gastón, 2012).

No es el único caso donde se menciona el aspecto simbiótico de las relaciones de las personas judicializadas. Asimismo, se destaca el carácter perjudicial de sostener la relación con la familia:

el representante cuenta con familia, las intervenciones de los mismos han sido siempre contraproducentes para la evolución de su patología, por ello se favoreció una organización de vida separada de su familia de origen y la administración de los ingresos de su subsidio se administraron a través de esta curaduría, con el doble propósito de minimizar los contactos familiares por un lado y mejorar y controlar la organización de los escasos recursos disponibles (Informe Social sobre caso Oscar, 2014).

El caso de Che es más llamativo porque en el legajo judicial se describe que inicialmente su madre era la Curadora, y que al no poder continuar respondiendo a este rol y al tener una relación conflictiva con sus hermanos, se responsabiliza la CO. El llamado de atención, ante la “imposibilidad de control” de la madre se inicia por los vecinos, que envían la siguiente nota:

Hace tiempo esta persona vivía con su madre la cual ahora se encuentra en un hogar de abuelos, dado que le resultaba imposible convivir con su hijo por los problemas que le ocasionaba y los malos tratos que recibía. Lo echaba continuamente y él volvía y hasta entraba por la ventana del exterior. Continuarmente hay incidentes policiales en los cuales esta persona está involucrada. Asimismo hubo una serie de robos en este edificio, desde bicicletas, tablas de surf, estéreos de autos, y tantas otras cosas más sin poder identificar a la persona. Por otra parte esta persona no respeta las más mínimas normas de convivencia, hasta tal punto que le da la llave de entrada al edificio a cualquier persona, como asimismo entra con gente de mal vivir. Por todo ello los abajo firmantes solicitamos que se tomen medidas con esta persona ya que consideramos que no puede vivir en un edificio donde tiene que respetar normas de convivencia y convivir con vecinos (Vecinos de Che, 2010).

Por otro lado, a lo largo de los legajos judiciales también se describe el vínculo con cuidadores formales como los responsables de las instituciones y los profesionales que conocen a lo largo de la trayectoria terapéutica

En tal sentido cumpla en informar que en primer instancia se estableció contacto con el encargado del hogar quien informó que Federico es un paciente tranquilo, que en el último

periodo presentó un bajo umbral emocional en virtud de que falleció un compañero "que hace años estaban juntos y él se quería morir también", por lo sucedido se le efectuaron ajustes de medicación al causante, a los que ha respondido adecuadamente. (...) En oportunidad de visita se mantuvo contacto con la Jefa de Enfermería quién manifestó que recibe visitas regulares de su acompañante socio-terapéutica (AST) quien además de cubrir adecuadamente las necesidades que presente le brinda contención afectiva (Legajo Judicial sobre caso Federico, 2006).

Algunas conclusiones

Al inicio de este capítulo expuse las categorías construidas en función de la lectura de los legajos judiciales correspondientes a las personas representadas por dicha institución. Al comenzar la lectura de legajos infería que el tipo de sentencia definía la práctica que la CO implementaría en cada caso. Sin embargo, pude cotejar que una sentencia de insania no necesariamente viene de la mano de prácticas de representación absoluta, y que una sentencia de determinación de capacidad jurídica no precisamente conlleva prácticas de determinación de capacidad. Por el contrario, del análisis ha emergido que se trata de prácticas que van transformándose a lo largo de la historia de la persona representada.

Me interesa destacar también que la combinación de aspectos observados en los expedientes judiciales (a saber: elementos clínicos, vinculares, jurídicos y morales) en conjunto constituyen un poder de normalización. Que consiste en modos rutinarios de autogobernarse derivado de la modelación de las costumbres, junto con modos represivos. El poder en sus varias formas, soberano y disciplinar, se aparecen en escena en las biografías que reflejan la intersección judicial-médica. Las personas judicializadas se orientan tanto por poder soberano como por poder disciplinario. "Dos maneras de ejercer el poder sobre los hombres y de controlar sus relaciones" (Foucault, 2002: 183).

Las características del panóptico¹⁷ se vuelven recurrentes en la construcción moral de la persona judicializada. "Se ven también difundirse los procedimientos disciplinarios a partir no de instituciones cerradas sino de focos de control diseminados en la sociedad" (Foucault, 2002: 195). En esta clave, desde el ámbito judicial y desde el campo médico se establece cómo comportarse, con quien relacionarse e incluso qué es posible desear o anhelar. La visibilidad entre el actor judicial y la persona sentenciada no es simétrica: "la visibilidad es una trampa: es

¹⁷ "El panóptico es la figura arquitectónica de esta composición (...) Una construcción en forma de anillo en el centro una torre con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas una queda el interior correspondiente a las ventanas de la Torre y la otra queda al exterior permite que la luz atraviesa la celda una parte a otra va hasta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda un loco, a un enfermo, un condenado, un obrero, un escolar" (Foucault, 2002: 185).

visto pero él no ve. Objeto de una información jamás sujeto en una comunicación” (Foucault, 2002: 185).

A pesar de que las personas con padecimiento psíquico no tengan contacto constante con quienes hacen la prescripción de tratamientos, de vínculos y de comportamientos, se cumplen las reglas establecidas. La sensación de vigilancia es permanente. En efecto, los denominados causantes se hallan insertos en una situación de poder de la que ellos mismos son los portadores. “Un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos incluso si es discontinua en su acción (Foucault, 2002: 185).

Esta vigilancia permanente se organiza en base a una diversidad de dispositivos judiciales, jurídicos y biomédicos que permiten visibilizar que los diferentes modelos de ejercicio del poder sobre los sujetos no se reemplazan ni son excluyentes entre sí, sino que se superponen, se disputan el sentido y generan nuevas formas de subjetividad. A pesar de que muchas de las personas de los casos seleccionados se encuentran en tratamiento ambulatorio y poseen autonomía en diferente medida, observo como regularidad que la CO está presente en todos los aspectos de la vida del causante. Esto puede comprenderse en el siglo XXI, porque la normalización no es un concepto cerrado y se pueden encontrar formas no vinculadas directamente al desorden o desvío (Bianchi, 2016), ni centradas en la reclusión como estrategia general.

Este capítulo permite constatar que en los procesos de normalización no se define de forma taxativa o irreversible lo normal y lo anormal, lo desviado y lo que cumple con la norma. El concepto está abierto a formas intermedias y flexibles entre la capacidad y la incapacidad. He encontrado ejemplos de prácticas que son orientadas y decididas por los causantes y sus acompañantes terapéuticos: la medicación, la toma de decisiones en relación a la alimentación, los espacios recreativos, entre otros.

Estas formas de autogobierno, entendidas como medidas que actúan sobre el causante basándose en su responsabilidad, se exponen principalmente en la cotidianidad de los usuarios. El cruce de las categorías “tipo de residencia” y “localidad de residencia” permite constatar que cuando las personas judicializadas no residen en la ciudad de Mar del Plata -que es donde se sitúa la CO- la internación aumenta. Inversamente, si se observan los tipos de residencia de las personas judicializadas que viven en Mar del Plata se incrementan los otros tipos de residencia y disminuye la internación. Es decir que para aquellos que se encuentran en la misma localidad

que la CO es posible desarrollar otras formas de control. Un funcionario de la CO en el contexto de la entrevista comentaba el rol de los acompañantes terapéuticos:

Eso es algo novedoso, *no es un recurso público*, pero es algo nuevo que tiene mucho que ver con esto del nuevo paradigma, porque es la persona que vincula a esa persona que tiene un padecimiento mental con una comunidad, y ese enlace se hace fuera de una institución, habitualmente. Y hace falta ese operador que, hasta hace pocos años no estaba, entonces eso se suplía con un lugar donde estaban las personas ahí, *donde era más fácil el control* y que a su vez operaba como una barrera para esa interacción necesaria entre la persona que tiene una enfermedad y todos, toda la comunidad (Carlos, CO: 2018).

No es solo el Poder Judicial el actor social que delinea estas subjetividades. Encuentro dispositivos emergentes de otras áreas (diferentes al Estado) que se vuelven relevantes en los casos estudiados. Tal es el caso del acompañamiento terapéutico, como una nueva figura clave de la salud mental, que es orientado por Poder Judicial –una especie de elemento exógeno de la institución judicial pero que se conduce por las órdenes de la misma- para el cuidado, seguimiento y control de cada caso.

Capítulo 5: Sentidos y vivencias en relación al padecimiento psíquico

Introducción

De acuerdo con Conrad (1990), es posible mencionar tres perspectivas de estudios sobre los padecimientos. La primera de ellas, conocida como *outsider*, está representada por el estructural funcionalismo: es una perspectiva desde la cual se estudia la enfermedad por fuera de la experiencia misma y se establece un rol de la persona con padecimiento como desviado, anormal, y un rol activo por parte del profesional a cargo. La segunda mirada, denominada *insider*, e identificada con el interaccionismo simbólico (Goffman, 2012), se focaliza en la experiencia subjetiva de quien vive con una dolencia. El tercer grupo es el del paradigma de la sociología de la salud, que se propone explorar la experiencia subjetiva, los significados de la enfermedad, la organización de la cotidianidad y las estrategias para afrontar la nueva situación vital. En este grupo se ubican los aportes de Strauss y Glaser (1984), quienes estudiaron los cambios y la reorganización de la vida cotidiana, las redefiniciones en las identidades y en las relaciones con los demás a partir de la emergencia de un padecimiento (Grimberg, 2002).

En este último marco, la experiencia de padecimiento es entendida como la forma por la cual los sujetos se sitúan ante o asumen la situación de enfermedad, otorgándole significados y desarrollando formas para lidiar con la situación (Alves, 1994 y 2006; Rabelo, Alves y Souza, 1999; Good, 1994). Esta mirada adquiere relevancia para el problema de esta tesis referida a la judicialización de la salud mental, pues en los sentidos y vivencias del padecimiento psíquico se apoya la permanencia y circulación de los sujetos en el campo judicial.

En este capítulo analizo los sentidos en torno al padecimiento psíquico desde la perspectiva de las personas entrevistadas. Esto incluye las vivencias antes del padecimiento, los primeros significados asociados a éste y las transformaciones sucedidas. También avanzo en el análisis de los proyectos de las personas entrevistadas, ya que el futuro narrado ofrece datos sobre sus expectativas. Asimismo, analizo la configuración moral de quien recibe un diagnóstico de salud mental, que se puede observar en el cumplimiento de prescripciones de diferente índole vinculadas a las expectativas institucionales.

1. Primeros sentidos en relación al padecimiento: “Hasta que me enfermé”

Algunas investigaciones sociales han dado cuenta cómo los padecimientos modifican la vida de las personas diagnosticadas. Jones, Manzelli y Pecheny (2004), siguiendo a Strauss y Glaser (1984), señalaron que “la enfermedad crónica impacta en la vida física, psíquica, socioeconómica, relacional y temporal del paciente, provocando una ruptura biográfica” (Jones y otros, 2004: 39). En este mismo sentido Good afirma

Las personas que sufren enfermedades crónicas o que pasan por condiciones por las cuales sintieron sus vidas amenazadas describen con frecuencia la sensación de que el mundo ha cambiado. Gran parte de la realidad del sentido común, aquello que es dado por sentado, la mutualidad del mundo desaparece. Ocurren cambios en la significación, algunas cosas de la vida pierden sentido (Good, 1994: 7).

La emergencia de un padecimiento produce una transformación biográfica que conlleva la reorganización de las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento asociadas a ellas. Bury (1982) distinguió tres formas de disrupción. La primera forma es la de los supuestos y comportamientos que se dan por sentado. La segunda se refiere a la redefinición de la biografía y del sí mismo en función de la búsqueda de sentidos a su padecimiento. Finalmente, la tercera se relaciona con los recursos tanto cognitivos como materiales que se movilizan para sobrellevar la situación.

Adaptando estos hallazgos acerca de las enfermedades crónicas a los padecimientos, mentales que experimentan las personas que fueron entrevistadas para esta tesis, es posible identificar fragmentos de entrevista¹⁸ donde la dolencia interrumpe alguna faceta de la vida. El ejemplo más explícito es un fragmento de entrevista a Clara, quien manifiesta:

Yo quebré, quebré y quebré, no quería salir de casa. Quebré bah, quebró mi manera de percibir el mundo (Clara, 2016).

El siguiente ejemplo la ruptura sucede en el escenario educativo

Decidí trasladarme a Buenos Aires, y me anoté en Filosofía y Letras. Ahí estuve más de cuatro años hasta que me enferme y empecé a ir a hospital de día (Alien, 2016).

Por otro lado Mari describe cómo se visualiza el quiebre en el campo laboral:

En el año 2005 comencé con un brote y ahí empezó la enfermedad. No sé los antecedentes que habré podido tener, pero nunca antes había tenido nada (Mari, 2016).

La misma situación se reitera para Isabel, quien expresa que a causa de su padecimiento perdió su título profesional:

Estaba mal psíquicamente y perdí todo. Perdí el título de maestro, la constancia de trabajo (Isabel, 2016).

Por último, el quinto ejemplo da cuenta del quiebre en el escenario deportivo de la persona entrevistada:

Jugué en Lanús y en River. Y después me vine a Mar del Plata para jugar en Aldosivi y ahí comencé a estar mal. Primero me jodí de la rodilla y después empecé a ponerme mal (Jorge, 2016).

¹⁸ Para citar a cada persona entrevistada utilizo el seudónimo elegido por la misma, seguido por el año en que fue realizada la entrevista.

En relación con este aspecto, los resultados conciben con la investigación de Mercado Martínez, en la cual afirmaba que la persona que recibe un diagnóstico “percibe cambios cualitativos y cuantitativos no solo en su ámbito orgánico o corporal, sino también en otras dimensiones de su vida laboral, social y emocional, a causa de su padecimiento, que se modifican con el tiempo” (Mercado Martínez, 1999: 183). En los relatos analizados el padecimiento forma parte de la forma de significar el mundo y de representar su propia historia personal. En algunos casos es posible repensar la vida previa al momento del diagnóstico y se entiende a éste como disruptivo en la trayectoria vital. En otros no es posible contar la historia de vida sin incorporar el diagnóstico como parte de ella porque el mismo siempre estuvo presente.

Las personas entrevistadas atribuyen diversos desencadenantes a su padecimiento. Estos se relacionan con aspectos familiares (dificultades en su relación, el fallecimiento, el abandono, el maltrato, factores prenatales), y con otros aspectos (como el contexto político, accidentes laborales y problema a nivel cerebral). En algunos relatos se observa un acontecimiento que irrumpe en la trayectoria vital y genera la dolencia. En otros casos describen acontecimientos a lo largo de los años que aportaron a la formación del padecimiento progresivamente.

En el caso de Gabriel, desde su infancia ya había sido diagnosticado con psicosis, y recurría frecuentemente a la psiquiatra infantil. Según su relato, la enfermedad se desarrolla cuando fallece su madre. Por su parte Mario, que posee un diagnóstico de Síndrome Cerebral Orgánico, relata que la enfermedad se desarrolla tras un accidente de trabajo y el abandono de persona por parte de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). Otra entrevistada, María, relató que su enfermedad se desarrolla “desde antes de nacer” (María, 2015), recibe su sentencia de insania en el año 2000, tras fallecer su madre, y comienza a ser representada por el Estado. Joe, refiere al fallecimiento de su madre como un evento clave para el desarrollo de su enfermedad junto con “dramas familiares” (Joe, 2015).

A continuación, presento la tabla 5.1 que muestra los fragmentos de entrevista más representativos de los desencadenantes del padecimiento desde la perspectiva de las personas entrevistadas.

Tabla 5.1: Desencadenantes del padecimiento

Desencadenantes del padecimiento	
Aspectos familiares	<p>Te digo mi mamá me fabricó muy mal. Porque estaba embarazada no comía bien y tenía la lombriz solitaria. Y nació a raíz de una caída. Era en Francia y estaban los bombardeos. Me llevaron de urgencia a bautizarme para darme campo santo. ¿Sabes lo que es campo santo? Es el cementerio. Porque me estaba muriendo (...) mi madre era buena, mientras la dejaban hacer. Cuando yo le decía que estaba mal, ¿sabes lo que me decía? “No me hables de enfermedades, que no quiero saber nada”. Y ahora han pasado los años y se ve el resultado de lo que yo no fui tratada a tiempo. Yo nació mal, con defectos y entre otros tenía esto (María, 2015).</p> <p>Desde la infancia. Creo que tengo un trauma intrauterino porque me quisieron abortar. Después alucinaba pero la psicóloga descubrió que alucinaba de hambre. Y empezó la enfermedad. Alucinaba de hambre me dijo un médico. Y bueno, todas las familias tienen sus defectos (Clara, 2016).</p> <p>De chico ya tuve algunos problemas. Iba al psicólogo, al psiquiatra, entonces estuve un tiempo bien. Bah bien, bien porque según lo que dijo el certificado tenía algo. Bueno, como te decía, a los tres años imposible que te digan lo que tenés. Porque para que se note, tenés que tener una debilidad mental muy grande, una enfermedad muy notoria. Así que a los 6, 7 yo tenía problemas de conducta, de ciertas cosas. Y justo después se enfermó mi papá, tuvo cáncer 2 años, y yo viví todo eso muy de cerca y no me hizo bien. Fue algo traumático. En el 2000 me certifican de discapacidad, dos años después. A ver, yo te cuento para que entiendas el principio de la enfermedad (Gabriel, 2015).</p> <p>Hace 20 años más o menos. Después de la internación en el Interzonal cuando falleció mi padre. Después falleció mi madre, y después se suicidó una de mis hermanas, que trabajaba en el Interzonal, y en el 99 me internaron. Y ahí tuve varias internaciones” (Joe, 2015).</p> <p>Hasta que conocí al papá de mi hijo, que me enamoré. Él quiso tenerlo, hasta los nombres eligió, y desapareció. Creo que eso fue lo que me provocó. No en el momento, en el momento yo salí a flote, fui para adelante (...) y ese dolor lo llevé, lo llevé, hasta que un día: salía y entraba (de las internaciones)” (Mercedes, 2016).</p>
Otros desencadenantes	<p>Me sentía mal, tenía depresión, tenía muchos problemas políticos, y todo eso me influyó también (Alien, 2016).</p> <p>Yo tuve el accidente y me intoxicé con amoníaco y ahí perdí la memoria, y ahí perdí todo (...) No podía caminar, barba. Me perdía. Me hizo abandono de persona, porque cuando se cumplió el mes no me quisieron aceptar más por la ART. De ahí me derivaron al hospital. No se hizo responsable, la ART se abrió (Mario, 2015).</p> <p>Me dijo “Quédese tranquila, que esto viene de la columna, no del cerebro” (...). Me dijo –lo que pasa es que no fue fino- me dijo que mi cerebro “estaba viejo”. Yo no sé qué cara puse que agarró mi mano y me dijo “¿vio cómo tiene su mano? Al cerebro le pasa lo mismo”. Pero lo agarramos a tiempo” (María, 2015).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

El agrupamiento de los desencadenantes expresa las diferentes epistemologías y metodologías de la salud mental. En esta complejidad de conceptos que se proponen para pensar los desencadenantes de la problemática se puede ver el pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico-psiquiátrica al modelo más complejo que define los cuidados de la Salud Mental (Galende, 2008).

Del análisis surge que los fragmentos expresan la tensión entre las posiciones objetivista y subjetivista. Galende (2008) describe ambas posiciones. La objetivista como aquella que busca una

causalidad física, la subjetivista como la mirada que establece una relación entre la vida psíquica y el entorno para establecer la situación de origen del padecimiento psíquico diagnosticado. Lo cual también expresa la complejidad del campo salud mental, la que, si bien se circunscribe a un conocimiento y a una práctica singular, su condición es análoga al objeto, que es en sí mismo complejo e incluye dimensiones variadas.

2. El papel de los vínculos en la experiencia de padecimiento psíquico: no quiero saber más nada

A continuación, expongo la tabla 5.2 elaborada en relación a los vínculos mencionados por las personas entrevistadas.

Tabla 5.2: Sentidos relacionados con los vínculos

Vínculos	
Los vínculos sanguíneos	<p>Distancia Yo estoy acá y ellos allá. Y no mucho más. Yo ya me quería volver. La pasamos bárbaro. Hacía años que no los veía. Pero nada que ver. Que ellos allá y yo acá (Jorge, 2016).</p> <p>Primos, primos hermanos, tanto en Buenos Aires como en Montevideo. Los de acá, poco, porque no hay unión. No hay mucha importancia digamos, mucho interés. Estamos distanciados como quien dice (Isabel, 2016).</p> <p>No, tengo una prima de Junín pero yo no la quiero porque desde que se murió mi papá, ella no me habla y es una mujer interesada (Gustavo, 2016).</p> <p>Me fui de mi familia Gracias a Dios yo me fui de la familia, y de mi madre. Hace muchos años. Tengo un hermano, pero nada con él (Alberto, 2016).</p> <p>Se murió mi padre, se murió mi señora, se murió mi madre. Se fueron todos, de a poco se fueron todos. Y amigos tengo uno, medio bah. Porque anda más o menos, entonces es medio amigo (Roberto, 2016).</p> <p>No quiero saber nada Yo tengo mi familia, pero no quiere saber más nada. No quiero saber nada (...) La familia te llena la cabeza. Si cobraste, si el alquiler. Te hace cualquier cosa. Si vos tenés plata, te la saca. Te llena (señala la cabeza) ¿te das cuenta lo que te digo? El día que no tenés plata, te pega una patada pa' tras. Pero el día que tenés plata, todo bien (Roque, 2016).</p> <p>Tenía una hermanita. Mayor que yo, pero falleció antes de que yo naciera. Pero no, estoy solo (Alien, 2016).</p> <p>Vínculos negativos A mi mamá la tuve que sacar con la policía (...) Quería dar en adopción a mi hijo y quería hipotecar mi casa. Y después cuando estuvo en geriátrico la iba a visitar, le pintaba las uñas, le decía “¿qué te querés poner?”. Pero como rol de hijo. La acompañaba a cobrar pero era la función de hija que cumplía (Mercedes, 2016).</p> <p>Hay madres que estropean a sus hijos por egoísmo, no impide que haya sido buena madre pero me tenía que quedar callada y dejarla hacer a ella, porque tenía un carácter muy fuerte (María, 2015).</p> <p>No se hace cargo</p>

	Después a mi ex mujer creo la citaron. Ella no se quiso hacer cargo por eso no la quieren a ella (Mario, 2015)
La familia derivada de las instituciones	<p>Amigos impuestos Ahora no tengo amigos. Hay una señora, que va a buscar la bolsa, me dijo que es amiga mía. Me dijo “vos sabes que tu acompañante me dijo que fuera amiga tuya” (Mara, 2016).</p> <p>La familia de las instituciones Margarita es mi pareja, desde hace ya 18 años. Ella también es, digamos, discapacitada. Tiene problemas, en este momento está viviendo, residiendo por el momento en geriátrico. Hace ya unos cinco años, y tiene permiso de salida cuatro días a la semana, martes y miércoles se queda en casa. Va y viene digamos (Alien, 2016).</p> <p>Nos conocimos en xxx (institución de salud). Y desde ahí que estamos juntos, hace como dos o tres años (Belén, 2016)</p> <p>Sí, tengo amigos. Tengo amigos del taller xxx y de xx. Sí, salimos (Gustavo, 2016)</p> <p>La Curaduría como familia Entrevistadora: ¿Y la familia? Graciela: la Curaduría. Amparo: No, Graciela no tiene familia. Nosotros somos su familia y la Curaduría es su familia.</p> <p>La familia de la pensión La familia de ahí (de la pensión) es como si fuera mi familia. Porque ellos son tan especiales, porque te hacen sentir como si fuera parte de su familia. Hasta las mascotas, que se encariñan con nosotros (Mari, 2016)</p> <p>Acá tengo buenos compañeros. Acá está Nicolás, está Pedro, está Alberto. Somos cuatro (Roque, 2016).</p> <p>No, solo la viejita que voy a ver al hogar de vez en cuando, pero nadie más (Isabel, 2016)</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

El análisis de entrevistas permite constatar que el surgimiento del padecimiento se articula con el entorno, con los otros cercanos, sea como falta de contención, abandono, o fallecimiento. A partir de esa configuración del surgimiento de la enfermedad en relación a la falta de otro, aparece en escena el actor judicial, lo cual da lugar a una nueva configuración del entorno social, basada en los vínculos que se crean en las instituciones de salud y en las instituciones judiciales. Entre los elementos que los participantes observan como aspectos positivos para la salud mental se destacan las relaciones con otros y la contención que éstos proporcionan. Gustavo mencionaba:

La contención que me dan los compañeros. El cariño de los compañeros (Gustavo, 2016).

La emergencia de un padecimiento conlleva así un proceso de transformaciones para la persona diagnosticada y también para quienes le rodea a causa del padecimiento. No obstante, en este itinerario terapéutico se establecen nuevos vínculos derivados del mismo. Algunos de estos vínculos son descriptos como dados naturalmente, mientras que en otros casos son impuestos por el médico tratante, por el acompañante terapéutico o por un funcionario judicial.

Con mi hermana, en un tiempo no era un vínculo que podía, que no era bueno. No era un vínculo bueno para mí [pensaba] el psiquiatra. Por la forma de ser de mi hermana (...) Y tampoco le parecía buena la relación con mi madre (...) Y por un lado mi hermana se metía en el tratamiento que eso no le gustaba al psiquiatra. Entonces por un lado era con mi mamá y por el otro con mi hermana (Gabriel, 2015).

Este fragmento es un ejemplo de cómo algunos vínculos no siempre son disueltos por iniciativa de los familiares o las propias personas con padecimiento psíquico, sino que también puede ocurrir que éstos sean interrumpidos por sugerencia de los profesionales, ya que Gabriel se ha desvinculado de su madre y hermana por prescripción de su médico psiquiatra.

3. Los proyectos: “¿Qué preguntas me hacés!”

A continuación, expongo la Tabla 5.3 cuyo contenido refiere al futuro de las personas entrevistadas. Las preguntas disparadoras para conversar acerca de los proyectos fueron las siguientes: ¿Cómo te ves de acá a algún tiempo? ¿Cómo te ves en algunos años? ¿Cómo te imaginás en el futuro? ¿Qué te gustaría hacer, cómo te ves?

Tabla 5.3: El futuro

El futuro	
Cosas sencillas	Haciendo cosas, hacer actividades (Alien, 2016). Bien, abrigadita, calentita, moderna, práctica para vestirme todo (Mara, 2016).
Incertidumbre, fragilidad	Somos tan frágiles que a veces pensar en el futuro es una locura. Porque a lo mejor mañana estoy muerto. Esa es la fragilidad de la vida. Y un poco así, el sentido de vivir lo que uno va pudiendo (...) Si las cosas sencillas que uno puede manejar a veces están sujetas a variabilidad (Roberto, 2016). No sé, más viejo. Más me preocupa un poco la vejez, la decadencia, la muerte, ¿no? (...) Yo cuando tenía su edad estudiaba la muerte de Heidegger y en Sartre, leía teóricamente pero no la experimentaba. Ahora la veo de cerca (Alien, 2016). Me gustaría pasar una vejez tranquila (Alien, 2016; Roberto, 2016). Me mataste ¿Qué preguntas me hacés! (Roque, 2016). Voy a tomar sol, voy a comprar el diario, voy a ir a espectáculo. Sí esto lo estoy pensando ahora porque digo “miércoles”, mirá te podrías haber muerto hace una semana, boluda” (Mercedes, 2016).
Vínculos	Me gustaría pasar una vejez tranquila, acompañado por Clara y pasarla bien (Alien, 2016). Un par de amigos, un poco de felicidad y algo para compartir (Roberto, 2016). Viviendo con Alien (Clara, 2016).
La salud	Me preocupa su salud. Yo soy absolutamente vida sana y limpia (Alien, 2016). Yo pensaba terminar la secundaria, y seguir la universidad, pero no sé si voy a poder, porque tengo a la acompañante, tengo el control psiquiátrico, tengo el clínico. No sé si voy a poder. Son muchas cosas (Belén, 2016). Porque tanta clínica, tanto centro de día, todo el día (Mercedes, 2016).

	<p>Enferma sé que siempre voy a estar, lamentablemente (Mari, 2016).</p> <p>Me pienso de, querer tener mejorías de salud, para estar mejor, poder andar. No abandonarme (Isabel, 2016).</p> <p>Ando medio caída porque tengo esquizofrenia. Hasta que todo para (Mara, 2016).</p>
Factor económico	<p>Tener un poco más de dinero, estar un poco mejor económicamente (...) Para mejorar nuestro nivel y calidad de vida, esa es la idea (Alien, 2018).</p> <p>Para que te voy a decir, me gustaría tener más cosas, pero cuando te llenas de cosas vas a arrastrando una mochila y cada vez pesa más, y a veces no podés. Y yo me he metido en algunas cosas y después digo “¿para qué me complico tanto la vida? si yo no me voy a llevar nada” (Roberto, 2016).</p> <p>De poner manejar mis cosas, mi dinero (Mari, 2016).</p> <p>Y, me gustaría laburar, tener un trabajo. Y mirá, estoy buscando trabajo (Jorge, 2016).</p>
Imposibles	<p>Lamentablemente, cosa que ya no puedo estudiar. Pero terminar mi carrera es imposible, ya es imposible (Alien, 2016).</p> <p>Yo pensaba terminar la secundaria, y seguir la universidad. Pero no sé si voy a poder terminar mi carrera ya es imposible (Isabel, 2016).</p>
Autonomía	<p>Enferma sé que siempre voy a estar, lamentablemente. De no tener que depender tanto de otros. De poder valerme más por mí misma. Me gustaría ser una persona totalmente independiente (Mari, 2016).</p> <p>En mi casa, sin depender de Curaduría (Gustavo, 2016)</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

La descripción realizada hasta aquí permite afirmar que el diagnóstico, en muchos casos, implica un antes y un después en la biografía de los entrevistados. Se ven modificados los diferentes escenarios sociales por los cuales circulan y las relaciones que se producen en los mismos. Como propone Good, es posible deconstruir “las dimensiones del mundo percibido como resultado de un padecimiento severo así como en el proceso restitutivo de reconstruir el mundo” (Good, 1994: 13). El enfermar genera una ruptura en la vida de los sujetos sociales (Salles y Barros, 2013). Esta interrupción en la vida dada por el padecimiento no solo modifica las actividades, sino también las relaciones y las expectativas de cara al futuro. El futuro se relaciona con “el sentido de vivir lo que uno va pudiendo” (Roberto, 2016), mientras que el presente se trata “de vivir al día” (Che Guevara, 2015).

El futuro es resignificado desde la experiencia del presente. La particularidad de este punto es que los entrevistados relacionaron el futuro con las expectativas de alcanzar el bienestar, o sentirse bien. También surge un conjunto de aspectos como “tener un par de amigos” (Roberto, 2016) o la preservación y el resguardo: “estar calentita” (Mara, 2016).

Los fragmentos acerca de los proyectos vitales dan cuenta de que los procesos de

normalización alcanzan al futuro. Pues una vez dentro de la categoría de insania, y, en consecuencia, de los judicializados, desde la mirada de los sujetos no es posible retornar a la categoría de sanos. La etiqueta relacionada con esta sentencia se presenta como crónica. En consecuencia, el diagnóstico se modifica a lo largo de la vida, mientras que la sentencia permanece intacta. Al respecto una de las entrevistadas del Órgano Nacional de Revisión explicaba:

Nosotros trabajamos con personas que hace 40 años están internadas, el otro día me comentaba una persona: 74 años internada. Entonces es muy difícil hablar de capacidad jurídica con alguien que pasó su vida y que lo único que reconoce y que quiere es ese pedacito de pasto que tiene ahí, un árbol, estas paredes. Allá afuera está inmenso, y la seguridad está dentro. El propio recurso existente tiende a trabajar hacia dentro en vez de trabajar hacia afuera (Sonia, ONR; 2018).

En los últimos años, las normas jurídicas de nuestro país promovieron matices respecto de las sentencias en capacidad jurídica, debido a la obligatoriedad de revisar las sentencias de insania, a la luz de devolver la posibilidad de toma de decisiones a aquellas personas que habían sido declaradas insanas o inhabilitadas. Muestra de esto es el análisis acerca de los proyectos enunciados por las personas entrevistadas, a partir del cual se observa que algunos usuarios imaginan un futuro padeciendo el mismo diagnóstico y la misma sentencia, pero otros se permiten pensar proyectos que exceden el padecimiento.

Las categorías que se construyen acerca de las personas con padecimiento psíquico abarcan las posibilidades y opciones de lo que pueden o no pueden hacer. Foucault explica que se crean jerarquías de sujetos, distinguiendo capaces e incapaces: “el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquel a quien se puede corregir, aquel a quien no se puede corregir, el que puede corregirse con tal o cual medio, aquel en quien hay que utilizar tal otro” (Foucault, 2012c: 36). En estos términos una entrevistada decía

En algunos momentos me siento fuera de la sociedad. No fuera, porque estoy en la sociedad, pero me siento que estoy excluida. Yo puedo hacer actividades normales como cualquier persona. Pero a veces siento que la discapacidad, la gente hace que me mire de otra forma (Mari, 2016).

En consonancia con esta configuración de las personas diagnosticadas y judicializadas, Sonia manifestaba:

Ninguno de nosotros es un diagnóstico pero sí lo son las personas que tienen problemas mentales. Lo es para el abordaje de quien lo trata, pero también lo es comunitariamente. Una persona loca es sinónimo de no derecho (Sonia, ONR; 2018).

Esto se refleja en las palabras de las personas entrevistadas, cuando refieren a la capacidad y

la posibilidad de insertarse en el sistema educativo. Belén compartía un panorama desalentador respecto a este tema. Manifiesta que si bien quisiera continuar sus estudios esto no es posible debido a las tareas relacionadas con lo terapéutico:

Yo pensaba terminar la secundaria, y seguir la universidad. Pero no sé si voy a poder, porque tengo la ate, tengo el control psiquiátrico, tengo el clínico. No sé si voy a poder. Son muchas cosas (Belén, 2016).

Mario es otro de los participantes que ponía en cuestión su capacidad para emprender nuevos estudios. En la entrevista manifiesta su intención de estudiar, y su imposibilidad:

Yo preciso que diga negro o blanco, palabras difíciles no puedo (Mario, 2015).

En el caso de María, ella emprende la lectura de Descartes para interrogar al médico y así demostrar su capacidad

El desgraciado, me dice ¿usted sabe lo que tiene? Me lo mire, y le dije si Dr. Tengo esto (golpea la mesa). Porque a sus años el cerebro que esto, que patatín, que patatán, mira le conteste: acabo de hacer una investigación sobre descartes. ¿Vos sabes quién era descartes? Un avanzado para la época y me dio tanta bronca por que el con no sé con qué me tomo el pelo. Es un insulto. Si yo hubiera tenido problemas de salud, no hubiera leído descartes. No lo pude leer todo, porque estuve muy muy mal. Esto (señala la cabeza), no hay derecho que la traumaticen los mismo médicos. Yo lo tengo que leer con tiempo analizarlo y todo eso. Yo lo compre por si tenía que hacer frente a ese médico (María, 2015).

Mari plantea que en un futuro le gustaría no tener curador, pero que en el presente no existe esa posibilidad:

Lo cual no quita que en un futuro me gustaría no tener curador. Pero bueno, sé que por ahora no se puede. A largo plazo digamos. Enferma sé que siempre voy a estar, lamentablemente (Mari, 2016).

El siguiente gráfico sintetiza las ideas de estos tres primeros apartados.

Gráfico 5.1 Desencadenantes, vínculos y futuro



Fuente Elaboración propia en base a entrevistas

4. De los sentidos del padecimiento psíquico a la normalización

Los sentidos en torno al padecimiento se encuentran inmersos en los dominios culturales y los contextos sociales específicos. Desde la antropología médica, Herzlich y Pierrent (1988) consideran que la experiencia individual de la enfermedad no es separable del conjunto de los fenómenos macrosociales. En esta dirección, Menéndez (2009) señala que en todos los conjuntos sociales encontramos la existencia de padecimientos y la búsqueda de modos de comprender y significar estos, así como de prácticas para aliviar o resolver el daño específico. Alves utiliza la noción de *sickness*¹⁹ para referirse al “conjunto de elementos socioculturales que están interrelacionados entre sí (...) un horizonte de significados, conductas e instituciones asociadas a la enfermedad o al sufrimiento” (Alves, 2006: 153).

A continuación expongo el Gráfico 5.2 que resume algunos significados del padecimiento psíquico derivado del análisis de las entrevistadas.

Gráfico 5.2 Significados del padecimiento

¹⁹ En correlación con la distinción realizada por Parsons de dos concepciones: *disease* (la patología desde la mirada médica) e *illness* (la percepción del sujeto acerca de la patología).



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

En las tramas de sentidos del padecimiento se reproducen nociones, proposiciones, conocimientos y valores construidos en los diferentes sistemas de cuidado, que son empleados por todos aquellos individuos que se encuentran en un proceso terapéutico. Las narrativas de los entrevistados permiten constatar que existen modos establecidos de referirse, por ejemplo, a los periodos de crisis. Los brotes, las recaídas o los arranques son señales del padecimiento. Mari expresaba

En el año 2005 comencé con un brote y ahí empezó la enfermedad (Mari, 2016).

Utilizando el mismo término, Joe señalaba:

Mi primer brote fue cuando falleció mi mamá (Joe, 2015).

Asimismo, Isabel se refería a los arranques:

Tengo arranques así, cuando me da bronca algo (Isabel, 2016).

Las personas, una vez diagnosticadas, pueden experimentar recaídas, brotes o arranques que progresivamente aprenden a detectar y gestionar. La capacidad de dar cuenta y prever una situación de crisis es una manera de evitar posibles internaciones, tratamientos o medidas tomadas por el Poder Judicial. En relación a esto Mercedes comentaba:

Una vez tuve recaída y después no me dejaban ir a Buenos Aires. Hasta que ya levante cabeza, y ya no me quedo, salgo (Mercedes 2016).

Por su parte, Gabriel se expresaba:

Pero no salía muy bien de las internaciones. Era como que no terminaba de curarme. O me

largaban antes. De todas maneras, no estaba bien. Igual donde estoy ahora no hay mucha diferencia (...) Y bueno tuve esa primera internación. Salí bastante bien. Después de unos meses de recaídas, salí bastante bien. Y después de esa internación no me recuerdo cual otra tuve. Tuve una en el 2003, no me acuerdo que ahí fue cuando lo conocí a este muchacho que es amigo, y después cuando murió mi madre. En el 2002. Más o menos. Fue una depresión así, un poco de locura (Gabriel, 2015).

Este estudio fue realizado con personas con un diagnóstico de salud mental, que al momento de la entrevista se encontraban estables desde el punto de vista psiquiátrico y viviendo en un contexto extrahospitalario, con tratamientos ambulatorios. Sin embargo, el hospital está siempre presente amenazando la vida de las personas. Al decir de Faraone, “la presencia física del hospital monovalente genera trayectorias que aún lo ubican como un efector más en el engranaje de la asistencia” (Faraone y otros, 2012: 28).

Por eso es que los usuarios elaboran formas de autocuidado para preservarse del hospital, y se responsabilizan del cumplimiento de la prescripción médica. Como indica Sontag “las teorías psicológicas de la enfermedad son maneras poderosísimas de culpabilizar al paciente. A quien se le explica que, sin quererlo, ha causado su propia enfermedad, se le está haciendo sentir también que bien merecido lo tiene” (Sontag, 2012: 27). Las personas entrevistadas han estado más de una vez internadas, pues se trata de una dinámica que se reitera a lo largo de la vida. Por eso es que la internación es siempre una posibilidad. A continuación, un ejemplo de la trayectoria de internación relatada por una de las personas entrevistadas:

Después estuve dos veces internado, en xxx, y después xxx acá, y otras veces en xxx. Todo eso ya en Mar del Plata. Ahí estuve como ocho meses, una clínica muy buena en Buenos Aires. Y después acá. Y ahí estuve cinco o cuatro meses, y me dieron el alta, volví para casa. Y después estuve en la clínica xxx. Y después de ahí estuve como tres veces, y otras veces estuve en xxx. Ahí es un lugar muy feo (Alien, 2016).

La amenaza de la internación también se observa en lo relatado por uno de los abogados del artículo 22 de la LNSM que advertía que la externación depende de la sensibilidad de la institución judicial que intervenga en el caso y plantea también que el sistema no cuenta con alternativas a la internación:

La externación depende del grado de sensibilidad que tenga el órgano judicial que va a intervenir (...) Lo que tenés en Argentina es un programa que básicamente dice que la única respuesta que tenga una persona sea la internación por 20 o 30 días en el mejor de los casos (Nicolás, abogado Art 22: 2018).

La amenaza del hospital no es un fenómeno aislado. Las estadísticas de la región (OPS, 2013) demuestran que el promedio de estadía para América del Sur es de 92 días, para América

Central, México y el Caribe Latino es de 48,5 días y para el Caribe no Latino, de 122 días. En América del Sur, un promedio de 30% de los pacientes de larga estancia han estado internados por más de 10 años, siendo Ecuador el país con el valor más alto (64% del total, ocupando 53% de las camas). Lo cual ilustra la posibilidad de ser internado, tanto por la experiencia personal de cada una de las personas entrevistadas de ya haber residido en un monovalente, como la experiencia de otros que han estado o permanecen internados. Al respecto la referente del Órgano Nacional de Revisión entrevistada explicaba

Este es un país que no tiene datos. Y eso es por algo, porque si todo es incierto es muy difícil. Recién ahora acabamos de participar con el Órgano de Revisión de una forma técnica en la construcción de la ficha del censo. Y en este momento se está censando. Después de 8 años que no hemos podido reunir una información concreta de la cantidad de camas existentes y la cantidad de camas ocupadas así como el tiempo que tiene cada internación (Sonia, ONR; 2018).

A pesar de que la LNSM impulsa la elaboración de estadísticas acerca de la población en manicomios, hoy no existen datos actualizados acerca de la cantidad de personas en instituciones monovalentes ni del período de internación.

5. La experiencia de padecimiento: de la cabeza a la salud mental

A lo largo de los diferentes temas de las entrevistas se mencionaba el término “de la cabeza”. Esto sucedía al referirse a los efectos del padecimiento, al autocontrol y a los efectos de la medicación. Lo cual refleja que la norma que predomina en los modos de vivir un padecimiento se ve atravesada por la clásica y vieja escisión de enfermedades de la cabeza y el resto de los padecimientos.

Se observa en los relatos que la cabeza es independiente de la voluntad, todo aquello que acontece y se relaciona con la cabeza ingresa al ámbito de la incertidumbre. Como expresaba Sonia:

Esto (señala la cabeza) no lo manejas vos, no lo maneja uno, porque sino uno no va a pedir ayuda a un psiquiatra (...) Podes estar rodeada de oro, pero si te enfermas de acá no importa (Sonia, 2015).

María expresaba:

Esto (señala la cabeza), no hay derecho que la traumaticen los mismo médicos (...) me dijo –lo que pasa es que no fue fino- me dijo que mi cerebro estaba viejo. Yo no sé qué cara puse que agarro mi mano y me dijo “¿vio cómo tiene su mano? Al cerebro le pasa lo mismo (María, 2015).

María al hablar de su padecimiento mental, mediante una analogía con una experiencia tangible, asimila el estado del cerebro a la textura de la piel. El relato de María es un ejemplo de la

fuerza metafórica de las enfermedades. “La metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de la otra, es decir que una cosa es o qué es como algo que no es (...) Desde luego no es posible pensar sin metáforas, pero eso no significa que no existan metáforas de las que es mejor abstenerse (Sontag, 2012: 107).

La metáfora evoca sensaciones que nos acerca a una experiencia con todos los sentidos. La idea de que el cerebro está en el mismo estado que la mano se convirtió para el médico de María en una manera para explicar el padecer y transformar la experiencia de padecimiento en algo que pueda ser comunicado. Las metáforas reconstruyen las formas de vivir el padecimiento, y muchas veces como en el caso de María, dejan una marca que años después la persona recuerda y puede comentar.

En el caso de Mari, por ejemplo, observo una relación entre la normalidad y la cabeza. Cuando la normalidad se restituye también es visible en la cabeza:

No sé si fue de un día para el otro se me fueron todas esas ideas, y como que volvió mi cabeza a la normalidad (Mari, 2016).

Desde la perspectiva de Mercedes, cuando uno está enfermo de la cabeza pierde todo tipo de habilidades, por eso expresa

Esa habilidad estando con la cabeza truncada no sé de dónde me salía (Mercedes, 2016).

En consonancia con esto, otros entrevistados decían que la salud mental es

Tratar de estar bien, saludablemente de la cabeza (Belén, 2016),

Es estar fuerte, estar bien de la cabeza, cuerda (Che Guevara, 2015).

Estas significaciones donde se asocia el padecimiento con la cabeza derivan en condicionantes para la toma de decisiones de los usuarios, que consideran que existen imposibilidades procedentes del padecimiento. Mario expresaba:

Todo bien al principio pero después yo no puedo. No puedo exigirme porque entonces. Se me deshilacha todo, se me hace un quilombo en la cabeza (Mario, 2016).

La repetición de la noción del padecimiento asociado a la cabeza expresa la presentación vigente del positivismo en contraposición a una perspectiva que contempla las múltiples determinaciones (biológicas, sociales, culturales) que se conjugan en el padecimiento psíquico.

Para identificar otras aristas –no asociada a la cabeza y al cerebro- y en búsqueda de múltiples determinantes, incorporé la pregunta por el concepto de salud mental. Cuando la conversación se orienta a conocer en términos de salud, las respuestas superan la relación entre la enfermedad y la cabeza o el cerebro. De acuerdo con Galende, pensar en clave de Salud Mental constituye una ruptura epistemológica: “no se trata sólo de nuevas categorías para comprender la enfermedad mental se trata de un cambio en la definición misma del objeto la Salud Mental y por lo mismo del conjunto de las prácticas de intervención Salud Mental” (Galende, 2006: 28). El siguiente gráfico expone la diversidad de formas de significar el término Salud Mental en base a las respuestas de los entrevistados.

Gráfico 5.3 Concepto Salud Mental



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Las respuestas concernientes el concepto de salud mental se relacionan primeramente con el bienestar:

- Es el bienestar de la persona (Gabriel, 2015),
- Sentirse bien (Alien 2016)
- Un estado de bienestar de todo (Mari, 2016),
- El bienestar general (Clara, 2016).

Además, se vincula con la autonomía:

- Es ser una persona independiente (Gustavo, 2016).

Se refieren también al equilibrio y a la estabilidad, articulando ambas la misma con la normalidad y la tranquilidad:

- Es no tener sobresaltos, ni arranques, ni nada (Isabel, 2016),
- Internarme no, es estar bien, tranquilo (Roque, 2016).

La salud mental para Roberto es

dentro de lo que es normalidad que una persona no viva con rasgos de disonancia (...) que tenga una cierta estabilidad dentro de lo que puede ser un grado de normalidad (Roberto, 2016).

La relación establecida entre salud mental y tranquilidad, en oposición a la internación se establece como una prescripción de comportamiento. Los sujetos deben permanecer tranquilos para de esa manera evitar la internación o promover el egreso en caso de encontrarse internado.

Asimismo, se relaciona la salud con los buenos efectos de la medicación:

Yo creo que la mente de la personas, a veces falla. Yo cuando no tenía las pastillas era de otra forma. Y ahora me expreso de otra forma. Cosas que hago, las hago bien. Con la gente me trato más ahora, antes no me trataba, me cerraba. Son muchas cosas sin la medicación (Ximena, 2016).

Al definir salud mental se reitera el eje laboral. Las personas entrevistadas señalan que la salud mental es:

La incapacidad (Che Guevara, 2015),

Y

La imposibilidad de trabajar o de hacer otras actividades (Jorge, 2016).

Además, el concepto invade la vida por completo:

Es lo más importante cuando se pierde eso se pierde prácticamente todo (Joe, 2015).

Algunas implicancias sistematizadas por Mendes Diz (2012) resuenan en esta temática. La primera de ellas es el reemplazo de la curación por la gestión de la cronicidad y de los tiempos biológicos y sociales debido a que los diagnósticos acompañan la vida de quien lo padece, en la mayoría de los casos hasta la muerte. El segundo elemento, como efecto de la gestión de la cronicidad, es que el padecimiento tiñe todas las esferas de la vida social, de la vida cotidiana, de sí mismo y del entorno. El tercer aspecto es la incertidumbre y la evolución incierta que se refleja en las marchas y contramarchas de los tratamientos y de los trámites para el ejercicio de los derechos. En esta línea Grimberg sostiene que “el modelo médico de síntoma-diagnóstico-tratamiento-cura es reemplazado por un esquema de incertidumbre” (Grimberg, 2002: 45).

Como parte de la configuración moral reflejada en la noción de la salud mental aparece también la idea de la higiene:

La mentalidad, la cabeza, el problema, los nervios, vivir mal, la higiene (Mara, 2016).

Se menciona también la locura:

Distintos grados de locura, todo eso es salud mental (Alberto, 2016)

Y se utiliza la metáfora de

Estar con todas las luces (María, 2015).

El concepto de salud mental revela algunas continuidades respecto del análisis de los documentos judiciales, pues reaparece la configuración moral de las personas entrevistadas mediante la articulación de la salud mental con el trabajo, la cabeza, la higiene, la tranquilidad y el modo de relacionarse. En esta coyuntura se cristalizan relaciones de poder ya que las formas de comprender la salud mental expresan de qué manera los padecimientos refieren a significaciones negativas colectivas y derivan en la producción de instituciones que responden a dichas significaciones y controles colectivos.

6. La prescripción de comportamientos, vínculos y medicamentos

Entre sus aportes sobre la temática de la medicalización Foucault señala “cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención, y le exigen una práctica específicamente adaptada” (Foucault, 2006: 21). Por su parte, Conrad (1985) alude que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para tratarlo. Es decir, se buscan soluciones médicas para una variedad de conductas o condiciones desviadas²⁰.

La trama analítica de la medicalización permite comprender los modos en que los sujetos se vuelven campo de intervención de múltiples dispositivos, y cómo se define el ámbito de los padecimientos y de las anomalías. Las transformaciones sucedidas en los procesos de medicalización se reflejan en los itinerarios terapéuticos²¹ de las personas con padecimiento psíquico entrevistadas. Estos itinerarios terapéuticos se extienden a otros ámbitos de la vida, que

²⁰ Desde un enfoque interaccionista investiga la medicalización de la conducta desviada. Es decir, las definiciones cambiantes de la desviación y las consecuencias de estos cambios en la sociedad norteamericana. Le interesan los cambios en las designaciones dominantes de la desviación de categorizar morales, o legales a categorías médicas, es decir, como ciertas conductas llegan a ser definidas como desviadas y como comienzan a ser designadas como formas particulares de desviación.

²¹ Comprendiendo en los itinerarios cómo los sujetos buscan diferentes formas de resolver los problemas de salud: “eligen, evalúan y adhieren o no a determinadas formas de tratamiento” (Alves y Souza, 1999: 125).

exceden el tratamiento, estableciéndose normatividades acerca de cómo deben comportarse las cuales se articulan con un contexto mayor relacionado con la medicalización.

6.1. Las modalidades de autocuidado

Las nuevas modalidades que asumen las estrategias de atención permiten dar cuenta de aspectos vinculados a lo que Rose (2012) denomina individuos somáticos. En las experiencias analizadas se pueden observar prácticas corporales, de autocontrol y de observación de cambios vitales. En los relatos trabajados llama la atención el interés por buscar explicaciones a la experiencia del padecer y la curiosidad por conocer la especificidad que adquiere el tratamiento biomédico.

Los participantes relatan que en un principio, cuando son diagnosticados, no identifican claramente sus vivencias asociadas a la dolencia pero adquieren (gracias a la búsqueda por internet, el cambio de profesionales, la circulación periódica por diferentes instituciones) un alto grado de conocimiento y especificidad para describir su padecimiento. Asimismo, aluden a la necesidad de conocer los modos de autocuidado y saber qué se necesita en cada momento. Como formulaba Mercedes:

No me sé cuidar porque me pasan tantas cosas (...) Cuando vos no estás en tus cabales y te pasaron tantas cosas, no podes dejar de que te atrape (Mercedes, 2016).

En consonancia con la idea de conocer los modos de autocuidado, María decía:

Dentro de poco me van a tener que poner en un globo de vidrio contra todo y ahí meterme (María, 2016).

Asimismo, Isabel realiza una comparación entre el diagnóstico dado por sus profesionales y el que ella se atribuye, lo que le prescribieron y lo que realmente necesita. Lo expresaba así:

Yo no necesitaba psicólogo, necesitaba psiquiatra. Porque tengo una... por ahí me pusieron esquizofrenia, pero no es, esquizofrenia no tuve. Una psicosis fuerte, una psicosis. Pero se me pasó, desde que voy a psiquiatría me alivio todo, mucho la medicación (Isabel, 2016).

Una de las escenas relacionadas a los modos de autocuidado tiene que ver con la internación voluntaria. Clara (2016), por ejemplo, expresa que se internó sola y pidió ayuda cuando ella lo consideraba necesario. Por su parte Alien (2016), señalaba “me di el alta yo solo”, apuntando a la pérdida de tiempo que implicaba el tratamiento.

Las referencias a las prescripciones de psiquiatría están presentes en diferentes narrativas. Roberto refiere a la asistencia a la consulta psiquiátrica como un formalismo que en términos terapéuticos resulta ineficiente:

Cada quince días tengo que ir (...) es un formalismo tonto, porque la verdad que la terapia que estoy haciendo no va ni para adelante ni para atrás (Roberto, 2016).

Clara alude a la incapacidad de los psiquiatras de percibir su estado emocional:

Después que murió mi madre empecé a hacer el duelo de nuevo, cosa que ningún psiquiatra se dio cuenta (Clara, 2016).

A su vez, los entrevistados traen a colación anécdotas acerca de las formas de observar los cambios en el cuerpo, y así prevenir una potencial descompensación. Como señala Good (1994), nuestros cuerpos están fenomenológicamente ausentes en la vida cotidiana, y no es sino a partir de una actitud reflexiva que éste se constituye como objeto. Gabriel expresaba:

Lo que pasa, que en algún momento yo no tomaba mucha conciencia estaba mal. Y han tenido que intervenir los médicos (Gabriel, 2015).

Che Guevara enfatizaba:

Desgraciadamente no puedo seguir drogándome, digo desgraciadamente porque me da miedo la cocaína ya. Y el cuerpo ya no me da para tomar alcohol porque yo tomaría, si el cuerpo me diera (Che Guevara, 2015).

6.2. La prescripción del tratamiento farmacológico

Otro elemento que surge de las narrativas de los participantes tiene que ver con la prescripción del tratamiento farmacológico. Se observa en los relatos la presencia de la medicación: sus efectos, su administración, los horarios pautados para su ingesta y la actuación del acompañamiento terapéutico en su administración.

La medicación es un recurso en el cual refugiarse:

Estoy tomando para dormir porque no puedo dormir, pero sigo porque no viene mal, cualquier cosa que no te sientas bien tenés ahí donde refugiarte (Isabel, 2016).

Mario señala el acostumbramiento a la medicación:

Las pastillas (...) Estoy re acostumbrado. Si hace 10 años (Mario, 2015).

Ximena, expresa los efectos positivos de la medicación en su forma de ser, en su quehacer y en su modo de relacionarse con otros:

Yo cuando no tenía las pastillas era de otra forma. Y ahora me expreso de otra forma. Cosas que

hago, las hago bien. Con la gente me trato más ahora, antes no me trataba, me cerraba. Son muchas cosas. Sin la medicación (Ximena, 2016).

En estos fragmentos se puede observar que los participantes ponen en duda que ciertos comportamientos y percepciones formen parte de su personalidad. Consideran que su conducta es efecto de la medicación psicofarmacológica. Bianchi (2018) toma el concepto de persona farmacológica de Martin (2007) como alguien cuya personalidad está mediada y, de alguna manera, se completa a través de los fármacos que ingiere. Los individuos se transforman mediante el psicofármaco.

Contrariamente, Isabel distingue aquellos elementos que tienen que ver con el diagnóstico psiquiátrico y las particularidades de su personalidad:

Eso ya lo tengo de carácter, ya soy así, soy de carácter fuerte (Isabel, 2016).

En la búsqueda de recursos para comprender el padecimiento, el mismo se transforma en un espacio de simbolización.

En los relatos analizados para esta tesis se observa que la estrategia propuesta por el operador judicial para el tratamiento ambulatorio es el acompañante terapéutico como un dispositivo que en todos los casos cumple el rol de administrar la medicación del usuario o de promover el hábito de administrar la medicación en pos de un específico estilo de vida farmacológico²². Belén destacaba:

Me ayuda Alicia (acompañante terapéutico) con la medicación. Ella me la deja lista, me la trae, y yo la tomo a la hora que la tengo que tomar (Belén, 2016).

Jorge hacía hincapié en el mismo aspecto:

Sí, tengo mi acompañante que me la organiza (Jorge, 2016).

Juana y Mercedes ofrecieron detalles de cómo su acompañante terapéutico gestionaba la medicación.

Este cosito, (pastillero) pero eso se ocupa la acompañante. Mañana, mediodía, tarde y noche. Así, y acá está toda la semana. Y eso la mantiene bien del (...) de aquí (señala la cabeza). Es importante respetar la medicación para estar bien (Juana, cuidadora de Mara, 2016).

María (acompañante terapéutico) me prepara. Ya me tome el de la mañana, después de almorzar

²² Bianchi (2018) siguiendo a Dumit (2012) introdujo como estilos de vida farmacológicos las modalidades de vidas biomédicas que presupone que los sujetos son responsables para administrarse la medicación. La autora considera que se dan diferentes estilos farmacológicos y diferentes modos en los que cada persona se relaciona con la información, con los riesgos, con los hechos y con los nuevos síntomas.

tomo el otro, después tengo también tengo el del neurólogo porque tiemblo, y porque me tiembla mucho. Ese me da la neuróloga, y X para mantenerme así, que te afina que es para la enfermedad del psiquiatra. Esto me lo prepara ella. Tengo dos (pastilleros). Otro me prepara el miércoles. Siempre tengo uno que uso y uno sin tocar. Eso es esencial también (Mercedes, 2016).

Una profesional entrevistada consideraba que no siempre la incorporación de un acompañamiento terapéutico se encuentra inserta en una estrategia terapéutica:

Está todo dirigido por los [acompañantes] terapéuticos, pero esto es el resultante de no existir una política pública que tienda al apoyo. El puente que encontraron para hacer un “como si” es el acompañante terapéutico que a veces ni siquiera está dentro de una estrategia terapéutica (Sonia, ONR; 2018).

6.3. Las prescripciones de los comportamientos procedentes de la internación

En el marco de las prescripciones de los comportamientos, la internación es un escenario que las personas entrevistadas recuerdan como un espacio de aprehensión y reproducción de conductas esperadas por las instituciones. Las personas entrevistadas describieron la rutina en la que

No se observan muchas actividades (Gabriel, 2015).

Fumando y caminando, fumando y caminando, eso es lo que se hacen cuando estas internada, no hay otra. Yo por eso he fumado tanto, porque no hay otra (Mercedes, 2016).

Me ponía a tomar mate, a fumar, a tomar mate, fumar, tomar mate, fumar. Ir al comedor a cenar, almorzar. Nada más. Así es. No se hace nada (Ximena, 2016).

Mari relata:

A la noche cerraban las puertas de las habitaciones con llave. Y a las siete de la mañana las abrían. Y a las ocho daban el desayuno, uno podía estar ahí, fumar. Después te daban el agua para los termos del mate (Mari, 2016).

Es interesante el caso de Mercedes, que no solo cumple estrictamente con el tratamiento, sino que incentiva a otros para que adhieran al que le han asignado. La participante comenta que asistir y responder a la prescripción médica es el medio para mejorar la salud y conseguir el alta de una internación, sea por los efectos positivos de cumplir con el tratamiento, o por ser una muestra de obediencia a las pautas indicadas por los médicos.

Yo soy una persona pacífica y que asisto a todas las terapias. Cuando estaba en la clínica le decía a compañeras: “vayan, vayan, asistan” porque se quejaban que no las atendía el médico, que no las dejaban salir. Una me hizo caso, yo me enteré que empezó a asistir. Hacía años que estaba ahí adentro, y empezó a asistir y salió (Mercedes. 2016).

Además, se observan formas específicas de medicar al interior de la internación que se relacionan con ser obediente. Se debe “permanecer tranquilo” (Gabriel, 2015) y “no hacerse la loca” (Ximena, 2016) porque ambas cuestiones se relacionan con formas abusivas de medicación:

Te ven tranquilo bien, entonces nada (Gabriel, 2015); en las internaciones si te hacés la... (Piensa la palabra), bueno te lo digo ‘la loca’, si te hacés la loca te atan y te ponen pichicata (Ximena, 2016).

Me empezó a desvariar, que no toma los remedios, se salió de los carriles (Juana, cuidadora de Mara, 2016).

En la internación transcurren los días fumando y tomando mate, y se aprende a estar tranquilo, a no hacerse la loca.

Clara (2016) a partir de su experiencia utiliza la expresión “medicación para pobres”:

En el hospital te dan lopidol [Halopidol©], y eso está prohibido por la ley, y eso te parte. Un médico me dijo que tengo destruido las funciones cognitivas en porcentajes muy altos. “Porque le estuvieron dando papelitos” “¿Qué es papelitos?” Medicación para pobres (Clara, 2016).

En consonancia con Clara, Roberto señalaba la desigualdad reflejada en el sistema de salud

Tal es la importancia que le da el país a la salud, tal es la importancia que tienen los enfermos para la salud (Roberto, 2016).

En relación a un tema ya tratado, tal como es la amenaza de la internación psiquiátrica, otro elemento relacionado y recurrente en las narrativas fue el alta de las internaciones. Los entrevistados comprenden que la falta de recursos es un condicionante para el egreso de las internaciones. En este sentido, la externación depende de políticas públicas en materia habitacional y contención social. A continuación, expongo dos fragmentos de Roberto y Gabriel que dan cuenta de esto

Roberto: yo noto que han soltado a la gente. Pero que no le dieron una contención. Les abrieron las puertas y “arréglense como puedan.

Entrevistadora: y ¿Qué contención pensas que se necesita?

Roberto: ponele, los acompañamientos terapéuticos ayudan, tener una casa, porque si no ¿Dónde vas a dormir? Y Así (Roberto, 2016).

Yo tuve la suerte de que hayan tramitado la pensión y arreglé el departamento y me vine a vivir acá. Pero espero que sí, hay varias personas que estaban institucionalizadas que han salido, por lo que me cuentan (...) Se crearon muchas medidas de descontrolar, y pasó de algunas personas que ahora son indigentes de la basura, se ve eso, mucha gente indigente que eran los que estaban internados. Por ejemplo, esas cosas. También yo pienso que no es la solución. O sea, tiene que tener una vida. Un protocolo de vida (Gabriel, 2015).

La mención a los recursos habitacionales se reitera en otros relatos. Carlos, funcionario de la CO, en el contexto de la entrevista refería a la externación. Desde su punto de vista:

Más allá de que se declara la desmanicomialización, a la hora de buscar esa institución que lo reemplace, o que lo supla, no apareció. Es más, el hospital por momentos ha buscado la forma en que ese egreso se haga, pero ese egreso ha pasado que arroja a la persona a una situación de mayor vulnerabilidad (Carlos, CO: 2018).

La contracara de la internación, señalan, es la falta de políticas públicas de inclusión social, más precisamente de recursos habitacionales.

Clara señalaba

Estaba leyendo a Bayerar [Bachelard] y lo que dice de la casa (...) habla de la intimidad y la noción de vivienda, de hogar. Habla muy bien del ámbito: ¿Acaso no es bella también la humilde morada? Tiene su belleza la pobreza, su estética?. Y decía cómo uno pone una mesa acá, y ya es tu casa. La poética del espacio (Clara, 2016).

Ante esta situación de ausencia de una política habitacional para los egresos de las internaciones y contrariamente a las normativas de Derechos Humanos y Salud Mental otro profesional de la CO señalaba

No conozco políticas públicas que se hayan implementado en este sentido, excepto tal vez la apertura de nuevos servicios psiquiátricos monovalentes (Ricardo, CO: 2018).

La apertura de nuevas instituciones monovalentes infringe la LNSM, y como enuncia otro de los profesionales entrevistados, abogado del artículo 22 de la LNSM,

La ley conceptualiza la salud mental y se aleja de todo el paradigma médico. Abre a una rama de recursos terapéuticos asistenciales y sociales que hasta ese momento venían siendo menospreciados y hace un cuestionamiento muy fuerte a los monovalentes (Nicolás, Art 22: 2018).

Las personas judicializadas entrevistadas también manifestaron una posición crítica en relación a la internación.

Son lugares concentracionales esos. Ahí te encierran. Tienen que cerrar esos lugares, y mandar a la gente a otro lado (Alien, 2016).

Gabriel señalaba

lo que pasa es que es un gran negocio las internaciones clínicas entonces van a seguir existiendo (Gabriel, 2015).

Por su parte, Roberto al preguntar si la clínica en la que estuvo internado era privada responde:

Es privada de servicio. Ahí meten todos en la misma conejera (Roberto, 2016).

La internación involuntaria es más frecuente, y en esta cobra sentido el rol de la policía y de la orden judicial. Alberto mencionaba:

La policía, me ha tratado mal en las internaciones (Alberto, 2016).

A propósito, Gabriel ofrecía detalles de la internación por orden judicial llevada a cabo por la policía:

La jueza dicta una orden de evaluación, con la posibilidad de que la persona sea reevaluada. Con eso te viene a buscar la policía y si no te llevan por la fuerza. De buena manera te dicen te llevamos y te traemos. Y te llevaban y olvídate. Y si no está el médico, te dejamos para ver cómo sigue, y ya después se te va complicando la internación (Gabriel, 2015).

Es interesante destacar la visibilidad de las diferentes lecturas de la internación al interior del Poder Judicial que se plasma en disímiles perspectivas acerca de las prácticas institucionales. Las personas entrevistadas han estado más de una vez internadas, pues se trata de una práctica que se reitera a lo largo de la vida. Por eso es que la internación es siempre una posibilidad. La internación es una de las prácticas más mencionadas, sin embargo, en pocos relatos emerge como una práctica terapéutica.

Algunas conclusiones

En este capítulo analicé los primeros sentidos en relación al padecimiento desde la perspectiva de los entrevistados, los significados asociados al padecimiento y la resignificación de los proyectos vitales mediados por la experiencia de padecimiento psíquico. Asimismo, consideré las normatividades acaecidas por el diagnóstico y la prescripción del comportamiento, medicamentos y vínculos como un área clave a la hora de establecer formas de control. Todo ello concluye en la configuración moral y el desarrollo de un quehacer de las personas diagnosticadas y judicializadas.

Margulies, Barber y Recoder (2006) indican que, en principio, la dolencia se vincula a la presencia de un malestar, como una expresión directa de que algo no anda bien, y que con el correr del tiempo este malestar se redefine como experiencia a partir de la cual se resignifica la vida por completo y se construyen nuevas formas de vivir con la enfermedad. Esta experiencia se expande en varios sentidos. Uno de ellos se relaciona con la incorporación de las normas en el transitar por el sistema de salud para el acceso a recursos relacionados con su dolencia. Normas impuestas a quien padece, relacionadas con las prácticas que se espera de sí.

Los pacientes con dolor crónico se involucran profundamente con el sistema de cuidado de la salud y persisten en la búsqueda de alivio y de un tratamiento eficaz (...). Para muchos de ellos, el sistema de salud y los sistemas de seguros y asistencia social ocupaban la mayor parte de su tiempo y de sus actividades (Good, 1994: 10).

El otro sentido de la experiencia se puede identificar como adherencia al tratamiento. Como expresa Grimberg “los sujetos afectados deben reorganizar el conjunto de su vida cotidiana incluyendo las condiciones y limitaciones de estos tratamientos” (Grimberg, 2002: 45). La experiencia de gestionar recursos en el sistema y adherir a los tratamientos indicados, contribuye con la construcción de la moralidad de quien es diagnosticado y transita por el sistema médico-judicial. En relación a esta cuestión, un funcionario de la CO en el contexto de entrevista señalaba las dificultades a la hora de realizar los trámites:

Hay un ministerio que se llama Desarrollo Social de la Nación donde una pensión por discapacidad que, después de un trámite más o menos engorroso, se otorga. No es que no se otorga (Carlos, CO: 2018).

La búsqueda de un comportamiento acertado por parte de las personas entrevistadas para cumplir con lo establecido en la intersección judicial-biomédica, se produce mediante la sensación de vigilancia constante, visible pero inverificable. Los vínculos que posee la persona luego de su diagnóstico comienzan a circunscribirse al campo médico-judicial. Asimismo, la automatización del cumplimiento de las prescripciones de medicamentos, de las relaciones y de los comportamientos se convierten en “el principio de su propio sometimiento” (Foucault, 2002: 187). En consecuencia, la forma de modelar los comportamientos y los deseos de los sujetos al interior de las instituciones no tienen que ver exclusivamente con lo punitivo y correctivo, sino con gestionar la vida en el campo extrahospitalar.

En esta clave hay que entender cómo es que el comportamiento de los sujetos está orientado no solo por el cumplimiento del tratamiento, sino por prescripciones que incluyen: las compañías en la vida cotidiana, la higiene, la administración de los psicofármacos, entre otros elementos que exceden lo clínico y lo administrativo-judicial. Como expresa Bianchi, citando a Rose: “Como resultado de las transformaciones en la biomedicina en Salud Mental se otorga relevancia diagnóstica a cuestiones que no son clínicas y psiquiátricas sino sociales y cotidianas como el historial escolar, el desenvolvimiento social las características de la vida afectiva y familiar la capacidad de administrar el dinero y las conductas pasadas” (Rose, 1996 en Bianchi, 2018: 234).

En este sentido, el padecimiento psíquico no es modelado ni por el Poder Judicial ni por el poder sanitario de modo excluyente, sino que atraviesa ambos campos transversalmente. Una de las personas entrevistadas señalaba al respecto:

Son el matrimonio perfecto, que, como siempre digo, toda la vida se quiso divorciar. Pero no

hay juez o jueza que vaya a tomar una decisión y atrás no tiene un dictamen de un médico que le asegure una cuestión diagnóstica, y no una cuestión integral de esa persona (Sonia, ONR; 2018).

Puede observarse cierta configuración de la persona con padecimiento psíquico que es modelado por una episteme transversal tanto al campo médico como al campo judicial con las especificidades que se encuentran en cada institución en tanto “las relaciones de fuerza o de poder son microfísicas, estratégicas, multipuntuales y difusas” (Deleuze, 1987: 63).

El concepto de biopoder desde la perspectiva de Foucault es clave en esta lógica, ya que no hay un responsable específico quien se ocupe de modelar y establecer las normas morales de cómo deben comportarse las personas que han sido diagnosticadas y judicializadas. Este poder no se ejerce de forma individualizada, no le pertenece a nadie. Su efecto se difunde a través de una red compleja, una capilaridad de dispositivos y que atraviesan a quienes se los aplica como a los que se encargan de aplicarlo. Todo ello da cuenta que lo disciplinario no puede identificarse en una institución concreta sino en un tipo de poder que se expande en todo el engranaje del aparato institucional.

Capítulo 6: Las experiencias y trayectorias en el ámbito judicial de las personas con padecimiento psíquico

Introducción

En este capítulo caracterizo y analizo las experiencias y trayectorias de las personas con padecimiento psíquico en el ámbito judicial. Esto incluye la comprensión inicial sobre el campo judicial y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria, las modalidades para lidiar con el campo y la construcción de la investidura para resolver situaciones judiciales. También rastreo cómo se da la participación en la toma de decisiones.

Asimismo, analizo la relación que establecen las personas entrevistadas con algunos documentos, como son las sentencias judiciales. Desde el punto de vida de los participantes, los documentos son comprendidos como herramientas para explicar y ratificar las vivencias compartidas a lo largo de su relato. Las personas entrevistadas explican la necesidad de llevar consigo estos documentos en su vida cotidiana, ya que resultan imprescindibles para realizar cualquier tipo de actividad diaria. Finalmente, expongo sus apreciaciones acerca de las normas jurídicas y las transformaciones acaecidas en la práctica.

1. Circunstancias relacionadas con la sentencia judicial: “Por lo menos podía comer”

A continuación, expongo la Tabla 6.1 sobre las primeras circunstancias en las que las personas entrevistadas acuden a la CO.

Tabla 6.1 Circunstancias en que acuden a la institución por primera vez

Circunstancias en que acuden a la institución por primera vez	
Desvinculación o fallecimiento del familiar	<p>Cuando me peleé con mi familia (Rocío, 2016).</p> <p>Ella dijo “no, no me voy a hacer cargo de él” (Mario, 2015).</p> <p>Por distintas circunstancias termino internada en una clínica psiquiátrica, y a mi mamá la internan en un geriátrico. Ahí se hace cargo esta persona xxx de mis cosas. Hasta que había una situación de maltrato verbal más que nada. Entonces, me llego a mí, me avisaron que iba a tener el curador oficial (Mari, 2016).</p> <p>Desde que se fue mi mamá, porque ella era mi curadora. Cuando ella se va deja de ser mi curadora, entré en curaduría (Mercedes, 2016).</p> <p>Iba a ser mi mamá mi curadora y mi mamá falleció. Entonces busqué un abogado (Belén, 2016).</p> <p>Primero pase a la curatela de mi madre y ella era muy anciana. Después ella falleció, y bueno me asignaron como Curador oficial (Alien, 2016).</p>
Estafas	<p>A mí me estafaron y me hicieron pasar por loco. Cuando estuve internado, vendieron todo de mis padres y se quedaron todo mi hermano, me hicieron firmar (Joe, 2015).</p> <p>Con mi familia también todo mal (...) Vos sabes que me estafaron a mí también cuando estuve mal, hicieron una donación, o sea mi madre le donó a mis hermanas dos departamentos, a mí me</p>

	<p>dejaron sin nada (Che, 2015).</p> <p>Usurparon la casa dos veces, y un señor la vendió. Avisó un vecino (...) Y mi mamá le fue a pedir ayuda al juzgado, y un mes estuvo pidiendo ayuda. No sé cómo hizo que fuimos a Curaduría (Mara, 2016).</p> <p>Una señora que yo le alquilaba la pieza me dijo que me estafaban y me llevó a la Asesora de incapaces y ahí la Asesora me hizo un curador y ahí conocí la Curaduría (Gustavo, 2016).</p>
Gestión de trámites	<p>Me anoté para esa, ¿cómo es que se llama? tipo un subsidio. Y después vino la pensión. Y después falleció ella [madre] y yo hice todos los trámites para que me den la pensión derivada. Y ahí aparece la curaduría porque para hacerme la pensión derivada tenía que buscarme un Curador (Belén, 2016)</p> <p>Por mi hermano. Él trabajo con el asistente social cuando el creaba pueblitos (...) Y yo le dije al asistente social y me dice “en Curaduría se hace la sucesión gratis” (Clara, 2016).</p> <p>Cuando me certifican de discapacidad, dos años después (...) Y ahí se hizo un pedido de insania (Gabriel, 2015).</p> <p>Me vinieron a entrevistar y le dijo de hacerme una pensión por discapacidad (Belén, 2016).</p> <p>Nos mandaron a Córdoba en la otra punta y nos mandaron a Rawson a otra vez, hicimos trámites (Mara, 2016).</p> <p>No tenía ningún recurso económico propio, más que la pensión de mi madre. Y bueno [la trabajadora social] me dijo “yo te voy a conseguir un subsidio por discapacidad”. Y ya tenía PAMI, como hijo discapacitado, entonces me mandaron ahí a la CO de Alienados, y me dijeron que hable con el licenciado xxx. Y dicho y hecho. Hablé con él y a los dos meses me dieron el subsidio (Alien, 2016).</p> <p>Hace veinte o quince años que empecé con psiquiatría, por eso me consiguieron el subsidio en Curaduría, y después lo que yo no podía conseguir en la pensión. El [Curador] fue el milagroso que me la sacó. Me hizo los trámites (Isabel, 2016).</p>
Derivación de otro profesional	<p>Hace 20 años más o menos, después de la internación en el X (Joe, 2015).</p> <p>Y hace veinte años, o un poco más (...) Acá conocí una asistente social de la municipalidad, una mujer que me salvó la vida. Habló con personas de la Defensoría, y así me dijeron de Curaduría. Yo no sabía, no entendía nada de todo eso. Y que me tenía que hacer un estudio, ¿Cómo es que se llamaba? ¿Psiquiátrico? No, una pericia (Isabel, 2016).</p> <p>Me dijeron “porque no haces el trámite de pensión de tu mamá” (...) Una abogada me hizo todos los trámites y me dice “Bueno vení hoy, y otra vez, porque tienen que ser dos veces. Y terminás los trámites. Tenés que ir a Brown y Tucumán”. Fui a preguntar, me dice “Ya está lo tuyo, está todo. Ya a Curaduría. Ya para Curaduría, ya tenés todo allá, tus papeles están todos allá” (Roque, 2016).</p>
Decisión del Juez	<p>Tengo tutoría, vinieron una vez el doctor que representa a la jueza y estuvo un rato conmigo y vio que acá funciona bien (...) Hemos llegado a un arreglo, que mientras viva acá yo necesito del Tutor (María, 2015).</p> <p>Y creo que fue cuando el juez falló la causa. Empecé a ir a Curaduría (Roberto, 2016).</p> <p>Me mandó un Juzgado de pobres y ausentes (Mara, 2016).</p> <p>No, no sabía. Sabía que había un proceso, que había un juez por medio. Pero no tenía ni idea de</p>

	que iba a ir a parar a Curaduría (Roberto, 2016).
	Me mandé una porque robé y empezó la causa penal, porque me mandé una penal, me robé una cosa, y me mandaron con un juez, y por estado de neurosis (Che, 2015).
Los vecinos	Se mandaron una y me hicieron un juicio por demencia senil. Salió de acá, del edificio. Unos cuantos querían el departamento y echarme de acá. Fue con la comisión directiva y el administrador (María, 2015).

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Las circunstancias en las cuales las personas entrevistadas arriban al Poder Judicial, específicamente a la CO, se relacionan con: la desvinculación o fallecimiento de un familiar, algún tipo de estafas, la imposibilidad de realizar una gestión o trámite, la derivación de un profesional de otra institución, y finalmente la denuncia de vecinos. Carlos, referente de la CO, relata cómo es que los casos llegan a la institución:

La Curaduría trabaja con una dependencia del Poder Judicial que trabaja en los expedientes, en los expedientes no, en los casos en que hay personas que tiene expedientes judiciales donde después de una sentencia donde se restringe esa capacidad no se encuentra un familiar o no se encuentra con recursos idóneos para representarlos (Carlos, CO: 2018).

Las circunstancias descritas por las personas entrevistadas coinciden parcialmente con las observadas en los documentos judiciales. Mientras que los entrevistados proporcionan detalles de sus comienzos en la trayectoria judicial, los legajos judiciales son más homogéneos, circunscribiendo los relatos al fallecimiento del familiar a cargo, al diagnóstico de la persona en cuestión o a la incapacidad que este diagnóstico produce.

Por ejemplo, de acuerdo al legajo judicial de Gabriel, él recibe la sentencia de insania por poseer un diagnóstico de esquizofrenia, y tras excusarse su hermana asume su representación el Estado. Asimismo, María, tras fallecer su madre, recibe su sentencia mediante un juicio de insania solicitado por la Asesoría de incapaces, y en el informe de solicitud declara el motivo del pedido: poseer un diagnóstico de psicosis crónica, que de acuerdo al documento “la incapacita 90% para el desempeño de las actividades cotidianas”²³. Por último, Joe recibe la sentencia de inhabilitación por un diagnóstico de psicosis y, tras excusarse su familia, es designado en su representación la CO. Carlos explica la uniformidad característica de las sentencias judiciales:

Antes era todo mucho más estático. Las sentencias eran plantillas que se fotocopiaban, se completaban campos y salían todas iguales. Esta plantilla lo que hacía era generalizar casos que encajaban en preconceptos, no por la ley a los que se le daba una respuesta que era bastante homogénea, se restringía la capacidad o se lo inhabilitaba. Hoy por hoy eso se hace y se da una

²³ Solicitud de Insania de la Asesoría de Incapaces. Mar del Plata, 1999. Encontrado en Legajo judicial. Fecha de consulta: junio 2015

mirada sobre el caso particular un poco más profunda. Las sentencias obviamente hay cuestiones procesales que se tiene que respetar que son bastantes iguales (Carlos, CO: 2018)

El análisis de los relatos de las personas judicializadas permite constatar que no se dieron grandes transformaciones en materia de Capacidad Jurídica a partir de las normas jurídicas de los últimos años. Ningún entrevistado hizo hincapié en la CO como un sistema de apoyo en términos formales, a pesar de que una de las personas entrevistadas posee sentencia de determinación de Capacidad Jurídica. Los participantes arriban por primera vez a la institución desconociendo los motivos o la tarea concreta de la misma, y sin participar de la toma de decisiones del proceso judicial. Sonia, referente del Órgano de Revisión comentaba:

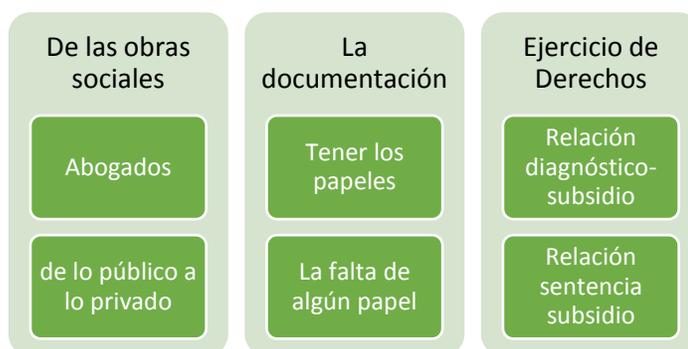
Vos podés en esta transición, donde todavía el Poder Judicial tiene tanta importancia en el momento, construir las sentencias con la persona. Vos podés socializar la sentencia, pero es otra mirada. Es una mirada que se tiene que desprender de lo que es el propio imperio sin perderlo, y otorgarle mi poder a la persona para construir un instrumento que le permita accesibilidad (Sonia, ONR; 2018)

Por otro lado, en todos los relatos puede observarse que la llegada a la CO bajo cualquier sentencia, significó mejorar la calidad de vida, acceder a un derecho y/o resolver un trámite. Algunos entrevistados, además, destacaron la contención que produce ser respaldados por una institución judicial que los asista ante cualquier tipo de problema. A pesar de que las sentencias, en su mayoría, implican la pérdida del ejercicio de la Capacidad Jurídica, para las personas entrevistadas esto es una cuestión menor. Como da cuenta el próximo apartado, la reticencia a lo impuesto se detecta más en la atribución de diagnósticos que en la asignación de sentencias.

2. Modalidades para lidiar con la burocracia: “te vamos a dar un diagnóstico pero no te asustes”

A continuación, expongo el Gráfico 6.1, el cual resume las modalidades para lidiar con la burocracia construidas en base a las entrevistas realizadas.

Gráfico 6.1: Lidiar con la burocracia



Fuente Elaboración propia en base a entrevistas

En la trayectoria del padecimiento las personas buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su dolencia de acuerdo a los recursos disponibles. Uno de los efectos de la peregrinación por la burocracia para acceder a los recursos necesarios es la experticia en temas de gestiones e instituciones médicas y judiciales. Comprendo la expertización como:

El proceso mediante el cual tales personas (con vivencias de enfermedades crónicas) van adquiriendo un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo en la materia, es decir los profesionales. Dichos conocimientos pueden ser “discursivos” (que pueden expresarse en palabras) o “prácticos” (conocimientos tácitos, saber-hacer) (Pecheny, Manzelli y Jones, 2002: 32).

Esto se traduce en el conocimiento que los entrevistados manifestaron sobre qué decir, ante quién y cómo para obtener las respuestas esperadas y, de esta forma, sobrellevar diferentes situaciones a lo largo de su trayectoria de padecimiento. Esta expertización es uno de los efectos de recorrer y relacionarse casi exclusivamente con el campo médico-judicial.

Al momento de realizar una gestión los usuarios conocen que deben llevar determinada documentación, por ejemplo, el certificado de discapacidad, el diagnóstico y el carnet de obra social. Si visitan la CO saben que deben ir en condiciones adecuadas de higiene, porque este es uno de los aspectos que observan los profesionales que los atienden. Asimismo, conocen los psicofármacos que toman y pueden referirse a estos sin necesidad de leer la receta. Además, muchos utilizan lenguaje técnico, lo que también permite dar cuenta de esta experticia. Refieren a expresiones como “tratamiento farmacológico”, “desmanicomialización”, “equipo interdisciplinar” y “tratamiento ambulatorio”. También están informados sobre los diferentes diagnósticos que han tenido o tienen actualmente, de acuerdo a quién va dirigida la información.

Durante la entrevista, Mario (2016), recordaba como un aspecto relevante que, desde la

obra social, le sugirieron que buscara un buen abogado para poder sobrellevar su situación (Mario, 2016). Isabel (2016) asocia adquirir la pensión por discapacidad con el hecho de contar con la obra social PAMI, lo que le permitió “salir del hospital” para asistir a un psiquiatra particular.

Para poder lidiar con las burocracias es significativo “tener los papeles”. Como resume Mario:

El señor, problema mental, el código, y mi nombre (Mario, 2016).

Si no se conserva y presenta la documentación, el sistema de salud te expulsa

Yo tengo un problema con el sistema de salud. Porque cada vez que voy a hacer un trámite siempre te falta un papelito (Mari, 2016).

Gabriel, desde su experticia, relata cómo es el proceso de evaluación para la renovación de su carátula judicial. Según Gabriel (2015), cada cuatro años lo citan, la jueza dicta la orden de reevaluación. La persona citada puede ir por su propia voluntad o, en caso contrario, la traslada la policía.

Asimismo, para el ejercicio de cualquier derecho, como el acceso a un subsidio, se plantea la necesidad de la sentencia judicial. Clara señala que su médica psiquiatra la deriva al Poder Judicial para que, mediante una sentencia, le resulte viable el acceso a un subsidio. También Alien señalaba que atravesó dos juntas médicas

[D]e discapacidad, y de insania. Insania o insanía, no sé cómo se dice. Ahí me pusieron psicosis esquizofrénica crónica o psicosis crónica, y otra vez me pusieron trastorno bipolar (Entrevista a Alien, 2016).

Nicolás, abogado del Art. 22, en el contexto de entrevista dio a conocer su punto de vista sobre este problema.

La curatela viola derechos (...) No pueden pedir la curatela para pedir una pensión. Toda una serie de cuestiones que es producto de la vieja estructura (Nicolás, Abogado del Art. 22: 2018).

Desde esta perspectiva, una de las prácticas tutelares, que continua vigente en el sistema judicial en colaboración con otras esferas del Estado, es el otorgamiento de sentencias que restringen la Capacidad Jurídica para el acceso a un derecho.

De igual manera, también se plantea una relación entre el acceso a un subsidio y el diagnóstico. Una persona entrevistada señalaba que le dieron dos diagnósticos:

No le llevo el apunte, a lo mejor lo ponían para conseguir las cosas más rápido (Isabel, 2016).

En el mismo sentido, Mercedes (2016) comentaba que posee un formulario que expone su

diagnóstico, con el cual puede acceder a usar transporte público. En entrevista Clara también expresa su diagnóstico, y lamentándose cuenta:

Me dieron ese diagnóstico pero por lo menos podía comer (Clara, 2016),

Ello debido a que le indicaron un diagnóstico para poder acceder a un subsidio que le permitiera solventar las necesidades básicas. Según lo relatado por las personas entrevistadas, el diagnóstico es una condición para concretar gestiones burocráticas específicas. Clara hacía referencia al comentario del profesional que la diagnosticó:

Te vamos a dar un diagnóstico pero no te asustes (Clara, 2016)

Mercedes también trajo a colación un comentario de su médica-psiquiatra:

La doctora decía “Me duele poner eso, para ganar la pensión” (Mercedes, 2016).

La enfermedad trae consigo “una identidad que debe ser asumida, adquirida e impuesta a los otros” (Sontag, 2012: 24). El problema es que determinadas dolencias se vuelven sinónimo del mal, como algo vergonzoso, como un castigo, como algo injusto, como una traición del propio cuerpo (Sontag, 2012). El diagnóstico duele o asusta (tanto a quien recibe el diagnóstico como a quien lo da) porque produce un estigma que significa apartarse de los “normales”, que sí cumplen las expectativas particulares. Goffman (2015) refiere al acto perceptual de ubicar a un individuo como poseedor de una identidad social particular

Un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto. Dar el nombre de normales a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión (Goffman, 2015: 17).

Otro elemento llamativo de los relatos de los participantes se relaciona con la posibilidad de acceder a documentos judiciales y clínicos. Este aspecto se presenta como un indicador del grado de participación de la persona judicializada en la toma de decisiones de la institución. Algunos entrevistados referían a la imposibilidad de hacerlo:

Es que no se puede, es secreto profesional, es reservado (Alien, 2016),

No, nunca ¿Puedo? (Belén, 2016),

La historia clínica no, nunca accedí (Mari, 2016).

Solo Mari respondió que posee copia de documentos judiciales originales, aunque subraya

que no tuvo acceso a todo:

He visto escritos, sí, sí. Incluso me han dado copias. Pero de todo, de todo el proceso no (Mari, 2016).

En consonancia con la falta de seguimiento de los trámites y tratamientos, una de las personas entrevistadas relataba la estrategia elaborada para poder producir un registro documental de las intervenciones médicas que consiste en llevar consigo un cuaderno donde queda registrada cada intervención. El siguiente fragmento es de Marina, la acompañante terapéutica de Ximena:

En el hospital, como el psiquiatra la atiende de tarde y como la parte administrativa no está funcionando, no tiene la historia. Pero desde que yo la acompaño a la consulta, implementamos el cuaderno. Entonces cualquier cosa que ella se haga, sea con el clínico, el psiquiatra, pegamos todo ahí, consulta, receta. Ella tiene su propia historia clínica portátil. Y la verdad que ha sido de gran utilidad. Y se ha hecho una visión un poco más global (Marina, 2016).

Goffman constató, que para “establecer su identidad personal, el individuo puede llevar documentos que consignent ciudad, una licencia para emplearse en actividades, o podría también ser un documento que informa sobre el estado de salud” (Goffman, 2015: 82). La documentación que los individuos llevan consigo es información que transmite su identidad, una identidad documentada que “establece limitaciones definidas en la forma en que un individuo elige para presentarse” (Goffman, 2015: 84).

La estrategia implementada por Marina, la acompañante terapéutica de Ximena, es producto de la necesidad de documentar las transformaciones acaecidas a lo largo del tratamiento, en un contexto institucional que no registra sus propias prácticas y que no identifica a sus pacientes. Este documento, en proceso constante de construcción, elaborado por Marina y Ximena, contiene todo tipo de cuestiones relacionadas con la salud de Ximena (las prescripciones médicas, las visitas a las diferentes especialidades). La “historia clínica portátil” también evita las reintervenciones que se ocasionan cuando se carece de una identidad documentada y se transita muchos años por las instituciones judiciales y de salud.

3. El diagnóstico judicial: “El diagnóstico que me pusieron”

La siguiente tabla sintetiza las ideas en torno al diagnóstico. En la misma se puede observar cómo el diagnóstico es formulado a fin de conquistar algunos derechos en el campo judicial.

Tabla 6.2 Características del diagnóstico

Características del diagnóstico

<p>Externo</p> <p>Impuesto</p>	<p>La psiquiatría es un poco atrasada y medio como autoritaria, y cree que el paciente es una cosa inferior al cual hay que mirarlo desde arriba. Como una rata de laboratorio. Y no te dan explicaciones ni nada. Te enchufan diagnóstico y no te consultan ni nada (Alien, 2016).</p> <p>Al principio bastante bien, me costó aceptar (Mari, 2016).</p> <p>Mi diagnóstico es como es esa palabra, esquizofrenia. Me dijeron eso en el 2007, creo (Belén, 2016).</p> <p>Ahí me pusieron psicosis esquizofrénica crónica o psicosis crónica, y otra vez me pusieron trastorno bipolar (Alien, 2016).</p> <p>Por ahí me pusieron esquizofrenia, pero no es. Esquizofrenia no tuve (Isabel, 2016).</p> <p>Me diagnosticaron esquizofrenia, en un lado y psicosis en otro. Pero yo no le llevo el apunte (Isabel, 2016).</p>
<p>Auto adjudicado</p>	<p>Lo más acertado a mi problemática, se acerca más el bipolar, porque tengo épocas de euforia y de depresión (Alien, 2016).</p> <p>Una psicosis fuerte, una psicosis. Pero se me pasó (Isabel, 2016).</p> <p>Yo no tengo esquizofrenia, eso es locura ya (Mercedes, 2016).</p> <p>Yo creo que tengo esquizofrenia, y no sé qué más (Ximena, 2016).</p>
<p>La anormalidad</p>	<p>Me dijeron que se llamaba trastorno disociativo, que era confundir la realidad con la ficción y me dieron licencia en el trabajo. Y estuve con esas ideas un tiempo, hasta que con la medicación, no sé si fue de un día para el otro, se me fueron todas esas ideas, y como que volvió mi cabeza a la normalidad (María, 2015).</p>
<p>Lo escrito</p>	<p>Si a mí me dieron un papel. Pero no sé qué se hizo de ese papel (Ximena, 2016).</p> <p>O paranoia, sí creo que por tengo un formulario. Porque el de viajar, con el que puedo viajar. Ahí dice (Mercedes, 2016).</p> <p>Según lo que dijo el certificado tenía algo (Gabriel, 2015).</p> <p>En el 2000, cuando me certifican de discapacidad (Gabriel, 2015).</p> <p>Leía el prospecto y decía antipsicótico, y yo pensaba: “¿qué es esto? si yo no soy psicótica” Yo no entendía (Mari, 2016).</p>
<p>Diagnóstico-gestión</p>	<p>Pero yo no le llevo el apunte la punta, a lo mejor lo ponían para conseguir las cosas más rápido (Isabel, 2016).</p> <p>[Me dijeron] “te vamos a dar un diagnóstico pero no te asustes”. Me pusieron diagnóstico de psicosis esquizofrénica crónica. Y me dieron ese diagnóstico pero por lo menos podía comer (Clara, 2016).</p> <p>No, mi mamá me hizo poner esquizofrenia 100%, que la doctora decía “me duele poner eso, para ganar la pensión” (Mercedes, 2016).</p>

Fuente Elaboración propia en base a entrevistas

Las personas entrevistadas recuerdan detalladamente cómo fue el momento en que se les informó su diagnóstico. Incluso, en varios relatos analizados, se pueden observar ejemplos en los que se reproducen las palabras textuales utilizadas por los profesionales a la hora de comunicarles

el diagnóstico.

Becker (2014) define los *outsiders* como quienes se desvían de un grupo de reglas. En su análisis, en lugar de poner el foco en los etiquetados como desviados, presta atención a los grupos sociales que crean la desviación, y que determinan las reglas que definen quién está más acá o más allá de la desviación: “es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta como tal” (Becker, 2014: 28). Ante la etiqueta, las personas diagnosticadas tienen reacciones variadas pero, como expresa Mari (2016), aunque cueste aceptar el diagnóstico, considera que debe ser admitido.

En las entrevistas analizadas se establece una diferencia entre el diagnóstico que se les impone y el diagnóstico que ellos se autoadjudican. Alien (2016) señala que “le enchufaron” el diagnóstico sin consultarle. Otros se expresan disconformes, en desigual medida, con el diagnóstico establecido, por ejemplo, porque “es una locura” (Mercedes, 2016). Asimismo, otras personas reservan lo referido al diagnóstico a los certificados. Gabriel (2015) aclara que es el certificado el que expresa que tiene algo. De esa manera, él valida su apreciación a la luz de un documento, en este caso el certificado.

En la búsqueda por diferenciar lo sano de lo enfermo, Rosenhan (1982) se pregunta si las características que permiten el diagnóstico en salud mental residen en el paciente, en su contexto o en las circunstancias de quienes diagnostican. Su estudio permitió pensar el carácter histórico, social y cultural del diagnóstico en salud mental, pues no solo varía el modo de sobrellevar el diagnóstico, sino el modo de formularlo. “El sufrimiento psíquico existe. Pero la normalidad y anormalidad, el estar sano y el estar loco, así como los diagnósticos que se deriven de ello son posiblemente menos terminantes de lo que se cree generalmente” (Rosehan, 1982: 1).

La tabla permite también constatar que los diagnósticos fueron impuestos en un contexto institucional que exigía el uso de determinadas tipologías. Es por eso que para el acceso a un derecho se instaban específicos diagnósticos. Isabel (2016) indica que posiblemente el diagnóstico dado “permitía conseguir las cosas más rápido” haciendo alusión a un subsidio.

El desacuerdo expresado por la médica de Mercedes (2016) a la hora de informar su diagnóstico es una muestra de comprensión de las reglas institucionales y de los modos en que se

regulan las relaciones de poder en su interior. En tal caso, a pesar de que la profesional no estaba de acuerdo con el diagnóstico protocolar judicial, decidió usar la categoría de “esquizofrenia 100%” con la única finalidad de que su paciente obtenga la pensión.

La relación establecida entre el diagnóstico, la sentencia judicial y el acceso al ejercicio de derechos visibiliza el enlace entre los saberes médico-jurídico de cara al establecimiento de una red de instituciones que indican los límites de la normalidad. Como expresa Foucault

[L]a medicalización de la locura, es decir, la organización de un saber médico en torno de individuos designados como locos, ha estado ligada con toda una serie de procesos sociales, de orden económico en un momento dado, pero también con instituciones y con prácticas de poder. Este hecho no merma en modo alguno la validez científica o la eficacia terapéutica de la psiquiatría (Foucault, 1984: 274).

Aguantar el diagnóstico impuesto y necesario para el ejercicio de un derecho forma parte de la construcción moral de las personas judicializadas. Huertas (2008) entiende el tratamiento moral como la subjetivación de la norma, mediante el pasaje de técnicas autoritario-coercitivas a intervenciones persuasivo-manipuladoras. El tratamiento moral, que consiste en un intento de intervención sobre la mente del paciente mediante la interiorización de las normas, surge como

Un método terapéutico específico destinado a los sujetos con alienación mental, en cualquiera de sus formas. Un tratamiento que precisaba de una infraestructura adecuada y que debía ser aplicado en instituciones especialmente diseñadas para tal fin (Huertas, 2008: 37).

Partiendo de este señalamiento, y sin ánimo de realizar una extrapolación forzada o reduccionista desde la Francia del siglo XVIII al contexto de esta tesis, me interesa subrayar algunos trazos del alienismo descrito por Castel (2011) que habilitan a reflexiones acerca de ciertas modalidades de acción en las que lo normal y lo moral se encuentran densamente imbricados.

El alienismo²⁴ desde sus comienzos a fines del siglo XVIII y principios del XIX respondía a un modelo reformador, higienista y filantrópico de la asistencia que avalaba las consignas de orden y progreso proclamadas por el Estado moderno-burgués (Castel, 2011). Las clasificaciones nosográficas precedentes a las trabajadas por la medicina mental alienista se basaban en el método anatomopatológico, pues buscaban la sede de la enfermedad en el organismo. En cambio, desde la perspectiva alienista, la medicina mental se dirigía a los síntomas en el espacio moral.²⁵ A través

²⁴ Algunos referentes de esta corriente de intervención sobre los alienados fueron Pinel, Esquirol, y Haslam y Foderé.

²⁵ Propuesto primeramente por Haslam y luego tomado por Pinel y Esquirol, a fines del XVIII afloran todos los medios de intervención sobre el psiquismo en contraste con el tratamiento físico. Entre los instrumentos que surgen en los hospitales en la primera mitad del siglo XIX podemos mencionar toda una tecnología del cuerpo (Castel, 2011,

del tratamiento moral, se pasa a una modelación de la conducta mediada por la relación alienista-paciente, en la cual el primero ejerce el poder absoluto y el segundo obedece. A través del médico, “todo debe ponerse en movimiento; él dirige todas las acciones, está llamado a ser el regulador de todos los pensamientos” (Esquirol, 1818; en Foucault, 2012: 143).

El establecimiento de estrategias de dominación al interior de espacio asilar, “pretendió convertir el manicomio en una especie de laboratorio social en el que ensayar técnicas (el tratamiento moral) que más tarde podrían trasladarse al exterior y emplearse en disciplinar a las clases populares” (Huertas, 2008: 50). En este sentido, algunas de las ideas de alienismo pueden verse deslizadas en las prácticas judiciales actuales. El análisis de los diagnósticos impuestos permite detectar formas de tratamiento moral para quienes se encuentran en procesos de judicialización. Parte de este tratamiento, que busca, en definitiva, la obediencia del otro es la tolerancia a diagnósticos y sentencias que se imponen en esa red administrativa que se teje entre categorías, certificados y derechos.

4. Las normatividades en las prácticas judiciales: “¿Vos viste la simbología de la justicia?”

A continuación, se expone la tabla 6.3 que resume las prácticas judiciales de la CO desde el punto de vista de las personas entrevistadas. Las preguntas que permitieron la formulación de esta categoría se vinculan con la actuación concreta de la institución en cada caso, la posibilidad de dejar de depender de la institución y el acceso a los archivos judiciales de su propia historia de vida.

Tabla 6.3 Funciones y prácticas judiciales

Funciones y prácticas judiciales	
Resolución de problemas familiares	<p>Cualquier problema que tuve me lo solucionaron, con respecto a mi hijo cuando tuve problema (Mercedes, 2016)</p> <p>Gracias a Dios yo me fui de la familia, y de mi madre. Hace muchos años. Tengo un hermano, pero nada con él (Alberto, 2016)</p>

Foucault, 2012, Vezzetti, 1985) como las esposas; los manguitos de fuerza (compuestos por una pieza de tejido que une las manos sobre la delantera del cuerpo); la camisa de fuerza; los féretros de mimbre (una caja del largo de un hombre en la cual el enfermo se tiende sobre un colchón); collares de perro con punta bajo el mentón) entre otros.

	Pasa que COA ²⁶ tampoco se portó bien conmigo. No hace nada. Después de las internaciones, yo me internaba y me escapaba, hasta que un día mi hermano se cansó y me paso a COA (CO), él era mi curador, pero yo andaba mal (Joe, 2015)
Resolución de problemas con terceros	Un día tuve un problema que hice la reja de adentro del garaje; el tipo me trató tan mal que no quería terminar. Llamé a Curaduría, le digo a X (una empleada judicial) “me pasa eso”. Y me dice “dame el teléfono”. Lo llama y le dice: “Poder Judicial”. “Sí, si, si señora, yo le termino”. La palabra Poder Judicial ¿no? Entonces yo siempre me sentí muy apoyada (Mercedes, 2016).
Resolución de problemas en el hogar	Aparte a XX (funcionario judicial) lo tengo como una guía, porque le digo “tengo un agujero en el techo” y manda al techista (Mara, 2016) A Curaduría voy los martes, todos los martes voy a cobrar. Voy a cobrar y a veces tengo entrevista. Creo que el jueves, tuvimos una entrevista para hablar sobre el techo (Ximena, 2016)
Administración del dinero	“Tené cuidado, tené cuidado”, me decía la doctora. No, no, no, yo confío plenamente. Nunca, nunca me sacaron un peso (Mercedes, 2016). Voy yo allá. Yo tengo que ir como dicen, yo tengo que ir a la montaña. La montaña no viene. Voy cuando tengo problemas y cuando tengo que cobrar (Roberto, 2016). Un ejemplo yo para ir a comprar ropa tengo que ir a pedir plata a Curaduría, no puedo ir sola. Tengo que ir con mi acompañante. Te sentís limitada. No es que yo digo “hoy tengo mil pesos y voy me compro lo que quiero y voy sola”. No, no puedo hacer eso (Mari, 2016). Obviamente cuando estoy internada me da por semana para los gastos. Pero estando externada yo voy, cobro todos los meses, me dan los cheques y voy al banco, y del banco al Musimundo a pagar las cosas” (Mercedes, 2016). Siempre fui a Curaduría. Cuando vivía allá en el otro barrio, ya cobraba todos los meses. Antes recibía la bolsa de mercadería con el aceite. Ahora no, ahora tengo la tarjeta (Roque, 2016) Sí, o a hablar con el asistente. Si me puede aumentar un poquito para comprarme ropita. De que no me alcanza, si me puede comprar. Una vez por semana, hasta que me llega lo del mes y cobro todo (Mara, 2016). Una vez por semana, solo para cobrar. Salvo que tengamos reunión para algún tema puntual con el asistente social. Generalmente vamos a pedirle plata, siempre con una listita, un presupuesto (Mari, 2015). Una vez por mes a cobrar. Bueno ahora voy dos, porque cobro una vez la pensión y una vez el alquiler (Mercedes, 2016). Todos me decían “pero qué cagada porque ellos te cobran, porque hay que tener cuidado”, para nada, yo tengo una confianza total (Mercedes, 2016).
Control de las relaciones	La odiaba a mi mujer. Una vez cuando vivía con ella yo andaba medio, medio y cuando le conté. Me cita X, y me dice “¿cómo vas a dejarla?” Ella se estaba quedando por unos días que se le había terminado el contrato, casi la saca por orden judicial (Mario, 2015). Graciela no tiene familia. Nosotros somos su familia. Y la Curaduría es su familia. Ellos son (Cuidadora de Graciela, 2016).
Resolución de temas legales	Aparte del manejar la parte del dinero, es para todos los temas legales. Porque por ejemplo yo tengo el departamento que tengo está en juicio todavía, por una hipoteca que yo hice. Entonces de eso se encarga todo la Curaduría (Mari, 2016).

²⁶ Los entrevistados utilizan la sigla COA que significa Curaduría Oficial de Alienados. Actualmente la denominación formal vigente es Curaduría Oficial. A fin de respetar la literalidad de las denominaciones en ambos casos, se optó por utilizar la denominación originalmente empleada en cada caso.

Gestiones y trámites	<p>Con COA (CO) capaz que hay otras opciones, porque te consiguen una cama un calefón usado, o una bolsa de comida, u otros iban a comer a la iglesia o a caritas (Gabriel, 2015).</p> <p>A mí me han tratado siempre muy bien. Todas las personas, en cuanto los trámites y todo. Al contrario (Mari, 2016).</p> <p>Y así me consiguieron una pensión. Pero para eso hubo que conseguir un comprobante de mi primer médico psiquiatra, que me atendía a los 14 años. Y bueno por suerte se lo pudo ubicar, que dio todo mi informe, que yo había estado enfermo antes del fallecimiento de mi padre. Y mandó su informe. Y bueno después me hicieron dos juntas médicas. Ya me habían hecho una por discapacidad, y de insania ahora. Y después de un tiempo conseguí la pensión esta (Alien, 2016).</p>
-----------------------------	---

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

La tabla permite constatar que la práctica predominante de la institución es la administración del dinero, seguido por gestión y trámites, problemas en el hogar y problemas familiares. En consonancia con esto, Julieta, referente de la Asesoría de Incapaces, manifestaba que la inhibición de bienes y la posterior administración del capital por parte del Estado es una de las prácticas tutelares que continua vigente.

Se siguen dictando actos que son de desapoderamiento como la inhibición general de bienes. A pesar de que tal vez la persona tenga la posibilidad de comprender actos patrimoniales, se siguen dictando este tipo de actos desapoderamiento sin distinción además que a veces incluso agravan los derechos de la persona cuando necesita tener una disponibilidad económica (Julieta, Asesoría de Incapaces, 2018).

Nicolás, Abogado del art. 22, hacía referencia a la necesidad de la autorización de la institución para tomar decisiones respecto a la economía de la persona judicializada

Un juez que en función de uno o dos informes de perito le restringe a la persona el sistema de apoyo y cada vez que quiera hacer una transacción tenga la obligación de consultar o pedir autorización. Ahora estamos operando en ese marco (Nicolás, Art 22: 2018).

Carlos, referente de la CO, también relataba las prácticas llevadas a cabo por la institución en relación a cada caso. Él destaca la administración del dinero, la gestión de trámites, el diagnóstico de situaciones y la solicitud de medidas judiciales.

Se diagnostican situaciones y se solicitan medidas judiciales. También gestiono, bah gestionamos con los abogados de acá esas pensiones de las que hablábamos hoy, los beneficios. A veces hace falta documentación de trámites, que lo hacemos nosotros. Y todo esto lo informamos en los expedientes, constantemente. A su vez, administramos recursos. Digamos, hay mucho de control a través de los informes y de esta administración de dinero que es bastante delicada (Carlos, CO: 2018).

Esto se extiende a los casos con carátula de sentencia de sistema de apoyo que son asignados para ser representados por la CO. Ricardo, funcionario público de la CO, comentaba que

Se están realizando sentencias donde sólo se plantea que esta Curaduría se constituya como sistema de apoyo para las funciones de administración de sus ingresos (Ricardo, CO: 2018).

Los relatos de las personas entrevistadas que se encuentran judicializadas dan cuenta que la institución modela muchos aspectos de la vida. Por ello, en el análisis de entrevistas observé puntualmente cuáles eran las formas de participación de las personas entrevistadas en la toma de decisiones de la institución, que recaen sobre ellos. Belén señalaba:

No, porque las decisiones las toman otros, no las tomo yo (Belén, 2016).

Isabel, no solo considera que la participación en la toma de decisiones es nula; además, desde su perspectiva, se ve obligada a cumplir con las órdenes de la institución judicial

La función de la Curaduría es ser curador. Estar a las órdenes de ellos, por decir así. Eso es lo que no me gusta. Yo quisiera si pudiera deshacerme de la curaduría, te juro. Porque ¿Cómo te podría decir? Vas al baño y se entera, vas allá te pasa algo y se enteran. Saben todo (Isabel, 2016).

Alien hace hincapié en el nombre de la institución para explicar las funciones de la CO, y manifiesta desagrado ante el mismo:

Me explicaron de qué se trata. Y digamos, de ahí es que se dice la Curaduría Zonal de Alienados. Pero lo de alienados me parece bastante desagradable. Esa palabra se usaba antiguamente (Alien, 2016).

Alien está informado, y conoce que la denominación de “alienados” no corresponde con el paradigma actual en salud mental impuesto por la sólida base de normativas jurídicas nacionales e internacionales. Sin embargo, la palabra continúa vigente, incluso desde la misma institución, que no modificó su señalización de la puerta. La misma expresa, aún en el año 2019, “Curaduría Oficial de Alienados”. A continuación expongo fotos del frente de la institución.



Fuente: elaboración propia. Fotografías tomadas en el mes de julio del año 2018.

Su nombre tiene relación con los primeros abordajes en materia de salud mental, no solo desde el ámbito de la justicia sino también desde la conformación de las instituciones del Estado (Vezzetti, 1984). En consonancia otra persona entrevistada traía a colación una metáfora: el símbolo de la justicia:

El sistema judicial goza de buena salud. Yo no sé si es algo a propósito o es casual, ¿vos viste la simbología de la justicia? la balanza, la estatua y la venda en los ojos. Parece que se la pusieron a propósito. Para que se haga la tonta. Y viste que además de la venda, está desequilibrada la balanza. Digamos que somos rehenes del sistema. Algunos más y otros menos (Roberto, 2016).

La descripción del sistema judicial realizada por Roberto demuestra que las metáforas también se utilizan para expresar situaciones de malestar mediante formas aceptables y significativas para la propia cultura. Al expresar las experiencias se puede recurrir al lenguaje denotativo, y cuando este no alcanza, el connotativo está a mano para dar forma a nuestra experiencia. Rabelo, Alves y Souza (1999) describen algunos aspectos de las metáforas llevado al campo de la experiencia del padecimiento mental. Comprenden la metáfora como una operación que permite recurrir a sentidos habituales y llevarlos a dominios inesperados, actuando de puente entre la singularidad de la experiencia y la regularidad del lenguaje de las instituciones y de los modelos legitimados socialmente. En ocasiones, las metáforas permiten decir algo nuevo acerca de la experiencia, que resultaba difícil de otro modo.

Se puede decir que el efecto de las metáforas consiste en transportar al otro (intelectual, sensible y emocionalmente) a la situación presentada. La metáfora de Roberto indicaba que, para casi todos los actos de la vida, las personas judicializadas son desplazadas o sustituidas a la hora de tomar decisiones. La sustitución en la toma de decisiones de la persona en cuestión, forma parte de un modelo de antaño que se materializa mediante el régimen de la curatela. Foucault (2012) estudia su aparición en los principios del siglo XIX, y comprende la curatela como un elemento jurídico básico que permitía la toma de posesión del loco, la caracterización y la designación de su estatus como tal basado en una medida judicial, desprendida de la ley de 1838 en Francia, que debía ser solicitado por la familia y que luego decidía el juez. “El efecto jurídico de este procedimiento consistía en la transferencia de los derechos civiles del individuo interdicto a un consejo de familia, así como el sometimiento del alienado al régimen de curatela” (Foucault, 2012:114).

Julieta y Nicolás plantean cómo debe ser la implementación del paradigma social en materia de Capacidad Jurídica y salud mental, específicamente en lo que respecta a la participación en toma de decisiones de las personas judicializadas

En la aplicación judicial, sin duda, el cambio más relevante o peso más fuerte es la incorporación del modelo social, reflejado en la toma de decisiones con apoyo que obliga a los operadores y a los jueces a modificar las intervenciones tradicionales de carácter sustitutivo; así la designación de curadores es obligadamente modificada a la designación de apoyos, lo que trae aparejado

también la necesidad de participación de la persona para poder hallar y construir su sistema de apoyo (Julieta, Asesoría de Incapaces, 2018).

Tiene un eje fuertísimo en participación, esto de “nada de nosotros sin nosotros”, es muy poderoso, y creo que es un cambio fuerte para el tratamiento de las personas con discapacidad. En términos del valor de los deseos y preferencias de la persona, y participación y el mandato de la voluntad (Nicolás, Art 22: 2018).

En teoría, el tipo de sentencia que se le otorga a la persona con padecimiento psíquico determina cómo se ejerce su Capacidad Jurídica que, como regla general, es inherente a todas las personas. Actualmente las sentencias que recaen sobre las personas con padecimiento psíquico son de insania, de inhabilitación o de determinación de Capacidad Jurídica. Las dos primeras se relacionan con un modelo tutelar, y la tercera opción con un modelo social de discapacidad.

Desde el modelo tutelar, la sentencia judicial declara incapaz a la persona en cuestión por el diagnóstico o por la discapacidad que éste provoca. En consecuencia, se designa un Curador que tomará decisiones por la persona sentenciada. De esta manera, se produce “la pérdida del ejercicio de la mayoría de los derechos, patrimoniales como en general personales y se coloca al sujeto bajo dependencia de representación (curatela) que lo sustituye en el desempeño de la vida social, económica y jurídica” (Kraut, 2006: 166).

En cambio, desde el modelo social la sentencia se concentra en las capacidades de la persona en cuestión, designando un apoyo para determinadas acciones concretas que requiera acompañamiento. Así, esta mirada instala la idea de Capacidad Jurídica universal para todas las personas con discapacidad sin exclusiones por razón del tipo o del grado de discapacidad.

La CDPD garantiza que “las personas con discapacidad tienen Capacidad Jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida” (Art. 12). Así, prohíbe que la discapacidad pueda ser motivo de limitación o restricción de Capacidad Jurídica. Esta normativa impulsó un modelo de Derechos Humanos, basado en la dignidad intrínseca de todas las personas. En consonancia con esto, la LNSM señala que

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; elección o identidad sexual; antecedentes de tratamientos u hospitalización (LNSM, 2010; Art 3).

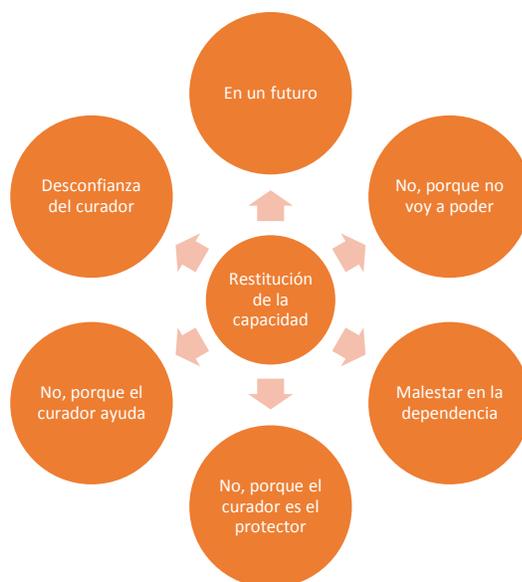
Este principio de presunción de capacidad de todas las personas marca una lógica que induce a dejar de lado la premisa de buscar el déficit o la enfermedad en primer término, para pasar a reconocer y dar cuenta de los recursos de la persona, y dictar medidas que posibiliten su fortalecimiento. La presunción de la capacidad tiene ligazón con el cuidado y preservación de la posibilidad en la toma de decisiones por parte de la persona con padecimiento psíquico, respecto tanto de su vida como de las instancias en las que deba decidir a lo largo del tratamiento terapéutico y/o del proceso judicial.

También, el *Código Civil y Comercial* (CCC), que dedica varios artículos a la Capacidad Jurídica y curatela (más precisamente en la sección 1 y 3 del capítulo 2; Sección 1 y 3 del capítulo 10 (Del libro I), promueve acciones de cuidado de la persona con padecimiento mental, preservando su autonomía. En el supuesto de restricción de la capacidad, no procede la tradicional figura sustitutiva del curador, sino la designación de persona/s de apoyo, cuya función es “promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona” (CCC, 2014; Art. 43). Así, la regla que era declaración de la incapacidad de la persona en el Código Civil anterior, se vuelve excepción.

5. La restitución de la Capacidad Jurídica: “Los ríos más grandes están pasando por otro lado”

El Gráfico que expongo a continuación resume las ideas relacionadas con la restitución de la Capacidad Jurídica de las personas entrevistadas.

Gráfico 6.2: la Restitución de la capacidad



Fuente Elaboración propia en base a entrevistas

Este gráfico reúne las respuestas de las personas entrevistadas respecto a la restitución de la Capacidad Jurídica. Una de las personas entrevistadas señalaba que la restitución de la capacidad es posible en un futuro:

Sé que por ahora no se puede, a largo plazo digamos (Mari, 2016).

En consonancia con esto, Mara expresó la imposibilidad de la restitución de la capacidad. Sin señalar argumentos, expresó “yo no voy a poder” (Mara, 2016).

Otros entrevistados relacionan la insania y la representación del Curador con la protección y la ayuda. Por lo tanto, no manifiestan interés en solicitar la restitución de la capacidad. Ejemplos de ello son los siguientes fragmentos:

Acá te pasa algo y están (Mario, 2015),

Pasa que ayudan a los discapacitados (Gustavo, 2016),

Ellos son mis protectores y me ayudan mucho (Belén, 2016).

Mario (2015) y Jorge (2016) señalan que desde la institución les propusieron revisar sus sentencias, a lo que respondieron negativamente para conservar la sentencia de insania con representación de la CO. Solo Isabel manifestó la necesidad de la revisión de la sentencia, y la incomodidad de la dependencia basada en la desconfianza en la administración de sus recursos económicos. Ella expresó

Eso de andar dependiendo es lo que me mata (Isabel, 2016).

El análisis de documentos y de entrevistas permite advertir que las sentencias son mayoritariamente de insania. A pesar de esto, Carlos, referente de la CO, explicitaba que desde la institución trabajan como apoyo de las personas judicializadas:

En la mayoría de los casos en los que se interviene integramos sistema de apoyo, y los casos el 20% trabajamos como curadores. Que son los casos más graves, es un número estimado. 80% sistema de apoyo, y en el 20% de curador. En términos operativos. De hecho, no de derecho. En derecho no te puedo decir, porque estamos cambiando de sistema, y estamos registrando. Es en lo que operamos no en lo que dice en los documentos (Carlos, CO: 2018).

Desde el punto de vista de Carlos, parte de la transición jurídica implica trabajar como sistema de apoyo, aunque las sentencias sean elaboradas desde una mirada sustitutiva de la voluntad de las personas judicializadas. Sonia, referente del ONR, está informada de esta situación y lo atribuye al sesgo tutelar del Poder Judicial:

En la medida en que un lugar se llame Curaduría, no estamos hablando de apoyos. La normativa interna, las resoluciones, las acordadas y las resoluciones por las cuales depende cualquier curaduría ya no la de Mar del Plata de alguna manera sigue manteniendo el sesgo tutelar (Sonia, ONR; 2018).

A continuación, expongo la Tabla 6.4 referida a la implementación de los sistemas de apoyo. La misma fue elaborada a partir del análisis de entrevistas a profesionales del Poder Judicial.

Tabla 6.4 Implementación de los sistemas de apoyo

Implementación de los sistemas de apoyo	
Vacío legal y de políticas públicas	<p>Ni el Código Procesal de la Provincia, ni las acordadas que rigen el trabajo en particular de la Curaduría, ni la Ley del Ministerio Público se modificó ni adaptó a la nueva Ley de Salud Mental (Carlos, CO: 2018).</p> <p>No hay sistemas de apoyo brindados por el Estado como política pública (Julieta, Asesoría de Incapaces, 2018).</p> <p>El Código Civil está muy bueno y avanza en este punto, pero también en la implementación del Código Civil en lo que respecta al sistema de apoyo, requiere de leyes formales, o como a nivel de reglamentos administrativos, de dar directrices internas, respecto de cómo implementas un sistema de apoyo que no existe (...) Es una restricción de Capacidad Jurídica pero no, bueno eso lo tenés que plasmar en normas inferiores (Nicolás, Art 22: 2018)</p>
Diferencias entre curador y apoyo	<p>El apoyo, una función de asesorar, de asistir, de informar a la persona sobre todas las cuestiones implicadas en la realización de un acto determinado (...) el curador puede adoptar decisiones, convalidar o rechazar decisiones ligadas a lo que hace al patrimonio de la persona o a la realización de un tratamiento de salud (Nicolás, Art 22: 2018)</p> <p>El apoyo tiene que ser aceptado por la persona y elegida por la persona. Mientras que el curador usualmente es impuesto por un tercero generalmente un juez (Nicolás, Art 22: 2018).</p> <p>En su función de curador asiste y es responsable con el límite de su función, no tiene que ver para nada con el modelo que ha instalado en este país. El apoyo es aquel que comprende, que asesora que acompaña pero que de ninguna manera sustituye (Sonia, ONR; 2018)</p>

	<p>El curador bajo el sistema sustitutivo y el apoyo bajo el sistema de las voluntades y preferencias de la persona en el acompañamiento de lo que son sus decisiones (Nicolás, art 22: 2018)</p> <p>El curador lo que hace legalmente la representación es mucho mayor porque el apoyo surge para suplir esa deficiencia, es más específica el apoyo. En los casos más graves donde la persona no puede suplir su voluntad ni puede darse a entender, surge el curador más definido del código. En eso se diferencia, se designa un curador que te representa para todo. Y el apoyo, donde surge como complementario de esa voluntad de la persona. Y la diferencia en lo cotidiano, esa interacción que se puede esperar con la persona afectada en su salud, me parece que va a ser mayor entre el órgano judicial y el apoyado, y entre el órgano judicial y el paciente que tiene un curador (Carlos, CO: 2018).</p> <p>El apoyo lo que hace validar un acto, le otorga validez, pero no es parte del acto de la persona con todas las consecuencias que eso trae. El que es protagonista del acto jurídico es la persona (...) el apoyo no puede sustituir a la persona salvo que la persona se lo delegue. El apoyo está detrás siempre de la persona, es la espalda. En la medida en que el otro te lo permita y te lo autorice, vos acompañás, asesorás, establecés acuerdos con el otro (Sonia, ONR; 2018).</p>
El apoyo como curador	<p>Hay una tendencia a considerar al apoyo como un curador flexible, un tanto más liviano pero en definitiva sigue siendo curador (Sonia, ONR; 2018).</p> <p>En calidad del apoyo termina suscribiendo las presentaciones como si fuera un curador y se termina decidiendo patrimonialmente con la prescindencia de la persona muchas veces. En cuestiones personales es más notorio todavía (Julieta, Asesoría de Incapaces, 2018).</p> <p>En algunos casos no ha pasado de un cambio de denominación o cambio eufemístico, en vez de Curador se le llama apoyo, pero se sigue actuando sustitutivamente (Julieta, Asesoría de Incapaces, 2018).</p>
Apoyos informales	<p>Lo que tiene que haber son apoyos suficientes para que las personas verdaderamente puedan estar en la comunidad. Entonces ahí se construyen los apoyos informales. Esos apoyos para la vida, para hacer frente a una cantidad de cuestiones que tienen que ver con la vida independiente (Sonia, ONR; 2018).</p> <p>Todos en la vida tenemos diferentes niveles de apoyo y a quién nos entregamos frente a una situación crítica que nos dé una mano, con un pensamiento con una reflexión en cómo se hace, un “cómo voy yo a cobrar una pensión cuando no lo sé hacer”, o “cómo se puede meter la tarjeta en el cajero” o cómo decidir ante un acto jurídico más formal; es decir, cómo tomo decisiones. Este es un nivel de apoyo la toma de decisiones frente a algo que quiero gastar, que quiero comprar, que quiero vender, que quiero alquilar (Sonia, ONR; 2018).</p>
El curador como apoyo	<p>Es muy difícil tratar de subsumir ambos roles o que digamos que un Curador pueda funcionar como apoyo, eso es algo muy difícil, como que se está planteando en estos modelos de transición y como en el caso argentino. Es muy complicado que las dos figuras puedan coexistir (Nicolás, Art 22: 2018).</p> <p>Aun cuando considere que lo escucha -que es una de las argumentaciones que muchos dan- disiento. Están en otro modelo, están absolutamente en otro modelo. Por eso es necesario que se modifique el nombre (Sonia, ONR; 2018).</p> <p>La verdad es que todavía falta realizar un ajuste razonable para que haya una transformación verdadera, como para poder decir que se construyen apoyos formales. A partir de la administración de justicia hay un intentar hacer, pero que todavía hay mucho camino por recorrer en relación a ser un apoyo (Sonia, ONR; 2018).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Los profesionales entrevistados plantearon diferencias entre la curatela y el sistema de apoyo. Desde su punto de vista, el curador es sustitutivo de la voluntad de la persona judicializada, mientras que el apoyo asesora y acompaña en la toma de decisiones. Dado que se trata de sistemas

completamente diferentes, los entrevistados resaltan la necesidad de que las sentencias se adecuen a lo que cada persona precisa.

Asimismo, en otros relatos encontramos posturas más flexibles respecto de cómo debe implementarse el cambio de paradigma en materia de Capacidad Jurídica. Algunos fragmentos de entrevista señalan que a pesar de que persistan las sentencias de insania y se asigne un curador, progresivamente éste puede actuar a la luz de lo que plantean las normativas jurídicas acerca de los apoyos. En consonancia con esto, otros entrevistados señalan que la figura de apoyo es similar a la del Curador, pero con mayor flexibilidad.

El análisis hasta aquí realizado de la categoría de restitución de la Capacidad Jurídica es uno de los indicadores más importante para comprender la distancia que existe entre la perspectiva de los expertos y el escenario desde el cual significan las personas con padecimiento psíquico judicializadas. Una vez más, se puede ratificar que la especificidad técnica al interior de Poder Judicial permite el ejercicio de poder. La vulnerabilidad de la persona judicializada subyace, en parte, en el desconocimiento del tecnicismo que caracteriza la investidura de los funcionarios judiciales.

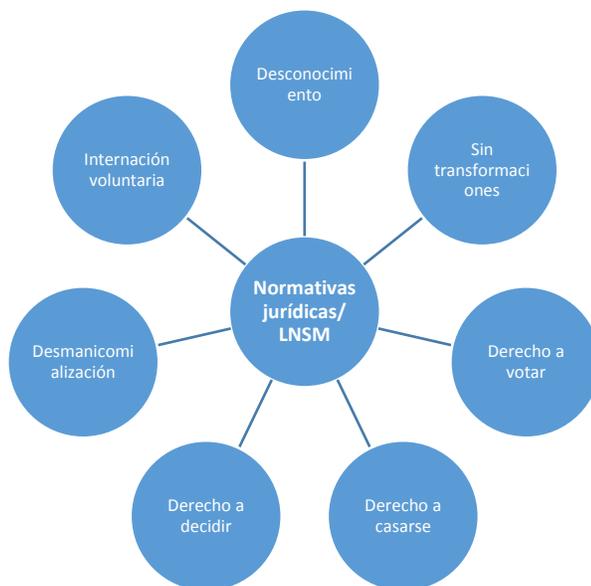
Este [el Derecho argentino] es un Derecho para la no pobreza, entonces mientras vos estés sin poder enfrentar las situaciones más estructurales de pobreza es muy difícil hablar de autonomía. Porque desde el vamos estamos sometidos, entonces una persona mientras está sometido pidiendo por favor atención o que se le reconozca un derecho o por sus hijos porque no pueden esperar el tiempo para un tratamiento. No es sólo hablar de autonomía. Cuando entro a un hospital psiquiátrico, vos decís: ¿cómo hago yo para hablar de Capacidad Jurídica? Son otros ejes los que confluyen, porque sino hacemos un reduccionismo de figura de apoyo de esto, cuando en realidad *los ríos más grandes están pasando por otro lado* (Sonia, ONR; 2018)

La distinción técnica y conceptual-jurídica entre curatela y sistema de apoyo que proporcionaron los expertos ofrece un panorama esclarecedor de las herramientas que hoy tiene la plataforma normativa de nuestro país. Sin embargo, en los relatos de los usuarios el nombre técnico de cada carátula judicial o de cada práctica judicial parece carecer de importancia, pues los ríos más grandes también pasan por otro lado.

6. Significados asociados a las normas jurídicas de salud mental

En la guía de entrevista incorporé una pregunta relacionada con la implementación de las normas jurídicas vigentes en nuestro país. El gráfico que presento a continuación resume las respuestas de las personas entrevistadas.

Gráfico 6.3 Normativas jurídicas- LNSM



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Algunos entrevistados relacionan la pregunta con el cumplimiento de las prescripciones dadas por los profesionales. Alberto (2016) expresa que él tiene una conducta buena e intachable. Otros, ante la pregunta quieren exponer algún tipo de documento que dé cuenta de su situación actual:

No, yo tengo los papeles. Lástima, si me hubieras dicho los traía. Había uno que dice “el Poder Judicial él necesita ser atendido” Que lástima que no me dijiste (Mario, 2015).

Reservando el análisis para los relatos en los cuales se relaciona la pregunta con sus derechos, las respuestas tuvieron que ver con: el desconocimiento de las leyes vigentes, no observar transformaciones, el derecho al voto, el derecho a casarse, el derecho a decidir sobre los bienes, la internación voluntaria y la desmanicomialización.

Algunos participantes respondieron desconocer cualquier norma (Isabel, 2016; Alien, 2016), o bien que las conocen pero que no observan transformaciones (Ximena, 2016). Otros relacionan la pregunta con la internación voluntaria. Belén decía:

Sé que salió una, pero no me acuerdo bien. Que el que va voluntariamente puede salir, o algo así (Entrevista a Belén, 2016).

Relacionado con este fragmento Mercedes menciona:

La ley de open, que no se podía internar o encerrar o algo así (Mercedes, 2016).

Gabriel, ya haciendo hincapié en la LNSM, señala que estuvieron conversando en el Centro de Día al que asiste diariamente, y subraya

Con la ley ahora de salud mental, existen las internaciones por tu propia cuenta. En otro momento no era así, las internaciones eran más traumáticas (Gabriel, 2015).

El mismo entrevistado articula la LNSM con la desmanicomialización. Continúa diciendo

Con respecto a la ley de salud nueva, hicieron la ley de desmanicomialización, se crearon muchas medidas de descontrolar (Gabriel, 2015).

Roberto, en la misma línea, señalaba

Tengo el extracto de la ley ahí, pero no lo he leído. Yo noto que han soltado a la gente. Pero que no le dieron una contención. Les abrieron las puertas y arréglense como puedan (Roberto, 2016).

En los relatos analizados también emerge el término del “librito”. Se refieren a la edición de bolsillo, mediante la cual se realizó la divulgación de la LNSM.

Mira, una vez leí un *librito* así. Lo leí, me interesó en el momento, pero después no le di mucha importancia (Mari, 2016).

Algo conozco. La tengo la ley, ese *librito* celeste, pero yo la verdad que no veo que nada cambie. Supuestamente podemos elegir y qué sé yo, pero ¿vos pensás que eso cambia algo? No, los que deciden son los mismos de siempre. Lo de la desmanicomialización y qué sé yo, no lo sé (Jorge, 2016).

Jorge menciona la desmanicomialización y agrega el derecho a decidir. Jorge es el único entrevistado que trae a colación la posibilidad de decidir, aunque luego expresa que ese aspecto no repercutió en las prácticas. En menor medida, y de acuerdo al interés puntual de la persona entrevistada se señala el derecho al voto y a casarse:

Los llamado enfermos mentales tienen nuevos derechos, ¿pueden casarse?, ¿votar? ¿No? Yo voto. Bah, en realidad, nunca me borrarón del padrón, nunca me borrarón después de la insania. Y ¿pueden casarse los enfermos? (Alien, 2016).

Es significativo observar que Alien no relaciona el derecho al voto con las transformaciones jurídicas y el avance en derechos para las personas con padecimiento psíquico, sino que lo vincula con un error del sistema administrativo que le permite seguir votando a pesar de su situación judicial particular.

Algunas conclusiones

En este capítulo caractericé las experiencias y trayectorias de las personas con padecimiento psíquico en el ámbito judicial. Presenté datos sobre la comprensión inicial del campo judicial y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria. Asimismo, profundicé en las modalidades para lidiar con la burocracia y el uso de determinados diagnósticos por el sistema judicial. De esta manera, describí la experticia adquirida en el transitar institucional y la construcción de una investidura para resolver situaciones judiciales.

Analizar las prácticas judiciales significó también estudiar la relación que establecen las personas entrevistadas con algunos documentos que se presentan como herramientas para explicar y ratificar las vivencias compartidas a lo largo de las entrevistas (tales como las sentencias judiciales) y rastrear cómo se da la participación de las personas sentenciadas en la toma de decisiones por parte de la CO.

Finalmente, consideré las ideas en torno a la restitución de la Capacidad Jurídica y las normativas jurídicas en materia de salud mental y Derechos Humanos, observando la existencia de algún tipo de repercusión en las experiencias institucionales.

Freidson señalaba que la medicina se tomó el atributo de delinear qué son las enfermedades y cómo debe actuarse ante estas: “es parte de una profesión que se le conceda poder oficial para definir y por tanto crear la forma de segmentos problemáticos de conducta social” (Freidson, 1978: 210). En este sentido, la inclusión de la mirada médica en el Poder Judicial permitió la constitución de discursos y prácticas médico-legales que redefinieron las cualidades de lo que “es” un sujeto jurídicamente capaz.

Esta intersección de la justicia y la medicina supuso la patologización de los desórdenes, encontrando su lugar en la fragmentación del campo sintomatológico, y convirtiéndose así en una de las instancias que produce las distinciones conceptuales y prácticas entre aquellos sujetos con comportamientos, sensibilidades, percepciones y relaciones anormales y normales.

De esta transformación de los juegos de la verdad se ha deducido que no existía nada, me han hecho decir que la locura no existía, precisamente cuando se trataba de un problema completamente inverso: se trataba de saber cómo la locura, bajo diferentes definiciones que se le han podido conferir, ha podido ser integrada en un momento dado, en un campo institucional que la constituya como enfermedad mental, confiriéndole un determinado espacio al lado de otras enfermedades (Foucault, 2012: 116).

En este contexto, se observa que para el ejercicio de derechos se imponen identidades sociales como son las categorías judiciales y las categorías diagnósticas reconocidas al interior del sistema judicial. De esta manera, se construye una identidad social basada en expectativas y definiciones institucionales. Una de las consecuencias de ser objeto de determinadas categorías era manifestada por Mari:

A veces siento que la discapacidad, la gente hace que me mire de otra forma (Mari, 2016).

Estas percepciones sobre los procesos de categorización son minimizadas por algunos profesionales. Carlos explicaba que no importa tanto el tipo de sentencia (aunque estas sean sustitutivas de la voluntad), sino cómo se trabaja en cada caso.

A algunos les dicen Curatela, a otras insanias. Más allá del tipo de sentencia con que se caracterice, depende de cada caso (Carlos, CO: 2018).

Concluyo que la burocratización de cada proceso o práctica judicial que experimenta una persona con padecimiento psíquico para el acceso a un derecho imposibilita la implementación de los sistemas de apoyo tal como las leyes vigentes imponen. Esto se produce debido a la incongruencia entre los tiempos judiciales y la urgencia del ejercicio de derechos de las personas judicializadas. Cuando se resuelve en la justicia, la persona ya requiere otro tipo de intervención (Sonia, ONR; 2018). La discordancia entre los tiempos de la justicia y las necesidades de las personas con padecimiento psíquico establece una de las formas de ejercicio de poder, delimitando quién determina el momento y el modo en el que se accede a un derecho.

Capítulo 7: Vida cotidiana, padecimiento psíquico y judicialización. De la Curaduría al consultorio

Introducción

En este capítulo analizo la vida cotidiana y el lugar que en ésta ocupan las instituciones médicas y judiciales desde la perspectiva de las personas con padecimiento psíquico. De tal manera, describo la significación que adopta el padecimiento psíquico en la vida cotidiana, y las formas de control de las instituciones que se materializan en los recorridos cotidianos de las personas entrevistadas. Asimismo, relato los modos de sociabilidad que se reproducen en la vida cotidiana y que se distinguen de las experiencias vinculares anteriores al diagnóstico y la sentencia.

Una de las preguntas con las que comencé la guía de entrevista se relacionaba con el tema de la vida cotidiana, debido a que lo consideraba un tópico oportuno para iniciar –o romper el hielo de- la conversación (Valles, 1999). A pesar de que en la etapa del diseño de investigación no buscaba indagar específicamente en el tema, a medida que los encuentros sucedían las respuestas adquirían homogeneidad, en sentidos relacionados con la experiencia de padecimiento psíquico. Por un lado, las respuestas a la pregunta por la vida cotidiana se asociaban a los efectos de vivir con un padecimiento psíquico, el uso de la medicación y los aprendizajes adquiridos en contextos asilares que se reproducen por fuera. Por otro lado, los participantes respondían relatando los recorridos institucionales en la búsqueda de atención que les permita sobrellevar la dolencia. La relevancia que adquiere la experiencia de padecimiento en la vida cotidiana es el motivo por el cual dedico un capítulo de la tesis a la temática.

En términos metodológicos, este capítulo es una respuesta al hecho de que la experiencia del padecimiento psíquico en la vida cotidiana se erigió como un tópico emergente. El diseño flexible adoptado para la investigación que condujo a esta tesis admite incluir y analizar emergentes como el que se verificó en la etapa del procesamiento de las entrevistas (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Entender la investigación social como un *continuum* entre dos polos -un “diseño estructurado” y un “diseño emergente”- significa poder contemplar cuestiones emergentes a lo largo de las diferentes instancias del proceso metodológico. Como expresa Sampieri (2014), que profundiza en las transformaciones que produce el trabajo de campo en la delimitación del problema, se desarrolla un proceso que va desde una inmersión inicial general, poco centrada o dispersa, pero que “conforme transcurre la investigación, va centrándose en ciertos aspectos de

interés cada vez más vinculados con el planteamiento del problema, que al ser muy flexible se puede ir modificando (Sampieri, 2014: 371).

Desde una perspectiva fenomenológica, Good (1994) relata cómo algunas de las características del sentido cotidiano se ven conquistadas por la experiencia de padecimiento. Cuando las actividades médicas dominan su vida, reemplazan las actividades que realizaban hasta entonces, y el mundo de las clínicas, las terapias y las obras sociales ocupan la mayor parte del tiempo. Además, existe una forma de sociabilidad específica para aquellos que vivencian un padecer, ya que experimentan su mundo como distinto, y los otros no comparten esa misma experiencia.

1. La significación e inscripción del padecimiento psíquico en la vida cotidiana: “Así que ahí andamos, preocupado por la salud”

Algunas investigaciones en salud mental constatan que la vida cotidiana es un escenario posible para el estudio de las experiencias de las personas con padecimiento psíquico. Desde los años ‘70, investigaciones sobre vida cotidiana y padecimiento psíquico enfatizaron en la necesidad de comprender la vida diaria de las personas a partir de sus experiencias (Ricci y Leal, 2016; Onocko Campos y Malajovich, 2014). En este proceso fue determinante la consolidación de modelos de cuidado por fuera de las instituciones de encierro que significó el surgimiento de un nuevo escenario para estudiar en el campo salud mental.

Del mismo modo, surgían nuevas formas de investigar los procesos de salud-enfermedad-atención, en el área de la salud en general, con investigaciones donde la propia persona evaluaba y narraba lo importante para sí (Scheper-Hughes y Lock, 1986; Alves, 1993), y donde se buscaba relevar la vida cotidiana y la gestión del padecimiento de personas viviendo con patologías crónicas (Jones, Pecheny y Manzelli, 2002; Margulies, Barber y Recorder, 2006; Grimberg, 2002).

Ante la pregunta por la vida cotidiana, los entrevistados articulan sus respuestas en torno al padecimiento, como un acontecimiento que irrumpe y modifica las actividades diarias. Sin embargo, el padecimiento no solo transforma la vida cotidiana, también fragmenta y convierte las relaciones sociales, las imágenes de sí y de los otros. Como expresa Alves, “la enfermedad es un proceso de rompimiento con los presupuestos de la vida cotidiana, de aquí devienen las incertezas, y vacilaciones que marcan muchas de las experiencias cotidianas de enfermar y lidiar socialmente

con la enfermedad” (Alves, 2006: 155). En estos términos, el diagnóstico de un padecimiento psíquico quiebra el carácter dado de las esferas de la vida cotidiana y modifica progresivamente las prácticas sociales de la persona.

En estas circunstancias, el padecimiento actúa como un eje regulador del tiempo. Las personas que viven con un padecimiento mental regulan y ordenan el tiempo alrededor de las prácticas derivadas del mismo. El padecimiento rearma el tiempo y lo reevalúa (Good, 1994). Las actividades médicas demandan “tiempo completo” y progresivamente se transforman en prioridad en la vida cotidiana.

Tampoco es que me levanto y me acuesto cuando quiero, tengo horarios. Que algo que ver con la clínica tiene ¿no?, pero bueno si quiero salir un sábado puedo salir. Obviamente tenés que estar para almorzar, para cenar, tenés que estar, para la hora de la medicación, para la hora del té (Gabriel, 2015).

La organización de la vida cotidiana también se relaciona con la internación, debido a que en las instituciones asilares se produce el aprendizaje del respeto a los horarios (Gabriel, 2015). Gabriel refiere a efectos de la clínica (psiquiátrica) ya afuera de las instituciones de encierro, relacionado puntualmente al “tener que estar” en determinados horarios.

Por su parte, Isabel responde diciendo que tiene problemas de salud, y esto modifica la vida por completo:

Mi vida cotidiana es muy simple, yo tengo problemas de salud. Así que no puedo movilizarme mucho. Voy a comer a un comedor de Pami de lunes a viernes, llego acá a las dos, por ahí (Isabel, 2016).

En la misma línea María, haciendo énfasis en la imposibilidad, señalaba:

Mi vida cotidiana hay que pensar que me hicieron de todo. ¿Y qué puedo hacer? (María, 2015).

Asimismo, con una preocupación constante por la salud, las personas entrevistadas evitan realizar actividades que atenten contra la misma. Che explicaba:

Yo estoy con un problema de enfermedad. Así que no hago mucho porque me canso. En mi vida cotidiana me levanto temprano, tomo mate y tratar de vivir al día. Antes iba a nadar, andaba en bici, pero ahora me canso. Ahora vivimos con José, hace tres meses. Así que ahí andamos, preocupado por la salud (Che, 2015).

El cansancio que enuncia Che posiblemente se deba a la medicación psiquiátrica. La misma enlentece el ritmo de la vida cotidiana. Gustavo, destacaba este aspecto:

Me levanto a la mañana, pero a veces me levanto tarde. No sé si son los remedios que a veces me hacen dormir mucho, y me levanto tarde y voy a hacer los mandados a la señora que vive

adelante (Gustavo, 2016).

La medicación modela la vida cotidiana en varios sentidos. El primero de ellos es enlentecer la vida cotidiana, por los efectos colaterales en el cuerpo y en los sentidos. Asimismo, modela las pautas alimentarias, porque la medicación se ingiere junto con una o varias de las comidas diarias, tal como manifestaba Gabriel (2015).

Al preguntar por las actividades que desarrollan en su vida cotidiana, los entrevistados relatan su rutina en torno al padecimiento. Este define las actividades del día: la ingesta de alimentos, el desarrollo de actividades fuera del domicilio, los momentos para dormir, entre otros. Este aspecto se reitera en varios de los relatos, y nos permite corroborar que la emergencia del padecimiento constituye un acontecimiento que promueve formas distintas de vida cotidiana. El padecimiento modifica las características del sentido cotidiano, transforma el sentido de realidad y produce la sensación de que su biografía se desmorona (Good, 1994).

2. Las formas de control en la vida cotidiana: recorrer las instituciones

A partir del análisis de las narrativas de los participantes de la investigación verifico que entre los ejes organizadores de la vida cotidiana se destacan las actividades terapéuticas, las gestiones administrativas y las tareas en el sistema judicial. Como una de las principales preocupaciones en la cotidianidad tiene que ver con la salud, las actividades realizadas en la misma consisten en recorrer las instituciones a fin de cuidar esa salud.

A continuación, expongo la Tabla 7.1 sobre los recorridos institucionales en la vida cotidiana de las personas judicializadas.

Tabla 7.1: Recorrido por las instituciones en la vida cotidiana

Recorrido por las instituciones en la vida cotidiana	
Gestiones	Medicación Voy al hospital, a llenar el cosito del psiquiátrico (Alberto, 2016). Vamos a cobrar, y a acomodar los pastilleros (Mara, 2016). Esto me lo prepara ella. Tengo dos [pastilleros]. Otro me prepara el miércoles. Siempre tengo uno que uso y uno sin tocar (Mercedes, 2016). La pensión Voy a un lugar a buscar mi pensión por semana (Mara, 2016). Una diligencia o una compra (Alien, 2016). Obras sociales Al mediodía voy a buscar la comida a Pami (Alien, 2016). Trámites

	Así que salgo con ella. Vamos a caminar, o hacer trámites a loma, o a tomar café (Mari, 2016).
Judiciales	<p>Lugar de encuentro con acompañante terapéutico Voy a hacer tribunales (Alberto 2016). Las pocas veces que salgo es con XXX [acompañante terapéutico] que nos encontramos en un consultorio o en la Curaduría (Mercedes, 2016).</p> <p>Entrevista con trabajador social Tuvimos una entrevista con el trabajador social (Ximena, 2016). A cobrar, o a verlo al trabajador social (Roque, 2016).</p> <p>Administración del dinero y cobro de pensión Y a Curaduría voy los martes, todos los martes voy a cobrar (Ximena 2016). Voy a cobrar y a veces tengo entrevista (Ximena, 2016). Voy a buscar para cobrar en el banco (Roque, 2016).</p> <p>Trámite Los lunes no estoy acá, voy a Curaduría y me dan una plata para la comida y vengo y cocino, hago las compras (Belén, 2016). Voy a hacer, me toca ir a la Curaduría a cobrar o un trámite (Alien, 2016).</p>
Actividades terapéuticas	<p>Consulta ambulatoria Voy cuatro veces por mes al psiquiatra (Alberto, 2016). O al otro médico, y después [el acompañante terapéutico] me deja de pasada (Alberto, 2016). Estuve en instituciones, y mira ahora estoy en ambulatorio, me dieron el alta viste (Jorge, 2016). Bueno, voy al médico con x [la acompañante terapéutica] al médico (Ximena, 2016).</p> <p>Centro de día Al principio iba con x [la acompañante terapéutica], ahora a veces voy sola (Ximena, 2016). Y voy al centro de día todos los días (Graciela, 2016).</p> <p>Talleres terapéuticos Voy a x y a x (talleres de arte y salud mental) (Gustavo, 2016). Voy al taller de pakayi (Gabriel, 2015). Yo venía haciendo un taller de pintura (Roberto, 2016).</p> <p>Otras actividades con acompañante terapéutico Yo tengo una acompañante terapéutica, una hora por día (Mari, 2016). Y después mis días de acompañamiento (Roberto, 2016). Salgo con x (la acompañante terapéutica) a tomar algo (Mara, 2016).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

La vida cotidiana de las personas entrevistadas se presenta saturada de obligaciones relacionadas con cuidados específicos. Las personas entrevistadas mencionan: la gestión y administración adecuada de la medicación y la asistencia recurrente a terapias, el cobro de la pensión, el trámite del carnet para acceder al transporte público, etcétera. Además, los participantes reiteran que asisten frecuentemente a determinadas instituciones, como la CO, la obra social y el consultorio. La asistencia a estas instituciones son la clave para el monitoreo, administración y modulación de la conducta, del pensar y vivir de los participantes.

El monitoreo ambulatorio que experimentan a lo largo de la vida cotidiana promueve constantes actividades relacionadas con la salud que se manifiestan como obligaciones impostergables. Al punto de ser estas las que organizan no solo la vida cotidiana, sino también la vida social y las relaciones sociales.

La condición de judicializados hace que todas las decisiones que repercuten en su vida sean tratadas por la CO, generando que su visita a la institución sea recurrente: para buscar el dinero semanal, la gestión de un certificado, la renovación del carnet de transporte público local y la búsqueda de recursos. Incluso la CO también se ocupa de la administración (semanal o mensual) de los psicofármacos de su tratamiento. En la institución existe una caja donde se guarda la medicación en sobres identificados con el nombre de algunas personas judicializadas. Esta tarea se encuentra a cargo de una de las funcionarias judiciales, de modo que muchos de los participantes se comunican con ella para buscar y acceder a sus psicofármacos.

Estos rituales específicos forman parte de las prácticas sociales que emergen desde el momento en que se inicia un juicio de insania, inhabilitación o determinación y de la consecuente restricción de la capacidad jurídica. La judicialización mediada por una sentencia, implica entre otras cosas que la persona no puede concretar determinados actos, sin consultarlo previamente con su Curador. Esta actuación institucional genera instancias de protección para la persona representada, pero también dependencia. Mercedes, al ser preguntada por su cotidiano expresaba:

Las pocas veces que salgo es con XXX (acompañante terapéutica) que nos encontramos en un consultorio o en la Curaduría pero ella viene los viernes o nos encontramos en un consultorio (Mercedes, 2016).

Las actividades que Mercedes realiza fuera de su casa consisten en asistir al consultorio o a la Curaduría. Sus actividades se relacionan con la gestión de cuidados (como buscar la medicación o asistir a una consulta médica) y con trámites judiciales (como entrevista en la CO y “acomodar el pastillero”). De igual manera, el relato de Alberto da cuenta de los recorridos institucionales enunciados.

Mirá, tranquilo. Mi vida cotidiana es tranquila, cuando voy al hospital, a llenar el cosito del psiquiátrico vengo cansado, vengo cansado. Tomo tres pastillas por día. Ahí están. Ahora te lo va a traer la chica. Voy cuatro veces por mes al psiquiatra. Acá, limpio algunas veces la cocina (...) Una chica que viene a la mañana. Una vez por semana, cada quince días, porque tengo plata para gastar. Después voy a hacer tribunales. O al otro médico, y después me deja de pasada (Alberto, 2016).

Alberto reside en una pensión, donde convive con otras personas con diagnóstico de diferentes padecimientos psíquicos. Si bien él atravesó varias internaciones, hoy su tratamiento es ambulatorio y tiene autonomía para decidir sobre las actividades cotidianas. Sin embargo, los cuidados de la salud, lo terapéutico, la medicación, y la dependencia judicial son los pilares de su relato. Al ser preguntado por su vida cotidiana, trae a colación su rutina de ir al hospital para “llenar el pastillero”, y comenta también la dosis de medicación diaria, la frecuencia con la que realiza salidas con su acompañante terapéutica y su asistencia al Poder Judicial.

Mari también describe su rutina, y distingue las actividades de los fines de semana y las que realiza de lunes a viernes con su acompañante terapéutica. Con ella realiza trámites y actividades recreativas.

Yo me levanto temprano generalmente, seis, siete de la mañana. Preparo el agua para tomar mate con una compañera que se levanta conmigo, que es mi compañera de habitación. Las otras dos personas que están en la habitación, duermen hasta más tarde. Así que nos vamos abajo que tenemos para calentar el agua, la cocina, y hay una parte que es un lavadero cerrado, donde podemos fumar y tomar mate. Eso es un fin de semana. Pero después los otros días, de lunes a viernes yo tengo una acompañante terapéutica, una hora por día. Así que salgo con ella de mañana o a la tarde. Y vamos a caminar, o hacer trámites a loma, o a tomar café. Siempre fue una hora (Mari, 2016).

Las gestiones que se realizan en el sistema de salud insumen tiempo, y las instancias burocráticas en la búsqueda de alivio y/o tratamientos dan lugar a recorridos por especialidades médicas e instituciones, transformándose en actividades centrales de la vida cotidiana. En los relatos observo fragmentos importantes acerca de los servicios de salud por los cuales circularon, y las gestiones burocráticas que han tenido que desarrollar (no siempre con éxito) para acceder al derecho a la salud. De esta manera, las personas entrevistadas y sus cuidadores deben acomodarse a las pautas burocráticas institucionales porque las obras sociales, las instituciones médicas, los juzgados aparecen como actores claves en su trayectoria terapéutica.

Alien relata que puede tocarle ir a la Curaduría a cobrar o realizar un trámite, una diligencia o una compra y que al mediodía asiste a Pami. Tanto Alien como Ximena refieren a su asistencia a la Curaduría determinados días para cobrar. Sus ingresos son depositados mensualmente y el Poder Judicial administra su dinero. Ir a cobrar significa asistir a la CO para obtener una parte de sus ingresos mensuales.

Y bueno, me levanto a la mañana, desayuno o tomo algo, mate cocido o algo con pan de salvado. Después voy a hacer, me toca ir a la Curaduría a cobrar o un trámite, una diligencia o una

compra. Al mediodía voy a buscar la comida a Pami, que me da la vianda (Alien, 2016).

Y a Curaduría voy los martes, todos los martes voy a cobrar. Voy a cobrar y a veces tengo entrevista. Creo que el jueves, tuvimos una entrevista con X (trabajador social) para hablar sobre el techo (Ximena, 2016).

Al ser preguntado por la vida cotidiana, Jorge responde que reside en una pensión, que le dieron el alta y está “en ambulatorio”. “Estar en ambulatorio” es una frase repetida por varios de los entrevistados, que cobra sentido en este contexto médico-judicial.

Nada, no mucho viste. Ahora estoy acá, estoy bien. Y eso. Salgo de vez en cuando. Acá estoy hace ocho meses, así que tranquilo. Ayudo a veces. Y nada más. (...) Y bueno, me levanto, salgo de vez en cuando. Y ahí andamos. Estuve en instituciones, y mira ahora estoy en ambulatorio, me dieron el alta (Jorge, 2016).

Las actividades reiteradas en los relatos –asistencia al Poder Judicial, a terapias, a obras sociales, a consultorios, la realización de trámites, la gestión y administración de la medicación– articulan la red semántica y pragmática que constituye la vida cotidiana de las personas con padecimiento psíquico judicializadas. Se observa lo que Rotelli definió como “efecto hidráulico”, un juego de alimentación recíproca entre instituciones complementarias:

Se ha hablado de efecto hidráulico, de circuito. En particular, la imagen de circuito pone en evidencia el hecho de que en la psiquiatría reformada, a la estática de la segregación en una institución separada y total, le ha sustituido la dinámica de la circulación entre agencias especializadas y prestaciones puntuales y fragmentarias (Rotelli y otros, 1987: 168).

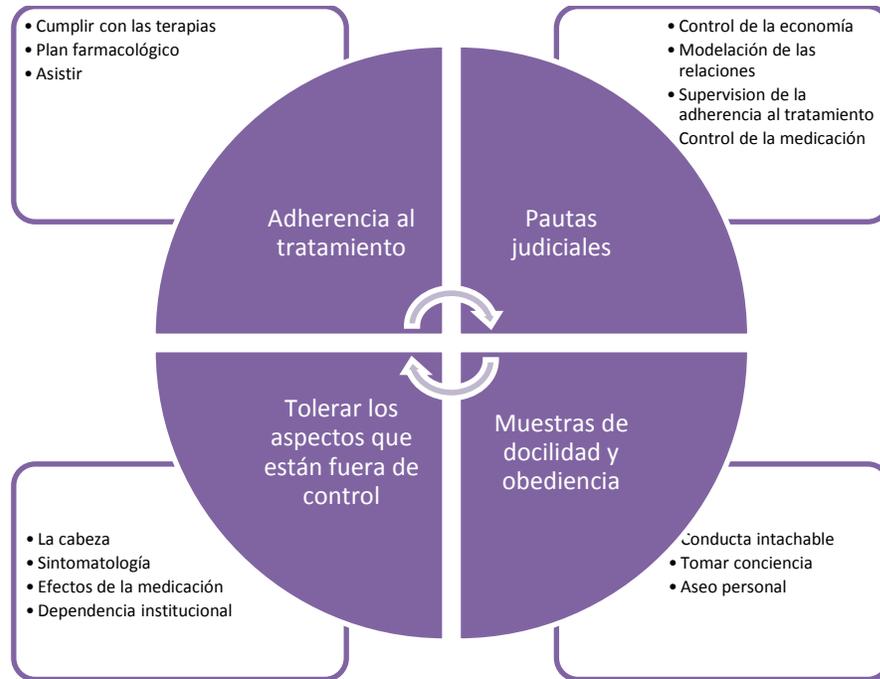
La cotidianidad, surcada por las intervenciones médico-judiciales, corrobora que el padecimiento mental no designa solo un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un grupo, la circulación por determinadas instituciones, el margen de posibilidades de acción y otras esferas de la vida que se vuelven muy específicas de la experiencia de padecimiento (Herzlich y Pierrent, 1988).

Adecuarse a los sistemas de atención de salud y tratar de negociar con la burocracia en la que se insertan, se convierte en un mundo en sí mismo (Good, 1994). Recorrer las instituciones de manera efectiva requiere de la adquisición de ciertas prácticas que se relacionan con la adherencia a los tratamientos y las pautas indicadas en el campo judicial.

3. Las pautas médicas y judiciales en la vida cotidiana

A continuación, expongo el Gráfico 7.1 que resume las formas de control manifestadas en la cotidianidad analizadas en este apartado.

Gráfico 7.1: Formas de control manifestadas en la cotidianidad



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

En el campo de la salud mental, la actividad biomédica es una de las principales impulsoras de las prácticas en el cotidiano. Sus formas más recurrentes, llevadas a cabo por las personas con padecimiento mental, son acciones vinculadas a aprender a administrar la medicación, observar los síntomas y realizar gestiones para acceder a los tratamientos. Aprender a administrar y gestionar la medicación significa cumplir con una de las pautas claves para los profesionales de la psiquiatría: la adherencia al tratamiento. El enlace entre vida cotidiana y medicación es un aspecto que emerge a lo largo de todas las entrevistas. A continuación, expongo la Tabla 7.2 que resume este aspecto del análisis.

Tabla: 7.2 La medicación en la vida cotidiana

La medicación en la vida cotidiana	
El acompañamiento terapéutico	Preparación de la medicación Esto me lo prepara ella. Tengo dos (pastilleros). Otro me prepara el miércoles (Mercedes, 2016).
	Control de la ingesta Con el celular, lo tiene preparado como para que le toque la bocina cuando tiene que tomar el remedio (Juana, cuidadora de Mara, 2016).

Funcionalidad de la medicación	<p>Efectos positivos Tengo también el del neurólogo porque tiemblo (Mercedes, 2016). X para mantenerme así, que te afina que es para la enfermedad del psiquiatra (Mercedes, 2016).</p> <p>Acostumbramiento Estoy re acostumbrado. Hace 10 años (Mario, 2015). Me levanto a la mañana, pero a veces me levanto tarde. No sé si son los remedios que a veces me hacen dormir mucho (Gustavo, 2016).</p> <p>Efectos no deseados Te dan mucho más de la medicación, por más que el médico vaya y te controle, entonces te dejan dopado (Gabriel, 2015). Ahora le tengo miedo, recontra medicado por todos (Che, 2015). Cuando voy al hospital, a llenar el cosito del psiquiátrico vengo cansado, vengo cansado (Alberto, 2016).</p>
La organización	<p>Medicación guardada Siempre tengo uno que uso y uno sin tocar. Eso es esencial también (Mercedes, 2016).</p> <p>El tiempo cotidiano Tengo horarios. Que algo que ver con la clínica tiene ¿no? (Gabriel, 2016). Ya me tomé el de la mañana, después de almorzar tomo, xxx, después (Mercedes, 2016). Tomo tres pastillas por día. Ahí están (Alberto, 2016). Ya me tomé el de la mañana, después de almorzar tomo, xxx, después tengo también tengo el del neurólogo (Mercedes, 2016).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

El uso, las cualidades, los efectos, la organización y la preparación de los medicamentos convierte a la terapéutica psicofarmacológica en una dimensión clave de la vida cotidiana. En las entrevistas emergen dos cuestiones en relación a este punto. En primer lugar, la medicación permite la optimización de la vida, mediado por la idea de que “se sienten bien”, y facilita el desarrollo de actividades diarias que sin la gestión adecuada de la medicación no serían posibles. En segundo lugar, en las narrativas se hace presente la adherencia al tratamiento, entendida como la responsabilidad y autonomía del paciente en la gestión e ingesta de la medicación.

En consecuencia, la autogestión de la medicación psicofarmacológica, además de generar nuevas estrategias de atención, produce una rutina de prácticas biomédicas. En el contexto de entrevista, Mario (2015) señalaba que por las noches los fármacos le producen efectos en la cabeza, pero que está acostumbrado debido a que hace más de diez años que ingiere medicación.

La prescripción de la medicación es una dimensión que regula la vida cotidiana porque –en la mayoría de los casos- es para toda la vida. Inclusive el desarrollo de una vida fuera del ámbito manicomial, en muchas ocasiones, es posible mediante el puente que se gesta entre la conducta y la neuroquímica. La relevancia que le otorgan los entrevistados a la adherencia al tratamiento – como dije antes: la responsabilidad y autonomía del paciente de la gestión e ingesta de la

medicación- explica un proceso de subjetividad guiado por una bioeconomía que altera la concepción que se tiene de sí mismo en relación a la dependencia con el psicofármaco, a la vez que habilita a intervenir sobre sí mismos de nuevos modos.

Sintéticamente, Rose (2012) define a la bioeconomía –o economía de la vitalidad- como un nuevo espacio económico que consiste en la capitalización del dispositivo médico y el surgimiento del biovalor, que es “el valor que puede extraerse de las propiedades vitales de los procesos vivos” (Rose, 2012: 78). En estos términos, la vida misma se vuelve pasible de mercantilización, incorporándose a la lógica y competencia de mercado. Como expresa el autor: “en la era de la eugenesia los trastornos mentales eran patologías, una sangría para las economías nacionales. Hoy son oportunidades vitales para la creación de beneficios privados y crecimiento económico” (Rose, 2012: 407).

En términos de bioeconomía, las personas se transforman en usuarios de servicios de salud. El Estado, las prepagas y obras sociales se vuelven centrales para el consumo de la medicación, ya que una parte del tiempo de la vida cotidiana de los entrevistados es dedicado a gestiones y trámites para el acceso a los psicofármacos. El vínculo entre paciente y prestador (obra social) instala descripciones de un orden mercantil, legitimando referencias como la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, provenientes de la lógica económica.

En los relatos de los entrevistados, los psicofármacos regulan la rutina diaria de las personas con padecimiento mental: la necesitan cuando se despiertan, antes de almorzar, antes de dormir. Recuerdan anécdotas donde algún profesional a cargo del tratamiento valoriza la buena administración y gestión de la medicación, al mismo tiempo que conocen con especificidad los nombres de las drogas que tienen los medicamentos. Este grado de responsabilidad respecto de la rutina de automedicación por prescripción médica, es netamente individual. A propósito, Margulies, Barber y Recoder (2006) plantean que se construyen estereotipos de pacientes: aquellos que cumplen y aquellos que no. “Estas tipologías se construyen habitualmente a partir de la aplicación de enfoques clasificatorios basados en las categorías de riesgo y en el establecimiento de fronteras entre los normales y los anormales” (Margulies, Barber y Recoder, 2006: 289).

Como indica Bianchi, las tipologías se construyen en base a “un conjunto de prácticas divisorias, que separan el 'yo prudente' del 'imprudente', el yo capaz de administrarse a sí mismo, del yo que debe ser administrado por otros” (Bianchi, 2015: 192). Las categorías en clave de riesgo

también componen al diagnóstico que incluye numerosos aspectos asociados a lo cotidiano. La investigadora, a la luz de Rose (1996), menciona que los parámetros para arribar a un diagnóstico psiquiátrico “ya no son clínicos, ni siquiera epidemiológicos, sino cotidianos, vinculados a la gestión del día a día” (Bianchi, 2015: 192). Así, se incorporan en el diagnóstico, y no de manera complementaria, aspectos laborales, familiares, penales, la capacidad de administrar dinero, dificultades sociales, académicas, entre otros.

Juana, familiar de Mara, refiere los efectos de la medicación y las estrategias que utiliza Mara para no olvidarse de cumplir con la toma de medicación

Había un coso, que toma mucho remedio, mucho remedio. Este cosito, (pastillero) pero eso se ocupa la acompañante. Mañana, mediodía, tarde y noche. Así, y acá está toda la semana. Y eso la mantiene bien del... De aquí (señala la cabeza). Es importante respetar la medicación para estar bien. Y después con el celular, lo tiene con que se llama, preparado como para que le toque la bocina cuando tiene que tomar el remedio (Juana, familiar de Mara, 2016).

La vida cotidiana de Mercedes está marcadamente centrada en la medicación: el momento del día en que toma la medicación, el tipo y el para qué de la misma. El pastillero es un elemento recurrente en otros los relatos.

XX (ate) me prepara. Ya me tomé el de la mañana, después de almorzar tomo, xxx, después tengo también tengo el del neurólogo, porque tiemblo, para mantenerme así, que te afina que es para la enfermedad del psiquiatra. Esto me lo prepara ella. Tengo dos (pastilleros). Otro me prepara el miércoles. Siempre tengo uno que uso y uno sin tocar. Eso es esencial también (Mercedes, 2016).

La prescripción de comportamientos, vínculos y tratamientos se plasma en la vida cotidiana. A lo largo de los relatos se pueden identificar aspectos relacionados con una forma ideal de comportamiento en diferentes contextos y ante diversos actores sociales –profesionales e instituciones-. En algunos fragmentos se manifiesta, de forma explícita, el deber de adherir al tratamiento, de cumplir con las terapias y respetar las pautas indicadas por el médico-psiquiatra. Aunque no siempre estén de acuerdo, o comprendan el motivo de la indicación, los participantes priorizan el cumplimiento de las pautas. La obediencia a las obligaciones impuestas por los profesionales adquiere relevancia en los contextos extramuros porque “las fallas en la “administración del yo”, la falta de destreza para afrontar a la familia, el estudio, el trabajo, el dinero, las labores domésticas; todos son, potencialmente, criterios de calificación psiquiátrica” (Bianchi, 2015: 193). El pasaje de las instituciones asilares al surgimiento de otros tipos de estrategias terapéuticas renovó, en parte, las formas de normalización de los sujetos de la

psiquiatría. La preocupación ahora gira en torno a cumplir con las pautas impuestas y ser consciente del riesgo que implica no poder administrarse a sí mismos de modo prudente.

Estas pautas no solo tienen que ver con el plan farmacológico; los entrevistados refieren al cumplimiento de las reglas indicadas por la Curaduría. Por ejemplo, en relación a lo económico y a lo vincular, que se traducen en el deber de no relacionarse con cualquier persona, y de medir los gastos económicos para demostrar capacidad en la administración del dinero. Un ejemplo de control de la economía por parte del Poder Judicial se establece mediante el acompañamiento terapéutico:

Un ejemplo: yo para ir a comprar ropa tengo que ir a pedir plata a Curaduría, no puedo ir sola. Tengo que ir con mi acompañante. Te sentís limitada. No es que yo digo “hoy tengo mil pesos” y voy me compro lo que quiero, y voy sola. No, no puedo hacer eso (Mari, 2016).

Además, encuentro conductas relacionadas con la actitud para sobrellevar la situación de enfermedad que tienen que ver también con ser pacífico y dócil como lo indican los psiquiatras, y tomar conciencia, algo que, en parte, consiste en asumir ese rol de docilidad.

4. Las relaciones y las formas de relacionarse: “hay vínculos que no son buenos para mí”

A continuación, expongo el Gráfico 7.2 sobre las relaciones prohibidas, impuestas o sugeridas -por funcionarios judiciales y profesionales de la salud- a los participantes de la investigación.

Gráfico 7.2 Relaciones prohibidas, impuestas y sugeridas



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Las instituciones también se toman el atributo de establecer con quién y de qué modo se deben relacionar las personas a las que asisten o atienden. Incluso los acompañantes terapéuticos, contratados por estas instituciones, sugieren o supervisan con quien se relaciona la persona judicializada a lo largo de su vida cotidiana.

Uno de los participantes comentaba que el Poder Judicial le impidió tener contacto con su ex pareja. Concretamente, uno de los funcionarios le señaló la posibilidad de establecer una orden judicial si el contacto persistía.

Ella no se quiso hacer cargo, por eso no la quieren a ella en judiciales (...) La odiaba a mi mujer. Una vez cuando vivía con ella yo andaba medio, medio y cuando le conté: “lo voy a llamar a Curaduría. Me cita (un funcionario de la CO), y me dice ¿cómo vas a dejarla?” Ella se estaba quedando por unos días que se le había terminado el contrato. Casi la saca por orden judicial (Mario, 2015).

La amenaza de medidas judiciales y el uso de expresiones negativas acerca de determinados contactos por parte de los profesionales en el contexto de entrevista pueden modelar o bloquear determinadas relaciones.

Los psiquiatras también pueden determinar o prohibir algunas relaciones. Por prescripción médica hay vínculos que no hacen bien a la salud. Asimismo, al igual que los funcionarios judiciales, los profesionales de la salud en las conversaciones sostenidas con los pacientes se expresan negativamente sobre puntuales relaciones establecidas por los pacientes que frustran o incentivan determinados vínculos.

Con mi hermana, en un tiempo no era un vínculo que podía, que no era bueno. No era un vínculo bueno para mí. [Pensaba] el psiquiatra. Por la forma de ser de mi hermana (...) Y tampoco le parecía buena la relación con mi madre (...) Y por un lado mi hermana se metía en el tratamiento que eso no le gustaba al psiquiatra. Entonces por un lado era con mi mamá y por el otro con mi hermana (Gabriel, 2015).

La emergencia de un padecimiento psíquico modifica la trayectoria de vida social no sólo del individuo que vivencia el problema, sino también de aquellos que lo rodean. De esta manera, lidiar con un padecimiento psíquico puede reafirmar, crear o incluso fragmentar determinadas redes sociales. Los entrevistados reiteran que existen vínculos categorizados de negativos para la salud. Para esto, traen a colación conversaciones con los profesionales, como si el padecimiento se extendiese no sólo a la regulación bioquímica mediante psicofármacos, o económica mediante la administración del dinero, sino a lo relacional.

Goffman explica que cuando un individuo adquiere un nuevo estigma se producen dificultades tanto para entablar nuevas relaciones como para sostener los vínculos anteriores. Quienes conocen a la persona desde antes de ser diagnosticada, están ligados a “una concepción de lo que fue alguna vez y pueden por consiguiente sentirse incapaces de brindarle un trato natural o una total aceptación familiar” (Goffman, 2015: 53). Se observa que, progresivamente, a medida

que transcurre la carrera de padecimiento (Mercado Martínez, 1999), las personas aprenden a ser portadoras de un estigma estableciendo así también “una nueva relación con otros estigmatizados” (Goffman, 2015: 53).

Por otro lado, el cuidado y la limpieza del hogar son dimensiones que se repiten transversalmente en todas las entrevistas y que se articula con la presencia o no de relaciones sociales, así como con las formas de sociabilidad. Por ejemplo Clara expresaba:

Ahora es muy organizada [la vida cotidiana]. Organización es poder. Y muchas más en los últimos años. Se puede decir que la mayoría de las personas no entienden eso. Se podría decir que nací de nuevo. Me siento bastante mejor. Yo me levanto y me preparo un mate. Me higienizo y me peino y ya pongo la pava (...) Los sábados nos otorgamos el derecho de acostarnos a la una de la mañana. Y como el domingo no hacemos nada. No salimos los domingos. Y bueno me gusta, sentarme ahí donde están las rosas, donde están los tomates. Y me hace bien, me hace muy bien (Clara, 2016).

Clara, tras haber sido internada en instituciones monovalentes en varias ocasiones, pondera la cotidianidad en un hogar, lo cual también significa aprender a cuidar de éste. Además, resulta novedoso el cuidado de sí mismo, del aseo personal y de las pertenencias individuales, que en los contextos de encierro se ven desdibujados. El desdibujamiento de las pertenencias es una de las diferentes formas a partir de las cuales se violan los límites personales. En este sentido, Goffman introduce el concepto de “exposición contaminadora” como una de las formas de mortificación del yo en la institución total. En palabras del autor:

“afuera el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo, por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias, a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales, se traspassa el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente y se profanan las encarnaciones del yo” (Goffman, 2012: 35).

Asimismo, decidir los horarios de sueño también es una cuestión destacada, porque se presenta en comparación con la regulación del sueño que se produce en las instituciones asilares.

Al respecto de las actividades cotidianas relacionada con la higiene y el aseo, Mara en su relato las clasifica: aquellas que realiza fuera de su casa, y las domésticas. El cobro de la pensión, la búsqueda de la medicación y el armado del pastillero son actividades que realiza con su acompañante terapéutico en la CO.

Mi vida cotidiana es de actividades afuera, y domésticas y de higiene. Actividades dibujo y manualidades. Y voy a un lugar a buscar mi pensión por semana. Y ¿qué más hago? salgo con la acompañante terapéutica a tomar algo, y hacemos caminatas. Y nosotros los miércoles vamos a cobrar, y a acomodar los pastilleros (Mara, 2016).

En relación a este tema, Freire e Iglesias (2014) realizaron una investigación de las experiencias de la vida cotidiana de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Las investigadoras toman tres analizadores de la vida cotidiana: las actividades realizadas, los lugares por los que se transita y las compañías. Encuentran que las principales actividades de la vida cotidiana son las referidas a la manutención y los cuidados personales. Muchas de estas actividades están directamente relacionadas tanto con el tipo de lugar como con las compañías, ya que los participantes realizan más actividades del interior, en su propia casa y sin contar con la presencia de otros. Las autoras también observan que los principales contextos cotidianos son la casa propia y los espacios públicos, destacándose la ausencia de lugares como la casa de amigos o de familiares.

Considero este aspecto particularmente interesante puesto que se traduce en una escasez de interacciones sociales próximas de los participantes. El hecho de pasar la mayor parte del tiempo en soledad y/o en su casa, se convierte en mayor aislamiento social que pueden constituirse en factores de recaídas y de exacerbación del padecimiento. Todo ello da cuenta de la necesidad de crear espacios colectivos que promuevan actividades promotoras de desarrollo de interacciones sociales.

A continuación, expongo el siguiente Gráfico 7.3 que resume los contenidos del capítulo.

Gráfico 7.3: El padecimiento psíquico en la vida cotidiana



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas.

Algunas conclusiones

En las primeras diez entrevistas que realicé para la investigación que dio lugar a esta tesis introduje algunas preguntas referidas al cotidiano, ya que se trataba de un tema que permitía iniciar la conversación para luego abordar tópicos más sensibles o personales. Sin embargo, con el transcurrir de las entrevistas, la vida cotidiana se transformó en uno de los temas enriquecedores de la investigación.

Cobrar la pensión, salir con la acompañante, gestionar y/o administrar la medicación son actividades que Mara realiza en el ámbito judicial. En el mismo sentido, Mercedes relataba que asiste al consultorio o a la Curaduría junto a su acompañante terapéutico, o al neurólogo para preparar los pastilleros. Tanto Roque como Belén asisten a CO para cobrar o a ver al trabajador social. Mari señala que realiza trámites en la obra social, y asiste al psiquiatra o a la psicóloga. Roberto plantea que tiene sus días de acompañamiento terapéutico, y que las dificultades económicas le impiden realizar cualquier otra actividad. Gustavo, además de hacer mandados y dedicarse al mantenimiento de la limpieza del hogar, comenta que hace nueve años que asiste a dos talleres terapéuticos artísticos.

Mediante el análisis de las actividades y hábitos que desarrollan diariamente los participantes de las entrevistas, se constata la relación entre la vida cotidiana de las personas con padecimiento psíquico y el sistema judicial y de salud. La vida cotidiana ante los tratamientos ambulatorios se vuelve un escenario propicio de control y supervisión por parte de las instituciones.

Esto no sucede exclusivamente fuera de las instituciones asilares. La rutina en los contextos de encierro es un tema ya teorizado. Por ejemplo, Castel (2011) analizó cómo la organización del asilo determinaba la atmósfera médica, y cómo sus efectos constantes e imperceptibles definen la efectividad de la moralidad instituida en los pacientes. El autor recupera el análisis de Falret, quien señala respecto a la atmósfera asilar que “ellos [los pacientes] la respiran por todos los poros y los modifica, al menos tanto como son modificables” (Castel, 2011: 93). Aunque el control de la vida cotidiana no es algo novedoso de las formas terapéuticas ambulatorias (por el contrario, en los contextos de encierro el control de la vida cotidiana también es considerado imprescindible) resulta auspicioso analizar sus especificidades bajo el paradigma actual. Se trata de pensar la institucionalización más allá de la institución total, en términos de un proceso de control social doble. Por un lado, mecanismos centrados en la institución psiquiátrica, por otro lado, mecanismos

de control social blando en el sentido de “estrategias de disciplinamiento por fuera de los muros institucionales” (Faraone y Valero, 2013: 18).

Otras investigaciones de períodos y escalas diferentes encuentran coordenadas similares. Bianchi²⁷ constató que los dispositivos en torno a niños diagnosticados y tratados por ADHD: “tiene la forma de una compleja estructura de soportes y contenciones (...) que buscan modular las conductas disruptivas, en un proceso que no requiere la sustracción de los niños de los circuitos de circulación, ni el encierro en una institución especializada” (Bianchi, 2014: 244). Empíricamente, señala una estrategia basada en la combinación de, por un lado, mantener a quienes están diagnosticados por ADHD dentro del circuito escolar, por otro lado, indicar tratamientos que no incorporan modalidades de internación. Estos aspectos confluyen en lo que la autora denomino reencauzamiento modulado que, sin fundarse en el encierro como técnica primordial de control de los cuerpos, recurre a procesos de tratamiento en los que se articulan lógicas disciplinarias y de regulación de los cuerpos.

De acuerdo a Bianchi y Lorenzo (2013), los conceptos de institución total (Goffman, 2012) y de dispositivo disciplinario (Foucault, 1992) que históricamente fueron utilizados para el estudio de las instituciones de encierro, pueden definirse como líneas de análisis por fuera del espacio asilar. En este sentido, sugieren la noción de “red institucional de secuestro” que

Funcionará como garante de la borradora de las barreras entre las esferas identificadas por Goffman. Foucault trabajó la noción de red de secuestro institucional aludiendo a la confluencia de diferentes instituciones -de tipo estatal y extraestatal- que concurren entorno del sujeto (Bianchi y Lorenzo, 2013: 25).

Asimismo, para que el control impulsado por esta red sea eficiente en el exterior, se hace necesario el adiestramiento de las personas en torno del paciente (Bianchi y Lorenzo, 2013). A partir de los datos obtenidos para esta tesis, se puede constatar que es la figura del acompañante terapéutico uno de los intermediarios entre la persona, el sistema judicial y el sistema biomédico. Quienes se desempeñan en ese rol deben someterse al adiestramiento suficiente para participar en la gestión y administración de las tareas de la vida cotidiana y de esa manera encauzar a la persona con diagnóstico de padecimiento psíquico y sentencia judicial de restricción de capacidad jurídica.

Estas prácticas, que recaen sobre personas con padecimiento psíquico en contextos terapéuticos no asilares, deben ser comprendidas en un marco mayor de implementación de

²⁷ Bianchi estudio los procesos de diagnóstico y tratamiento por ADHD como trastorno de la conducta en la infancia, inscribiéndolos en el marco de estrategias de gestión de individuos y poblaciones.

técnicas de gobierno o biopolítica. Como indican las autoras, la implementación de las técnicas de gobierno ha cumplido un papel fundamental como instrumento para el funcionamiento de este arte de gobernar. Se trata de un triángulo que contempla soberanía, disciplina y gestión gubernamental (Foucault, 2006 en Bianchi y Lorenzo, 2013). En este sentido, como expresa Foucault, “se ven también difundirse los procedimientos disciplinarios a partir no de instituciones cerradas sino de focos de control diseminados en la sociedad” (Foucault, 2002: 195).

Concluyo en función de lo expuesto, que las prácticas cotidianas instauradas en los tratamientos ambulatorios y las reproducidas al interior de las instituciones asilares actúan de manera complementaria, modelando la conducta de las personas con padecimiento psíquico. Quienes se encontraron internados en instituciones asilares en más de una ocasión son capaces de reproducir prácticas que allí aprendieron y que cumplen con las expectativas de quienes toman decisiones que recaen sobre ellos. Simultáneamente la experiencia de haber vivido en una institución asilar actúa como amenaza a futuro, pues los entrevistados reconocen aquellos comportamientos cotidianos categorizados negativamente que pueden llevarlos a nuevas internaciones.

Asimismo, se observa una retroalimentación entre las instituciones médicas y las judiciales, que atraviesa la experiencia cotidiana de las personas con sentencia judicial de restricción de capacidad jurídica. La complicidad de las diferentes instituciones que desarrollan formas de control simultáneamente, produce dificultades para establecer nuevas cotidianidades por fuera de la intersección médico-judicial. Ejemplo de esto son las formas de sociabilidades y los vínculos que se construyen y mantienen tras peregrinar por tiempo indeterminado por instituciones judiciales y sanitarias. Existe una forma de sociabilidad específica para aquellos que vivencian un padecimiento, ya que experimentan su mundo como distinto, y los otros no comparten esa misma experiencia. Para iniciar una relación hay ciertas consideraciones a tener en cuenta, que son aprendidas también en este campo.

Por otro lado, las personas con padecimiento psíquico con sentencia de restricción de capacidad jurídica desarrollan su vida cotidiana mediante actividades guiadas por el cuidado sobre su dolencia. Así desarrollan hábitos como atender a los cambios suscitados respecto de su salud mental, observar la aparición de los síntomas, reconocer los efectos colaterales de los psicofármacos, demostrar obediencia ante el profesional de la salud, y asistir en condiciones de

aseo y vestimenta a la institución judicial. La vida cotidiana en estos términos, también refleja la intersección médico-judicial, por ejemplo, en la gestión y administración del plan farmacológico por parte de un funcionario administrativo del Poder Judicial. En este aspecto subyace un gesto de judicialización del acceso a la medicación.

Recapitulación y conclusiones

La tesis estudia las experiencias y trayectorias de las personas envueltas en la problemática de la judicialización de la salud mental en la actualidad. Para ello, elaboré cuatro ejes que se desarrollan a lo largo de la tesis: la perspectiva judicial acerca de la capacidad jurídica, los sentidos y vivencias en relación al padecimiento psíquico, las experiencias y trayectorias en el ámbito judicial, y su cotidianidad actual, considerando los recorridos institucionales, las actividades terapéuticas y las formas de sociabilidad.

En el capítulo uno explicité la trama conceptual en la que se sustenta la investigación, partiendo de los procesos de normalización para finalmente abordar la judicialización en la salud mental. También describí de qué manera se circunscribe teórica y políticamente el concepto de salud mental, en relación al concepto de padecimiento mental como una dimensión central en la perspectiva de Derechos Humanos. Además, la estrategia de pensar en las experiencias, ofrece un panorama de investigaciones cualitativas que hicieron de antecedentes al proceso analítico debido a que proporcionó dimensiones de análisis de las cuales partir.

El capítulo dos estuvo dedicado a las características metodológicas y el modo de comprender la investigación social que resultaron relevantes para la elaboración del diseño de investigación, y las decisiones que se adoptaron a lo largo del proceso. También, describí los resguardos éticos que se tomaron en el trabajo de campo, teniendo en cuenta tanto los aspectos burocráticos y legales previos a la realización de las entrevistas, como las cuestiones éticas al momento de poner en práctica el instrumento.

Los capítulos tres y cuatro expusieron los resultados del análisis de los documentos judiciales. Específicamente, el capítulo tres ofreció una descripción del campo judicial en el que se insertan las Curadurías Oficiales, desde un análisis general a la particularidad de la institución local. Caractericé transversalmente la población de la institución, tomando como referencia la totalidad de casos del Departamento Judicial de Mar del Plata. Por su parte, en el capítulo cuatro realicé una descripción focalizada de cuarenta casos de personas representadas por la institución local, seleccionados del primer análisis transversal. Entre las dimensiones destacadas se encuentran: la fecha de la sentencia, franjas etarias más representativas, con quién residen las personas en cuestión y el disparador de la judicialización.

Los capítulos cinco, seis y siete presentaron los resultados del análisis de las entrevistas. Particularmente, el capítulo cinco trató los sentidos en relación al padecimiento desde la perspectiva de los entrevistados, los significados asociados al padecimiento y la resignificación de los proyectos vitales mediados por esta experiencia. En el capítulo seis caractericé las experiencias y trayectorias de las personas con padecimiento psíquico en el ámbito judicial. Esto incluye la comprensión inicial sobre el campo judicial y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria, las modalidades para lidiar con el campo y la construcción de la investidura para resolver situaciones judiciales. Finalmente, en el capítulo siete presenté la significación que adopta el padecimiento psíquico en la vida cotidiana, y las formas de control de las instituciones que se materializa en los recorridos cotidianos de las personas entrevistadas.

Las conclusiones que expongo a continuación están organizadas en ejes analíticos. El primero, denominado “de las distintas sentencias a la homogeneidad de las prácticas”, demuestra que los significados y procedimientos de los operadores judiciales, independientemente del tipo de carátula, se basan en criterios similares que se concentran en la persona judicializada: diagnósticos clínicos combinados con criterios morales, criterios económicos-laborales y vinculares. Le sucede el segundo eje “burocracias, sentencias y diagnósticos”, en el cual expongo aspectos de la burocratización que experimenta una persona con padecimiento psíquico para el acceso a un derecho.

El tercer eje aborda las conclusiones respecto de la normalización del padecimiento psíquico mediante la prescripción de comportamientos, vínculos y medicamentos. El cumplimiento de las pautas dadas por las instituciones judiciales y biomédicas, converge en la configuración moral de las personas judicializadas. El cuarto eje, denominado “capacidad jurídica, clasificaciones y relaciones de poder” confirma que para el ejercicio de derechos se imponen identidades sociales como son las categorías judiciales y las categorías diagnósticas reconocidas al interior del sistema judicial y basadas en sus expectativas y definiciones.

El quinto eje analítico se relaciona con las formas de control en la vida cotidiana basadas en los recorridos por las instituciones. La judicialización, como trayectoria social e institucional, tiene efectos que se extienden a todo el campo social de la persona mediante la perpetuación de procesos institucionales, burocráticos y de tratamientos que construyen el cotidiano de las personas en cuestión. Finalmente, despliego el sexto eje, sobre “la normalización: de la institución total a la

institucionalización ambulatoria”. Las pautas institucionales que se plasma en la vida cotidiana, lejos de buscar la curación, se presentan relacionadas con la gestión de la cronicidad en el campo extrahospitalar. Este ejercicio de poder no puede identificarse en una institución concreta, sino en un tipo de poder que se expande en todo el engranaje del aparato institucional mediante una sensación de vigilancia que garantiza el monitoreo ambulatorio.

Para cerrar, reflexiono acerca de los problemas emergentes durante el curso de la investigación y la redacción de la tesis.

1. De las distintas sentencias a la homogeneidad de las prácticas

El análisis de los documentos judiciales (legajos judiciales archivados en papel en la CO y datos consignados en el sistema digital de Poder Judicial) y del material de entrevistas permitió cotejar la homogeneidad en las prácticas judiciales (respecto al control sobre aspectos clínicos, morales, administrativos-burocráticos, económicos, vinculares), independientemente del tipo de sentencia que reciben las personas representadas por la CO. No obstante, este aspecto entra en tensión con el análisis de las narrativas de los profesionales que se desempeñan en el campo judicial, quienes señalaron las particularidades de las prácticas derivadas de las sentencias. Incluso algunos profesionales indicaron que a pesar de que persistan las sentencias de insania y se asigne un curador, progresivamente este puede actuar a la luz de lo que plantean las normativas jurídicas acerca de los apoyos. Considero que ofrecer instancias de libertad en la toma de decisiones organizadas en función del sentido común institucional, no modifica la caratula judicial, ni significa emprender acciones concretas que promuevan la restitución de la capacidad jurídica en el marco de la burocracia judicial.

Específicamente, el análisis de la categoría de restitución de la Capacidad Jurídica da cuenta de la distancia que existe entre la perspectiva de los expertos y el escenario desde el cual significan las personas con padecimiento psíquico judicializadas. La vulnerabilidad de la persona judicializada subyace, en parte, en el desconocimiento del tecnicismo que caracteriza la investidura de los funcionarios judiciales. En consonancia con esto, el lenguaje utilizado en los documentos judiciales se restringe al lenguaje jurídico, y en ello radica una de las formas del ejercicio del poder, que atraviesa al conjunto de los profesionales, al trabajo interdisciplinario, y a la relación entre el Poder Judicial, sus funcionarios y las personas representadas.

La distinción técnica y conceptual-jurídica entre curatela y sistema de apoyo que proporcionaron los expertos ofrece un panorama esclarecedor de las herramientas que hoy tiene la plataforma normativa de nuestro país. No obstante, los relatos de las personas judicializadas confirman que –desde su punto de vista- no importa tanto el nombre técnico de cada carátula judicial o de cada práctica judicial mientras que el organismo se ocupe de cuidar sus derechos. Algunos entrevistados, además, destacaron la contención que produce ser respaldados por una institución judicial que los asista ante cualquier tipo de problema. A pesar de que las sentencias, en su mayoría, implican la pérdida del ejercicio de la Capacidad Jurídica, para las personas entrevistadas, paradójicamente se presenta como una cuestión menor.

El análisis de los relatos de las personas judicializadas permite constatar que no se dieron grandes transformaciones en materia de Capacidad Jurídica a partir de las normas jurídicas de los últimos años. Por ejemplo, entre los resultados respecto al acceso a la información sobre los derechos de las personas con padecimiento psíquico se destaca el relato de un entrevistado que se refería al derecho al voto, que en lugar de relacionarse con las transformaciones jurídicas y el avance en derechos, se vinculaba con un error del sistema administrativo que le permitía seguir votando a pesar de su carátula judicial.

Por otro lado, los documentos judiciales, específicamente las sentencias y los informes o pericias sociales, exponen una multiplicidad de criterios que se concentran en la persona judicializada: diagnósticos clínicos que se intercalan y combinan con criterios morales (los hábitos de higiene, el cumplimiento de pautas de convivencia), criterios económicos-laborales (la administración adecuada del dinero) y vinculares (las relaciones que se fomentan y que se desalientan). El repertorio de cualidades de la persona judicializada resulta un indicador de que el poder que está en juego en estas instancias judiciales es un poder de normalización –como la asimilación a las normas y valores hegemónicos (Huertas, 2008; 2009)- ya que combina elementos clínicos, vinculares, jurídicos y morales en la figura del causante. Un poder de normalización que no define de forma taxativa o irreversible lo normal y lo anormal, lo desviado y lo que cumple con la norma, el concepto está abierto a formas intermedias y flexibles.

Estos elementos mencionados que se concentran en la figura del causante se reproducen en las prácticas que se llevan a cabo en cada caso y que se exponen en los documentos analizados. En

consecuencia, la CO interviene en los aspectos vinculares, económicos, terapéuticos, burocráticos y personales.

Las dimensiones construidas en función de la lectura de legajos judiciales confirman que las prácticas judiciales exceden ampliamente las carátulas que encabezan cada caso. Se observan sentencias de insanía con procedimiento acorde a sentencias de determinación y viceversa, todo ello en un contexto de transición de un modelo tutelar a un modelo de Derechos Humanos promovido por la legislación vigente. En este contexto de transición en el cual se exige la reválida o reevaluación de las sentencias de insanía e inhabilitación, se promueve un escenario en el cual más allá de las carátulas, los significados y procedimientos de los operadores judiciales se basan en criterios delineados al interior de cada institución judicial. En este sentido, la espera de la reválida de las sentencias judiciales elaboradas bajo un paradigma tutelar, se convierte en un espacio de no derecho, donde predominan respuestas elaboradas de acuerdo a los criterios particulares de cada institución que están basados en el sentido común colectivo de la CO.

2. Burocracias, sentencias y diagnósticos

El análisis de los sentencias judiciales de las personas con restricción de capacidad jurídica representadas por la CO también demostró que muchas de las circunstancias que promueven la judicialización se relacionan con la necesidad de gestionar recursos para la persona. La relación que se establece entre la gestión de un recurso y el proceso judicial de restricción de capacidad jurídica implica una táctica burocrática que se ha instaurado como parte de las prácticas judiciales ante los casos de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico, pero que no tiene fundamentos jurídicos, técnicos y teóricos.

Este aspecto también se corrobora desde las narrativas de las personas judicializadas. En este sentido, caracterizar las experiencias y trayectorias de las personas con padecimiento psíquico en el ámbito judicial significó comprender las modalidades para lidiar con la burocracia, el uso de determinados diagnósticos por el sistema judicial, así como la experticia adquirida en el transitar institucional.

La imposibilidad o extrema dificultad de lidiar con procesos burocráticos relacionados con el ejercicio de derechos tanto para las personas como su entorno social, deriva en la judicialización. Luego los sujetos irán conociendo cómo funcionan las tramas burocráticas y los procedimientos

necesarios para hacer valer sus derechos, pero ello conlleva el aprendizaje que deviene de la circulación en el Poder Judicial. Recorrer la burocracia para acceder a los recursos necesarios produce cierta experticia en temas de gestiones e instituciones médicas y judiciales.

Los datos también permiten constatar la vigencia de la relación entre el ejercicio de cualquier derecho -como el acceso a un subsidio- y la necesidad de la sentencia judicial. Desde esta perspectiva, una de las prácticas tutelares, que continua vigente en el sistema judicial en colaboración con otras esferas del Estado, es el otorgamiento de sentencias que restringen su Capacidad Jurídica para el acceso a un derecho.

En el mismo sentido, se observa una relación entre el acceso a un subsidio y el diagnóstico, en tanto el mismo resulta una condición para concretar gestiones burocráticas específicas. Cabe destacar que los diagnósticos fueron impuestos en un contexto institucional que exigía el uso de determinadas tipologías. La relación establecida entre el diagnóstico, la sentencia judicial y el acceso al ejercicio de derechos visibiliza el enlace entre los saberes médico-jurídico de cara al establecimiento de una red de instituciones que indican los límites de la normalidad.

El análisis de los diagnósticos impuestos permite detectar formas de tratamiento moral para quienes se encuentran en procesos de judicialización. Parte de este tratamiento, que busca en definitiva la obediencia del otro, es la tolerancia a diagnósticos y sentencias que se imponen en esa red administrativa que se teje entre categorías, certificados y derechos. Aguantar el diagnóstico impuesto y necesario para el ejercicio de un derecho forma parte de la construcción moral –o subjetivación de la norma (Huertas, 2008)- de las personas judicializadas que refleja el pasaje de técnicas autoritarias-coercitivas a intervenciones persuasivo-manipuladoras.

La tesis concluye que las instituciones que participan del proceso de judicialización modulan las conductas de las personas en cuestión y sus decisiones. La judicialización no es solo de la salud mental, es de la vida por completo ya que supone la perpetuación de procesos institucionales, burocráticos y de tratamientos que construyen el cotidiano de los sujetos judicializados. Asimismo, la judicialización es un proceso que se presenta como irreversible. Realizar investigaciones en esta área visibiliza la urgencia de la implementación de políticas públicas que propicien el ejercicio de los derechos de las personas con padecimiento psíquico judicializadas y las que aún no lo están.

3. La normalización del padecimiento psíquico: la prescripción de comportamientos, vínculos y medicamentos

El análisis de los sentidos en torno al padecimiento psíquico desde la perspectiva de los entrevistados, reveló algunas continuidades respecto del análisis de los documentos judiciales en relación a la configuración moral de las personas judicializadas. El cumplimiento de prescripciones de diferente índole confluye en la configuración moral de quien recibe un diagnóstico de salud mental mediante la articulación de una serie de aspectos como el trabajo, la cabeza, la higiene, la tranquilidad y el modo de relacionarse. Asimismo, el análisis de las formas de comprender la salud mental expresa de qué manera los padecimientos refieren a significaciones negativas colectivas, y de qué manera se vinculan con las instituciones que responden a dichas significaciones y controles colectivos.

Entre las prescripciones se destacan la del tratamiento farmacológico. Se observa en los relatos la presencia de la medicación: sus efectos, su administración, los horarios pautados para su ingesta. Una de las consecuencias de cumplir con las prescripciones farmacológicas durante largos periodos de tiempo consiste en poner en duda sus propias percepciones, ya que consideran que las mismas están incididas o son efecto de la medicación psicofarmacológica. Este aspecto es una muestra de que los individuos se transforman mediante el psicofármaco que ingiere (Martin, 2007; Bianchi, 2018).

Asimismo, el análisis demuestra que la táctica más utilizada por el operador judicial para que los representados cumplan con las prescripciones farmacológicas en el tratamiento ambulatorio es el acompañamiento terapéutico. El mismo se convierte en un dispositivo que, en todos los casos, cumple el rol de controlar la medicación o de promover el hábito de administrar la medicación en pos de un específico estilo de vida farmacológico.

La internación es una de las prácticas más mencionadas, sin embargo en pocos relatos emerge como una práctica terapéutica. En este contexto, el análisis de datos permite dar cuenta que las personas entrevistadas elaboran formas de autocuidado para preservarse del hospital. La relación establecida entre salud mental y tranquilidad, en oposición a la internación se establece como una prescripción de comportamiento ya que los sujetos deben permanecer tranquilos para, de esa manera, evitar la internación. La experiencia de haber vivido en una institución asilar actúa como amenaza a futuro, pues los entrevistados reconocen aquellos comportamientos cotidianos

categorizados negativamente que pueden llevarlos a nuevas internaciones. La amenaza de la internación psiquiátrica es constante –es una posibilidad siempre presente- pues se trata de una práctica que se reitera a lo largo de la vida.

Siguiendo con las prescripciones, a partir de los datos se puede cotejar la incorporación de las normas en el transitar por el sistema de salud para el acceso a recursos relacionados con su dolencia. La experiencia de gestionar recursos en el sistema y adherir a los tratamientos indicados, contribuye con la construcción de la moralidad de quien es diagnosticado y transita por el sistema médico-judicial.

Concluyo, en este punto, que las normatividades acaecidas por el diagnóstico y la prescripción del comportamiento, medicamentos y vínculos como un área clave a la hora de establecer formas de control, confluyen en la configuración moral y el desarrollo de un quehacer de las personas diagnosticadas y judicializadas. Como consecuencia de lo expuesto, las prescripciones, lejos de buscar la curación, se presentan relacionadas con la gestión de la cronicidad, en un marco de renovación o disolución de la diferencia tajante entre lo normal y lo patológico.

La configuración moral de las personas no tiene que ver exclusivamente con lo punitivo y correctivo, sino con gestionar la vida en el campo extrahospitalar. En este sentido, el padecimiento psíquico no es modelado ni por el Poder Judicial ni por el poder sanitario de modo excluyente, sino que atraviesa ambos campos transversalmente. Lo disciplinario no puede identificarse en una institución concreta sino en un tipo de poder que se expande en todo el engranaje del aparato institucional.

Esta trama normalizadora es posible gracias a la vigilancia constante que se expande en el campo judicial en enlace con el campo biomédico. La búsqueda de un comportamiento acertado por parte de las personas entrevistadas para cumplir con lo establecido se produce mediante esa sensación de vigilancia que se perfecciona gracias a que los vínculos luego del diagnóstico comienzan a circunscribirse al campo médico-judicial. En esta clave, hay que entender cómo es que el comportamiento de los sujetos es orientado no sólo por el cumplimiento del tratamiento, sino por prescripciones que incluyen: las compañías en la vida cotidiana, la higiene, la administración de los psicofármacos, entre otros elementos que exceden lo estrictamente clínico y lo administrativo-judicial.

4. Capacidad jurídica, clasificaciones y relaciones de poder

Una de las decisiones acertadas en la investigación en la que se basa esta tesis fue emprender la judicialización como trayectoria social e institucional. Se corroboró que la inserción de una persona al campo judicial por vía de una sentencia de insanía, inhabilitación o determinación de capacidad tiene efectos que se extienden a todo el campo social de la persona, independientemente del tipo de sentencia que reciba. Todo ello da lugar a una conceptualización de la judicialización que permita irradiar la discusión en múltiples direcciones significativas en las ciencias sociales, saliendo de los márgenes del análisis de las sentencias.

En este escenario ampliar la noción de institucionalización abrió campos de investigación, como es el caso de la judicialización de la salud mental en Argentina, que no fueron investigados en las ciencias sociales y que se presentaban como prioritarios en un contexto de transformaciones conceptuales, jurídicas y políticas vigentes en el campo de la salud mental.

Los resultados acerca de las trayectorias institucionales de las personas entrevistadas, ratifican que el acceso a determinados derechos requiere el aprendizaje de normas, tramas burocráticas y procedimientos establecidos al interior de las instituciones judiciales, obras sociales y sistemas de salud.

Otra de las características de la judicialización consiste en la creación de distinciones conceptuales y prácticas entre los sujetos basadas en comportamientos, percepciones y relaciones. Las tipificaciones trasladadas a la distribución de las personas en los modelos de instituciones son una cuestión que prevalece a lo largo del tiempo. En este contexto, se observa que para el ejercicio de derechos se imponen identidades sociales como son las categorías judiciales y las categorías diagnósticas reconocidas al interior del sistema judicial. De esta manera, se construye una identidad social basada en expectativas y definiciones institucionales.

Concluyo en este núcleo que la burocratización de cada proceso o práctica judicial que experimenta una persona con padecimiento psíquico para el acceso a un derecho imposibilita la implementación de los sistemas de apoyo tal como las leyes vigentes imponen. Esto se produce debido a la incongruencia entre los tiempos judiciales y la urgencia del ejercicio de derechos de las personas judicializadas. La finalización de la investigación que dio pie a esta tesis en un contexto de transformaciones legales respecto a la capacidad jurídica, incita a continuar realizando investigaciones sociales que visibilicen la situación en el plano de las prácticas sociales al interior

del campo judicial.

5. Las formas de control en la vida cotidiana: recorrer las instituciones

La tesis también propuso la descripción de la significación del padecimiento psíquico en la vida cotidiana, y de las formas de control de las instituciones que se materializa en los recorridos cotidianos de las personas entrevistadas. La categoría de vida cotidiana fue uno de los emergentes del trabajo de investigación en el que se sustenta la tesis, porque en el cotidiano se articulan las prácticas judiciales y biomédicas. El análisis expuesto da cuenta que en los recorridos que las personas emprenden en su cotidianidad confluyen ambas instituciones.

Mediante el análisis de las actividades y hábitos que desarrollan diariamente los participantes de las entrevistas, se constata que la vida cotidiana ante los tratamientos ambulatorios se vuelve un escenario propicio de control y supervisión por parte de las instituciones. A partir de los resultados ya expuestos se puede verificar que las actividades terapéuticas, las gestiones administrativas y las tareas en el sistema judicial son las principales preocupaciones de las personas entrevistadas. En este sentido, en la vida cotidiana se presentan obligaciones relacionadas con cuidados específicos como la gestión y administración adecuada de la medicación, la asistencia recurrente a terapias, el cobro de la pensión, entre otros.

El recorrido por las instituciones garantiza el monitoreo ambulatorio a lo largo de la vida cotidiana – mediante la asistencia a las instituciones- organizando el uso del tiempo, e incluso la vida social. La prescripción de comportamientos, vínculos y tratamientos se plasma en la vida cotidiana mediante aspectos relacionados con una forma ideal de comportamiento en diferentes contextos y ante diversos actores sociales. En algunos fragmentos se manifiesta, de forma explícita, el deber de adherir al tratamiento, de cumplir con las terapias y respetar las pautas indicadas por su médico-psiquiatra. La obediencia a las obligaciones impuestas por los profesionales adquiere relevancia en los contextos extramuros.

En este eje se puede concluir que el pasaje de las instituciones asilares al surgimiento de otros tipos de estrategias terapéuticas renovó, en parte, las formas de normalización de los sujetos de la psiquiatría. La preocupación, ahora, gira en torno de cumplir con las pautas impuestas y ser consciente del riesgo que implica no poder administrarse a sí mismos de modo prudente. El análisis dio cuenta que el cumplimiento de las pautas se relaciona con la responsabilidad, la autonomía y la prudencia, lo que deriva en una autocategorización de acuerdo al grado de obediencia. Todo ello

se entrelaza con un contexto mayor en el cual los diagnósticos se abordan en clave de riesgo incluyendo numerosos aspectos asociados a lo cotidiano.

El establecimiento de lo normal y lo patológico no se restringe a un campo ni se ejerce del mismo modo a lo largo del tiempo. Los efectos normalizadores de la institución asilar se extienden en su versión liviana a la institución judicial, y en la actualidad adquieren particularidades que esta tesis procuró relevar. En relación con este aspecto, a lo largo de la exposición de resultados, también destacué el adiestramiento que reciben quienes rodean a la persona judicializada con el fin de cumplir con el control impulsado por esta red eficientemente en el exterior. De acuerdo a los datos obtenidos para esta tesis, se puede constatar que la figura del acompañamiento terapéutico es uno de los intermediarios entre la persona, el sistema judicial y el sistema biomédico, cuyo rol consiste en participar en la gestión y administración de las tareas de la vida cotidiana y de esa manera encauzar a la persona con diagnóstico de padecimiento psíquico y sentencia judicial de restricción de capacidad jurídica.

6. La normalización: de la institución total a la institucionalización ambulatoria

Otro de los resultados significativos obtenidos del análisis de los aspectos institucionales y contextuales de la CO de Mar del Plata se relaciona con las formas de control que se presentan en el ámbito ambulatorio. Cuando las personas residen en la misma localidad en la que se encuentra la institución judicial es posible establecer formas de control y promover procesos ambulatorios en la comunidad, mediando en la relación otros mecanismos como la prescripción de comportamientos, vínculos y terapéuticas. Este dato, producto del análisis de los documentos, es congruente con el análisis de las entrevistas, en el cual se reiteran las formas de control por fuera de los espacios asilares.

En este sentido, el respeto por las pautas de convivencia, así como la capacidad para vivir solo, son aspectos relevantes en término de autonomía desde la perspectiva del Poder Judicial. También es parámetro de la autonomía, la capacidad para sobrellevar la cotidianidad en los aspectos que la CO destaca (higiene, aseo, vestimenta, orientación en tiempo y espacio, tener vínculos adecuados). La relevancia de la capacidad para administrar el dinero es otra de las cuestiones valoradas en los documentos al momento de referirse a la autonomía, ya que conocer el valor del dinero es indicador de salud mental. Asimismo, en los legajos se destaca las relaciones del causante como un aspecto a supervisar o controlar a lo largo de toda su vida. En esta clave, desde el ámbito

judicial y desde el campo médico se establece cómo comportarse, con quién relacionarse e, incluso, qué es posible anhelar.

Me interesa destacar también que la combinación de aspectos observados en los expedientes judiciales (a saber: elementos clínicos, vinculares, jurídicos y morales) se reitera en el análisis de las entrevistas. Las personas con padecimiento psíquico no tienen contacto constante con quienes hacen la prescripción de tratamientos, de vínculos y de comportamientos, sin embargo las reglas establecidas se cumplen porque la sensación de vigilancia es permanente. La misma se organiza en base a una diversidad de dispositivos judiciales, jurídicos y biomédicos que permiten visibilizar que los diferentes modelos de ejercicio del poder sobre los sujetos no se reemplazan ni son excluyentes entre sí, sino que se superponen.

A pesar de que muchas de las personas de los casos seleccionados se encuentran en tratamiento ambulatorio y poseen autonomía en diferente medida, observo como regularidad que la CO está presente en todos los aspectos de la vida del causante, promoviendo así la cronificación institucional que supone la perpetuación de procesos institucionales, burocráticos y de tratamientos. De esta manera se manifiesta un poder de normalización que consiste en modos rutinarios de autogobernarse derivado de la modelación de las costumbres.

El estudio de la judicialización de la salud mental permite corroborar una vez más que la forma de establecer lo normal y patológico no se restringe al campo médico, sino que existen otras instituciones como el poder judicial donde el control social se ejerce de otros modos, tanto para proteger como para vigilar. Esto puede comprenderse en el siglo XXI, porque la normalización se presenta como un concepto abierto a formas intermedias y flexibles, ya que se pueden encontrar formas no vinculadas directamente al desorden o desvío (Bianchi, 2016), ni centradas en la reclusión como estrategia general.

Concluyo que las especificidades del control de la vida cotidiana en las formas terapéuticas ambulatorias bajo el paradigma actual, implican pensar la institucionalización más allá de la institución total, en términos de un proceso de control social doble -que se extiende a los espacios de encierro- que actúa mediante la coerción, la sugestión y la asimilación de normas y valores hegemónicos, todo ello en un contexto de límites difusos de lo normal y lo anormal. Ser pacífico, dócil, y tomar conciencia -que, en parte, consiste en asumir ese rol de docilidad- son aspectos que contribuyen con mantenerse fuera de la institución asilar.

7. Investigación cualitativa, salud mental y problemas emergentes

A lo largo del proceso de construcción de conocimiento sobre un problema se elaboran nuevas preguntas de investigación que, dados los tiempos, la precisión y la finitud del proceso científico en curso no pueden ser abordadas.

Estudiar las experiencias y trayectorias de las personas envueltas en la problemática de la judicialización de la salud mental en la actualidad conllevó resolver algunas dificultades en lo que respecta a la ética de la investigación. Este punto subraya la importancia de avanzar específicamente en el establecimiento de acuerdos respecto de la formulación ética de los instrumentos de recolección de datos en la investigación cualitativa. En este punto la tesis, más que ser conclusiva, abre un posible problema de investigación, como es el caso de la ética de la investigación social cualitativa en el campo de la salud mental.

Anexos

Solicitud de autorización para la realización de las entrevistas

A Curaduría Oficial
de los Departamentos Judiciales
de Mar del Plata y Necochea
S _____ / _____ D

Motivo de referencia: solicitud de autorización
para entrevistas de investigación

Me dirijo a usted a efectos de solicitar su autorización para realizar entrevistas a personas representadas por la Curaduría Oficial. El material recabado con la entrevistas permitirá concretar el trabajo de campo de la tesis doctoral de mi autoría denominada: *La judicialización de la salud mental: experiencias de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico y sentencia de restricción de capacidad jurídica en Mar del Plata*. Esta Investigación ha sido aprobada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y constituye la tesis del Doctorado en Ciencias Sociales (UBA) de quien escribe. Se desarrolla en el contexto del grupo de investigación Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos, del Centro de Investigación y Docencia Alicia Moreau. Siguiendo resguardos éticos nacionales e internacionales relacionados con las investigaciones en salud humana, en la totalidad del proceso de investigación la identidad de los representados será preservada. Para ello, se tomarán las siguientes medidas:

- (1) los datos de los participantes serán confidenciales;
- (2) las transcripciones de las entrevistas no contendrán ninguna mención de su nombre, y cualquier información de identificación de la entrevista será eliminada;
- (3) En cada encuentro no se avanzará en el instrumento sin antes generar un acuerdo comunicativo en el que se explicita el objetivo de la investigación, el objetivo de la entrevista, y las medidas tomadas para el resguardo de su privacidad;
- (4) Además, los nombres utilizados en los fragmentos de entrevistas (que desplegaré en la realización de la tesis y producciones académicas) constituirán seudónimos seleccionados por los mismos entrevistados. Cabe aclarar que la información recabada se utilizará exclusivamente para el propósito de esta investigación. Los resultados de este estudio también estarán a su disposición.

La investigación atiende a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET, y se orienta mediante la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud N° 1480/2011). Además el estudio respeta los Principios Éticos para la Investigación con Seres Humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 de Investigaciones Científicas en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario, y la Ley 25316 de Protección de Datos Personales.

Para finalizar adjunto a esta nota el plan de trabajo de la investigación, y quedo a su disposición para resolver cualquier inquietud.

Saluda a usted atentamente

Datos de contacto: correo electrónico gabrielasilvinabru@hotmail.com

Consentimiento informado

Responsable: Gabriela Silvina Bru
Centro de Investigación y Docencia Alicia Moreau (UNMDP)
gabrielasilvinabru@hotmail.com

Estimado/a:

Usted está invitado/a a participar en la investigación denominada *La judicialización de la salud mental: experiencias de personas con diagnóstico de padecimiento psíquico y sentencia de restricción de capacidad jurídica en Mar del Plata*. Su participación consistirá en el desenvolvimiento de una entrevista, siendo esta completamente voluntaria. La duración estimada será de aproximadamente una hora de su tiempo.

Es preciso informar que su identidad será preservada, y que, en este sentido, se tomarán las siguientes medidas:

- Los datos de los participantes serán confidenciales.
- Las transcripciones de las entrevistas no contendrán ninguna mención de su nombre, y cualquier información de identificación de la entrevista será eliminada.
- A las notas y transcripciones de entrevistas solo tendrá acceso la titular de la investigación y la directora que orienta el trabajo.
- En ningún momento su nombre será utilizado o revelado, así como ninguna información de identificación. El investigador para preservar su confidencialidad al procesar la información procederá con los siguientes cuidados: la asignación de un seudónimo que se utilizarán en todas las notas del investigador y documentos.

La investigación atiende a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET, y se orienta mediante la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana (Resolución Ministerio de Salud N° 1480/2011). Además, el estudio respeta los Principios Éticos para la Investigación con Seres Humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 de Investigaciones Científicas en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario, y la Ley 25316 de Protección de Datos Personales.

Antes de que confirme su decisión de participar nos gustaría ofrecerle información adicional y responder cualquier inquietud adicional que pudiera tener.

Procedimiento del estudio

¿Qué sucede si me niego a participar?

La participación es completamente voluntaria y depende únicamente de su decisión. En caso de aceptar se le dará el Formulario de Consentimiento Informado para que lo firme, sin que ello provoque perjuicios de ningún tipo.

¿Existen posibles riesgos o malestares por participar? Los tópicos que trabajaremos en la entrevistas fueron seleccionados críticamente para no generar malestares. Pero si usted observa que algunos de los temas puede generarle una situación no deseada puede no responder las preguntas, o concluyendo la conversación si usted lo decide.

¿Cuáles son los posibles beneficios por participar? Usted puede acceder a una copia de la transcripción de la entrevista, así como a los resultados de la investigación. En términos generales, anhelamos que los resultados obtenidos brinden insumos para analizar algunas de las barreras, dificultades y desafíos presentes actualmente en la implementación de las nuevas normativas en materia de capacidad jurídica, autonomía y salud mental en la ciudad de Mar del Plata.

¿Recibiré alguna compensación por participar del estudio? Usted no recibirá ninguna compensación económica por participar del estudio.

¿Se conservará la privacidad de mi nombre o todos conocerán mis datos personales? Los resultados se escribirán de forma tal que nadie pueda decir que datos provinieron de usted.

¿Puedo llamar a alguien si tengo alguna pregunta? Podrá realizar cualquier pregunta que tenga sobre este estudio a la investigadora responsable del estudio. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en una investigación, deberá comunicarse con Gabriela Bru, al contacto (223)3027203, o al mail gabrielasilvinabru@hotmail.com.

Los aspectos éticos del proyecto de investigación han sido evaluados por el PTIB constituido en Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Declaración del consentimiento del participante

Yo, _____, he leído este formulario de Consentimiento Informado y he recibido información por parte de Gabriela Bru. Con mi firma ratifico mi aceptación de las condiciones anteriormente expuestas, expresando así mi voluntad y compromiso de participar en este estudio. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin recibir ningún tipo de represalias. Asimismo se me ha explicado que ni mi nombre ni mis datos personales serán identificables en ningún informe científico o publicaciones que pudieran resultar de esta investigación.

No recibiré por parte de Gabriela Bru una remuneración por participar de la entrevista.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito que serán anónimos, preservando así mi derecho a la confidencialidad. Y que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Puedo comunicarme con la investigadora responsable del estudio en cualquier momento si tengo cualquier pregunta.

Tabla: Descripción de los legajos judiciales tomados para el análisis

Categoría	Propiedades	Frecuencia sobre 40
Género	Mujer	19
	Varón	21
Diagnóstico del informe	Psicosis	13
	Esquizofrenia	18
	Retraso	4
	Bipolar	2
	Otros	3
Grupo etario	39-59	23
	60-80	17
Vive con	Solo	9
	Familia	11
	Otros	20
Residencia	Propia	15
	Alquila	6
	Pensión	9
	Hogar	10
Tipo de sentencia	Insanía	32
	Inhabilitación	6
	Det. de capacidad jurídica	2
Fecha de sentencia	Década de 1980	2
	Década del 1990	12
	Década de 2000	17
	Década de 2010	9
Disparador de la judicialización	Asesoría de Incapaces	11

	Médico tratante	7
	Empleador	1
	Familia	10
	Municipio	1
	Juzgado Civil y Comercial	2
	Sin dato	8

Fuente: Elaboración propia en base a legajos judiciales

Tabla: Categorías y propiedades construidas en base a legajos judiciales

Categorías	Propiedades
Circunstancia de la sentencia	Diagnóstico
	Incapacidad
	Gestión de subsidio
	Conflictividad con la familia
	Derivación de médico tratante
	Desprotección
	Conducta desadaptativa
	Derivación de sede penal
Práctica derivada de la sentencia	Vincular
	Económico
	Tratamiento biomédico
	Vincular-profesional
	Situación social
	Trámites personales
	Autonomía
Menciones de la vida cotidiana	Acerca del tratamiento
	Acerca de lo laboral
	Higiene
	Autonomía
	Económico
	Vincular-social
Autonomía	Convivencia
	Laboral
	Económico
	Cotidianidad
	Relacional
	Higiene
	Tratamiento
Entorno social	Vínculos familiares
	Vínculos familiares perjudiciales para el usuario
	Vínculos construidos en los dispositivos
	Conflicto con los vecinos
	Cuidadores formales

Fuente: elaboración propia en base a legajos judiciales

Referencias bibliográficas

ACUÑA, C. & BULIT GOÑI, L. (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.

AUGSBURGER, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médicos sociales*, 80, pp. 61-75.

ALEMAN, J. (2018). El neoliberalismo es una fábrica de subjetividad. *Revista de salud*, 2 (4).

ALMEIDA, P; CASTRO SILVALL, P. & otros (2013). Desafiando temores: relatos de usuarios frente a trastornos fóbico-ansiosos. *Revista Enfermagem*, 66(4), 528-534.

ALVES, P. (1994). Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Caderno Saúde Pública*, 9(3), 263-271.

_____ (2006). La fenomenología y los abordajes sistémicos en los estudios socio antropológicos de la enfermedad: breve revisión crítica. *Cadernos Saúde Publica*, 22(8), 1547-1554.

AMARANTE, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos Saúde Pública*, 11(3), 491-494.

ANGELINO, A. & ROSATO, A. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

BANG, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

BANZATO C & ZORZANELLI R. (2014). Superando a falsa dicotomía entre natureza e construação social dos pontos o caso dos transtornos mentales. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 17 (1), 100-113.

BARCALA, A. (2011). Los dispositivos de atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la ciudad autónoma de Buenos Aires. En Blanck, E. (Coord.)

(2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.

_____ (2017). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En Barcala, A y Conde L. (Comp.). (2017). *Salud Mental y niñez en la Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Recuperado de: <https://www.teseopress.com/saludmental>

BARCALA, A. & CABRERA, M. (2015) La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

BARRAL, M. (2015). Salud Mental y vejez. La institucionalización geriátrica y el enfoque de derechos. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

BASAGLIA (2006). *Escritos seleccionados en salud mental y reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

BECKER, H. (2014). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI

BENADIBA L. & PLOTINSKY D. (2005). *Introducción a la historia oral*. Buenos Aires: Imago Mundi.

BERTAUX, D. (1999). *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. (TCU 0113020 de la Universidad de Costa Rica). (Trabajo original publicado en 1980).

BEZERRA, I; FRANCO, T. & otros (2015). Proyecto terapéutico en Salud Mental: Práctica y procesos en las dimensiones componentes de la atención psicosocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14.

BIAGINI, G. (1996). El campo de la salud y el desarrollo del conocimiento científico. Publicación Interna, Cátedra de Sociología de la Salud, 2. FCS /UBA.

BIANCHI E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al “ADHD”. *Revista Latinoamericana Ciencias Sociales y Niñez*, 8(1), 43-65.

_____ (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), 1021-1038.

_____ (2014). Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. *Revista Culturas Psi/Psy*, (2), 87-114.

_____ (2014b). Biopolítica: Foucault y después? Contrapuntos entre algunos aportes límites y perspectiva asociadas a la biopolítica contemporánea. *Astrolabio*, 13.

_____ (2014c). Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca de ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en la infancia (1994/2012). (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Colombia.

_____ (2015). “El futuro llegó hace rato”. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Revista de Estudios Sociales*, 52, 185-199.

_____ (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿Hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 417-430.

_____ (2018). La medicalización contra las cuerdas puntuaciones teóricas metodológicas puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDH en Argentina. En Bianchi E y Faraone, S (2018) Medicalización Salud Mental e infancia.

_____ (2018b). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(2), 214-257.

BIANCHI, E; ORTEGA & otros (2016). Medicalización más allá de los médicos marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998). *Saude*, 25, 452-462.

- BIANCHI, E & LORENZO, N (2013). “La recuperación es para obedientes”: Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3(1).
- BORBAL, L. MAZZALL, V. & otros (2012). Atención en salud mental basada en el modelo psicosocial: testimonios de familiares y personas con trastorno mental. *Enfermagem*, 46 (6).
- BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. (A. Dilon). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1992).
- BOURDIEU, P. (1999). *La miseria del mundo*. (H. Pons) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1993).
- BRAIN, A; GREGGIO & G; SANFELIPPO, L (2018). Sala Abierta. Transformaciones en una sala de internación de salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, 5(5).
- BRAVO, O. (2010). La construcción institucional del loco peligroso. *Psychol*, 9(1), 263-275.
- BUCETA, C. FERREIRA, I. (2011) La vulnerabilidad social y la (no tan) sutil discriminación. En En Blanck, E. (Coord.) (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- BURY, M. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*. 3, pp. 167-182.
- CABRAL BARROS, J.A. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.
- CAMARA, M. & PEREIRA, M. (2010). Percepciones de trastorno mental de usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Gaúcha Enfermagem*, 31(4), 730-743.
- CAMPOS, R & HUERTAS, R (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *En Ciencia, Pensamiento y Cultura*.
- CARVALHO, S. (2015). Governamentalidade, “Sociedade liberal avancada” y saude: diálogos com Nikolas Rose (Parte I). *Interfaces: comunicacao, saude y educacao*, 19 (54), 647-658.

- CASARES, C. (2007). *Salud mental y derechos humanos a concretar*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- CASTEL, R. (2011). *El orden psiquiátrico*. (H. Scholte) La edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CAYO PEREZ, L. (2010). *Discapacidad, Derecho y Políticas de inclusión*. Madrid: Cermi.
- CHARMAZ, K. (1990). Discovering Chronic Illness: Using Grounded Theory. *Social Science and Medicine*, 30, pp. 1161-1172.
- CHIARVETTI, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17. pp. 173- 182.
- CONRAD, P. (1985). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. Ingleby, D. (Comp.) *La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Crítica.
- CONRAD, P. (1990). Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Sciences and Medicine*.30, pp. 1257-1263.
- COSTA, F. & RODRIGUEZ, P. (2017). *La salud inalcanzable*. Buenos Aires: Eudeba.
- COVELO, B & MOREIRA, M. (2015). Los lazos entre la familia y los servicios de Salud Mental: la participación de los familiares en el cuidado del sufrimiento psíquico. *Interface*, 19 (55).
- CUCATTO, A. (2013). El lenguaje jurídico y su desconexión con el lector especialista: el caso de a mayor abundancia. *Letras de hoje*, 48 (1), pp. 127-138.
- CUENCA, P. (2011). Derechos humanos y modelos de tratamiento de la discapacidad. *Paneles En tiempo de los Derechos*, 3.
- DAVIDSON, L. (2003). *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York: University Press.
- DE ASIS, R. (2007). Derechos humanos y discapacidad. En la obra: Palacios, A. (Ed.) *Igualdad, no discriminación y discapacidad*. Madrid: Dykinson.

DE LELLIS, M. (2015). *Perspectiva en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Nuevos tiempos.

DELEUZE, G. (1987) *Foucault*. (J. Vazquez Pérez) Barcelona: Paidós. Trabajo original publicado en 1986.

DENZIN, N. & LINCOLN Y. (2005). *La disciplina y la práctica de la investigación cualitativa*. Third Edition Thousand Oaks: Sage publication

DINIS, C.; RODRIGUES, T. & CARVALHO, J. (2014). Los cuidadores familiares de personas con psicosis: satisfacción en el cuidado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1.

DONZELOT J. (1998). *La policía de las familias*. España: Pre-Textos. (Trabajo original publicado en 1990).

EROLE, C. (2008). *Familia, democracia y vida cotidiana*. Buenos Aires: Espacio.

FALCONE, R. (2009). El Testimonio Mental. Historias clínicas de la Colonia Nacional de Alienados Open Door (1905-1920). Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación. *Investigación psicológica* 14(1), 65-76.

FARAONE, S. (2013). Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud mental y comunidad*, 3 (3).

_____ (2018). Normativa, paradigmas y conceptos. En Bianchi E y Faraone, S. (Comp.) (2018) *Medicalización Salud Mental e infancia*. Recuperado de <https://www.teseopress.com/medicalizacion/chapter/normativa-paradigmas-y-conceptos-avances-resistencias-y-tensiones>.

FARAONE, S; BARCALA, A. & otros (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia. *Revista Margen*, 54.

FARAONE, S. & VALERO, A. (2013) *Dilemas en Salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

FARAONE, S & otros. (2011). Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad. Una experiencia de transformación institucional. *Salud mental y comunidad*.

FARAONE, S. & otros (2012). Accesibilidad y Derechos Humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Revista de Salud Pública*, 3 (12).

FERREYRA, M & MARTIN, M. (2014). Cuerpo, Emociones y Discapacidad: la experiencia de un “desahucio”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 14 (6), 22-33.

FOUCAULT, M. (1984). La Ética del Cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. *Rev Concordia* 6, pp. 96-116.

_____ (1992). *Microfísica del poder*. (J. Várela y F. Álvarez-Uría). Madrid: Las Ediciones de La Piqueta. (Trabajo original publicado en 1979).

_____ (1998). *Historia de la Sexualidad I*. (Ulises Guinazú). México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1976).

_____ (2002). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1969).

_____ (2006). *La vida de los hombres infames*. (J. Várela y F. Álvarez-Uría). Edit. Altamira.

_____ (2008). *Las palabras y las cosas* Prefacio. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1969).

_____ (2011). *Los anormales*. (H. Pons). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1999).

_____ (2012). *El poder psiquiátrico*. (H. Pons). Buenos Aires: Fondo de cultura económica. (Trabajo original publicado en 2003).

_____ (2012b). *Historia de La locura en la época clásica III* (J. Utrilla). México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1964).

_____ (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. (A. Garzón del Camino) Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975).

_____ (2012c) *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida.* (H. Pons) Buenos Aires: Siglo XXI.

FREIDSON, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado.* (M. Hirsch). Barcelona: Península.

FREIRE, E; & IGLESIAS, C. (2014). Vida cotidiana, afectividad y esquizofrenia: un estudio en adultos portugueses. *Revista Psicología, 19*, 633-644.

GALENDE, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* México: Paidós.

_____ (2008). *Psicofármacos y Salud Mental.* Buenos Aires: Lugar.

_____ (2012). Consideración de la subjetividad en salud mental. *Salud Mental y comunidad, 2* (2).

GARBUS, P; SOLITARIO, R & STOLKINER, A (2009). Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas. En Facultad de Psicología, UBA (UBA) Anuario de Investigaciones, Volumen 16 (pp. 329-338) Buenos Aires: Biblios.

GARCIA NEGRONI, M (2016). *Para escribir bien en español.* Buenos Aires: Waldhuter.

GEERTZ, C. (1987). *Descripción densa: Hacia una teoría interpretativa de la cultura.* En *La interpretación de las culturas.* Barcelona: Gedisa.

GOFFMAN, E. (2012) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* (M. Oyuela de Grant). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961).

GOFFMAN, E. (2015) *Estigma. La identidad deteriorada.* (L. Guinsberg). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1963).

GOLDENBERG, P. (2003). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GOOD, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

GORBACZ, L. (2011). La ley de salud mental y el proyecto nacional. En Blanck, E. (Coord.) (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.

GRIMBERG, M. (2002). VIH, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médico sociales*, 82, 43-59.

GUATTARI F. & ROLNIK S. (2006). *Micropolítica. Cartografía del deseo*. (F. Gómez). Buenos Aires: Tinta limón. (Trabajo original publicado en 2005).

GUBER, R. (2018). “Volando rasantes”... etnográficamente hablando. Cuando la reflexividad de los sujetos sociales irrumpe en la reflexividad metodológica y narrativa del investigador. En PIOVANI, J & MUÑIZ TERRA, L. (Ed.). (2018) *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*. Buenos Aires: Biblos.

GUEMUREMAN, S. (2018). El tríptico secreto silencio y exclusión en las tramas de violencia y padecimiento psíquico de niños. *Psicoperspectivas* 17(2).

HACKING, I. (2001). *La construcción social de qué?* (J. Sánchez). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1999).

HELLER, A. (2002). *Sociología de la vida cotidiana*. (E. Perez Nadal). Barcelona: Península. (Trabajo original publicado en 1978).

HERZLICH, Cl y PIERRET J. (1988). “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”, *Cuadernos Médico Sociales*, 43.

HUERTAS, R (1992). *Del manicomio a la salud mental*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

_____ (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, 1.

_____ (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro.

_____ (2009). Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. En MIRANDA M & GIRÓN, A (Ed.). *Cuerpo biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX* (pp. 19-42). Buenos Aires: Siglo XXI.

_____ (2010). Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swainfrenia, 10, 11-28.

_____ (2011). En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la Historia Cultural de la psiquiatría. *Revista Asociación Especializada Neuropsi*, 31 (111), 437-456.

IGLESIAS, G (2012). La Reforma al Código Civil Argentino. Mirando y Mirada. Por La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Salud Mental y comunidad*, 2, (2).

_____ (2014). La capacidad Jurídica. El modelo de apoyo en la toma de decisiones. En *Hacia un nuevo concepto de capacidad Jurídica*. Buenos Aires: Editorial Ad-Hoc.

_____ (2018). Crimen y locura ¿Cómo juzgar? En *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5 (5).

ILLOUZ E (2007). *Intimididades congeladas: las emociones en el capitalismo*. (J. Ibarburu). Buenos Aires: Katz. (Trabajo original publicado en 2006).

IRALA, L., LASALA, G. Otros (2015). Procesos de construcción de subjetividad de niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

JONES D, MANZELLI H & PECHENY M. (2004). Grounded theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta Moebio* 19, 38-54.

- KERN, H. (2014). Reflexiones sobre Subjetividad y Contexto en la Práctica de Salud. *Archivos médicos*, 11(2), 35-40.
- KLEINMAN, A. (1998). *The Illness Narrative. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- KRAUT, A. (2006). Salud mental. Tutela jurídica. Santa fe: Rubenzal Culzoni.
- KRAUT, A. & DIANA, N (2011). Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria.
- LACARTA, G. (2015). Interculturalidad y salud mental. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- LATAS A. (2010). Ética para una investigación inclusiva. *Revista educación inclusiva*. 3, 1.
- LAURELL, A. (1982). El proceso de salud -enfermedad como proceso social *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 1-11.
- MARGULIES, S., BARBER, N. RECODER M. (2006). VIH/ sida y ‘adherencia’ al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda*, 3, 281-99.
- MARRADI, A; ARCHENTI, N. & PIOVANI, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- MARTIN, E. (2007). *Bipolar Expeditions. Mania and depression in American Culture*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- MENDES DIZ, A. (2012). Las enfermedades crónicas. Un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y lo social En Domínguez Mon; Mendes Diz, S & otros (2012) *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documento de trabajo N 60. Buenos Aires: CLACSO.
- MENÉNDEZ, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

_____ (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencias y Saude Coletiva*, 8 (1), 185-207.

_____ (2009). *De sujetos saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar.

_____ (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 2012, 28 (3).

MEO, A & NAVARREO, A. (2009). *La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social*. Bs. As.: Omicron System.

MEO, A. (2010). Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en argentina. *Revista Aposta*, 44.

MERCADO MARTINEZ, F & RAMOS HERRERA, I (2000). La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Caderno Saude Publica*, 16(3), 759-772.

MERCADO MARTINEZ, F; ROBLES SILVA, L & otros (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Caderno Saude Publica*, 15 (1), 179-186.

MICHAUD P. (2006). Consideraciones sobre el consentimiento informado en investigación bioética. En Kottow M, ed. *Bioética e investigación en seres humanos y animales*. Santiago: Conicyt, 33-44.

MIGUEZ, M y ANGULO, S & DIAZ, S. (2015). *Infancia y discapacidad Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284464573_Infancia_y_Discapacidad_una_mirada_desde_las_Ciencias_Sociales_en_clave_de_derechos.

DE SOUZA MINAYO, M. (Ed.) (2012). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. (M. Urquía). Buenos Aires: Lugar. (Trabajo original publicado en 2003).

MOLL, M; ALVES, F & otros (2003). Acciones terapéuticas para personas con esquizofrenia acompañadas en un Centro de Atención Psicosocial. *Revista enfermagem*, 37(4).

MONTEIRO, F & JOAO M. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas. *Análise Psicológica*, 1 (16), 111-125.

MURDOCCA, L. NILL, A. (2015). Recorrido de los sujetos con padecimiento mental en las guardias hospitalarias. Un análisis desde la perspectiva de los derechos de los usuarios. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

_____ (2011). Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. *Revista Entremados y perspectivas*, 1 (1), 91-108.

_____ (2013). La medicalización de la vida cotidiana. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales*, 83, 44-49.

MUÑIZ TERRA (2018). *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*. Biblos; Buenos Aires: CLACSO.

NATELLA, G; LUCIANI, L & otros (2018). Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5 (5).

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. (2009). Incapacidad, cotidiano y subjetividad: la narrativa de trabajadores con LER/DORT. *Interface*, 13 (30), 55-66.

NOLASCO, M; BANDEIRA, M. & VIDAL, C. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores en relación al diagnóstico de pacientes esquizofrénicos. *J Bras psiquiatr*, 63 (2).

ONOCKO CAMPOS, R. & FURTADO, J. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, (6).

ONOCKO CAMPOS, R.; MALAJOVICH, N. & otros. (2014). *Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuario*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24 (4).

- PAVARINI, M. (1994). Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales. *Revista Margen*, 3 (6), pp. 5-25.
- PAWLOWICZ, M. GALANTE, A. & Otros. (2013). Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos. En Blanck, E. (Coord.) (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- PECHENY, M., MANZELLI, H. JONES, D. (2002). Vida Cotidiana con VIH/SIDA y/o Hepatitis C. Serie Seminarios: salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- PEKAREK, A. (2015) Reflexiones sobre rutas críticas y experiencias de padecimiento. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- PEREIRA, A. & PEREIRA, M. (2003). Trastorno mental: dificultades enfrentadas por la familia. *Revista Esc Enferm*, 37(4), 92-100.
- PESTAÑA, J. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Revista Sociología histórica*, 5, 127- 164.
- PINHO, L. & PEREIRA, A. (2015). Intervención familiar en la esquizofrenia: Reducción de la sobrecarga y emoción expresada. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14.
- PIOVANI, J. (2018). Reflexividad en el proceso de investigación social: entre el diseño y la práctica En PIOVANI, J; MUÑIZ TERRA, L (Ed.) (2018) *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*. Buenos Aires: Biblos.
- QUEZADA, M & MONDACA, B. (2014). Aspectos legales y bioéticos de intervenciones e investigaciones en personas con discapacidad intelectual en Chile. *Acta Bioethica*, 20 (1): 61-70.
- RABELO, M., ALVES, P. & SOUZA, I. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- REUTER, C. & PEIXOTO, P. (2009). Psiquiatría, salud mental y bio-poder: vida, control y modulación en el contemporáneo. *Psicol. estud*; 14(2), pp. 267-275.

RICCI, L & LEAL, E. (2016). Cotidiano, esquizofrenia e narrativas da experiência de adoecimiento. *Cad. Ter. Ocup.* 24 (2), pp. 262-272.

ROCKWELL, E. (2005). *Del campo al texto. Reflexiones sobre el trabajo etnográfico. En Congreso de Etnología y Educación.* Universidad Castilla-La Mancha.

ROSE, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, Poder y Subjetividad en el siglo XXI* (E. Odriozola) Buenos Aires: Unipe. (Trabajo original publicado en 2007).

ROSENHAN, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En Watzlawick, P. “*La realidad inventada*”. Barcelona: Gedisa.

ROSSETTO, (2011). De la institución total a la construcción de una red de servicios en salud mental y discapacidad: el proceso de reforma en la colonia nacional montes de Oca En Blanck, E. (Coord.) (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657.* Buenos Aires: Eudeba.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O. & MAURI, D. (1987). Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (21) 165-187.

ROVERE, M. (2011). La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2018). La salud mental y la dificultosa construcción de la democracia. *Revista de salud*, 2 (4).

SACCHETTI, L & ROVERE, M. (2018). ¿Cómo surgieron las colonias psiquiátricas? *Revista de salud*, 2 (4).

SALLES, M. & BARROS, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37 (97), pp. 324-335.

SALVATORE, R. (2001). Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina, 1880-1940, *Estudios Sociales*, 9 (20).

SAMAJA, J. (2008). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos aires: Eudeba.

SAMPIERI, R. (2014). *Metodología de la investigación* Edit McGraw Hill.

SANTOS, E; WILLRICH, J. & otros (2014). La reconstrucción del sujeto de ley y la subjetividad en el contexto de la atención psicosocial. *Pesquisa cuidado é fundamental*, 6(4), 1321-1334.

SAUTU, R; BONIOLO, P & ELBERT, R. (2005). La construcción del marco teórico en la investigación social. En CLACSO (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: Colección campus virtual.

SCHEPER-HUGHES, N. & LOCK, M. (1986). Speaking “truth” to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology*, 15, 137- 140.

SCRIBANO, A (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.

SINGER, M. (1990). Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico. *Revista Soc. Sci. Med*, 30 (2), 279-287.

SISSON, M; OLIVEIRA, M. & otros (2011). Satisfacción de los usuarios en la utilización de servicios públicos y privados de salud en itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil. *Interface comun. saúde educ*, 15(36), 123-136.

SONTAG, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas*. (M. Clemans). Buenos Aires: Editorial de bolsillo. (Trabajo original publicado en 1977)

STOLKINER, A. (2012). *Nuevos actores del campo de la salud mental*. Revista Intersecciones Psi., 2(4).

_____ (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de S.M. *Revista de salud*, 2(4).

STRAUSS, A. & CORBIN, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (E. Zimmerman). Medellín: Universidad de Antioquia. (Trabajo original publicado en 1998).

- STRAUSS, A. & GLASER, B. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: Mosby.
- TAMBURRINO, C. (2009). Contribución a una crítica epistemológica de la discapacidad mental. *Feminismo/s*, 13, 187-206.
- TAYLOR S. & BOGDAD R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- VALERO, A. (2005). Pasos judiciales hacia la internación psiquiátrica: reflexiones y posibles aportes desde la aproximación antropológica. *Avá. Revista de Antropología*, 7, 1-17.
- VALERO, A., & FARAONE, S. (2016). Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina). *Delito Y Sociedad*, 1(31), 93-111.
- VALLES, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- VASILACHIS, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- VÁZQUEZ, A. (2018). Las políticas de sufrimiento. *Revista de salud*, 2 (4).
- VELEDA, D. (2011) Privación ilegal de libertad de niñas, niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos. Trámite, decisiones e implicancias de la acción de habeas corpus presentada por el ministerio público tutelar de la ciudad de Buenos Aires. En Blanck, E. (Coord.) (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- VEZZETTI, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- WAGNER, L.; GEIDEL, A. & otros (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. *Saude Pública*, 45(2), 401-408.
- WORONOWSKI, M. (2018). Encrucijadas. *Revista de salud*, 2 (4).

Normativas consultadas

Argentina, Ley 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Argentina, Congreso de la Nación.

Argentina, Decreto 603 (2013). Ley N° 26.657. Reglamentación. Argentina, Poder Ejecutivo Nacional.

Argentina, Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Promulgado según decreto 1795/2014. Ley 26.994. Argentina.

Argentina, Plan Nacional de Salud Mental (2013). Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Oficial.

Argentina, Código Civil de la República Argentina (1871). En vigencia por ley 340.

OMS/OPS (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

OMS/OPS (2005). Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.

ONU (1999). Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

ONU (1991). Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental.

ONU (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Otras fuentes

CELS (2008) Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XX. Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiQuiatricos-argentinos/>

_____ (2011) Derechos humanos en Argentina. Informe 2011. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/derechos-humanos-en-argentina-informe-2011/>

_____ (2014) Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/derechos-humanos-en-argentina-informe-2013/>

_____ (2015) Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/cruzar-el-muro-desafios-y-propuestas-para-la-externacion-del-manicomio/>

OMS (2009) Evaluación realizada mediante el Instrumento de evaluación para los sistemas de salud mental en Argentina. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1

OMS (2011) Manual de intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y decurrentes del uso de alcohol y otras drogas en los servicios de atención a la salud no especializados. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/

OPS (2013) WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC. Recuperado de: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>