

# **Trabajo Final Integrador**

## **Universidad de Palermo**

**Facultad de Ciencias Sociales**

***Entrecruzamiento de las prácticas psicológicas y jurídicas:***

***¿un encuentro posible?***

**Carrera: Licenciatura en Psicología**

**Alumna: Trinidad Robles Lacey**

**20-10-2011**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Durante el segundo cuatrimestre del año 2005, quien suscribe este trabajo realizó la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, en el Servicio de Salud Mental de un hospital regional de la Ciudad de Río Grande, situado en la Provincia de Tierra del Fuego. La elección de dicha institución se debe a que la autora de este TFI reside en la mencionada ciudad y hasta la fecha (abril 2007) continúa desempeñando funciones en este hospital.

Esta institución hospitalaria, es la única polivalente pública de la ciudad, la que cuenta además con seis centros periféricos de atención sanitaria, pero que no tienen profesionales de la salud mental en sus equipos, por lo cual la gran demanda con respecto a estas patologías es canalizada por el hospital.

La institución cuenta con un Servicio de Salud Mental, a cargo de un médico especialista en psiquiatría, que consta de tres equipos asistenciales: el de niños, integrado por una psiquiatra infanto-juvenil y dos psicólogas; el de adolescentes, integrado por dos psicólogas; y el equipo de adultos integrado por dos psiquiatras y tres psicólogos. Las tareas desarrolladas durante la práctica, se realizaron, en una primera etapa, en el equipo infanto-juvenil y, en una segunda etapa, en el equipo de adultos. El presente TFI se centra en las experiencias vividas durante la segunda etapa de la práctica profesional.

Dentro de las múltiples actividades llevadas a cabo en el lugar, una de las rutinas diarias que debían cumplir los psiquiatras, los psicólogos y quien suscribe, consistía en pasar revista en sala de internación para tomar contacto con los pacientes de Salud Mental alojados allí, realizando las correspondientes actualizaciones de sus historias clínicas, los controles de medicación y el seguimiento pertinente en cada caso.

Debido a la situación institucional de la provincia en general, y de la ciudad de Río Grande en particular, el Servicio de Salud Mental tiene a su cargo, en sala general

de internación del hospital, un importante número de pacientes internados por orden judicial. Esto hace, además, que el personal de salud mental tenga un contacto permanente con la Justicia y deba trabajar con ella en forma interdisciplinaria e interinstitucional, con todos los efectos que dicha práctica tiene sobre los pacientes y los profesionales.

Es, a partir de esta situación y de la experiencia vivida en la mencionada institución hospitalaria, que el presente trabajo intenta plantear algunas cuestiones para pensar la práctica de los profesionales de la salud mental en general y de los psicólogos en particular, cuando son convocados a trabajar desde el hospital público para/con la Justicia. La finalidad consiste en contribuir a que esa práctica no se reduzca a la aplicación de las técnicas aprendidas, ni que el psicólogo se constituya en mero instrumento de develación de aquello que aparece oculto y enigmático para el saber del derecho; además de evitar que su rol se desdibuje.

Será en el estudio de los efectos de dichas prácticas donde se desarrollará un análisis crítico del desempeño del psicólogo en esas circunstancias; considerando que lo psicológico-jurídico no existe como campo formalizado del saber, sino que se trata del encuentro de dos prácticas de discursos marcadamente diferentes: el Derecho y la Psicología.

Además se ha considerado necesaria la articulación del tema planteado con los conceptos y teorías abordados desde las diferentes cátedras de la carrera de Licenciatura en Psicología, como también la inclusión de un caso clínico observado en el transcurso de la pasantía realizada durante el segundo cuatrimestre del 2005, para ilustrar el desarrollo teórico que se propone.

Se describe también la influencia que tiene el espacio de intervención, constituido por los diferentes agentes que conforman el contexto: el paciente internado por orden judicial, el paciente internado por un cuadro psiquiátrico o psicológico, el paciente internado por un cuadro clínico, los pacientes crónicos internados, sus familias, médicos, enfermeros, asistentes sociales, personal paramédico, entre otros actores sociales.

Las intervenciones de los profesionales de la salud mental apuntan, en una primera instancia, a compensar y contener al paciente que es internado por orden judicial, y, en una segunda instancia, a movilizar recursos y planificar estrategias para que ese paciente judicializado sea externado o derivado en el menor tiempo posible, evitando que su situación se cronifique. Dichas intervenciones se realizan desde el enfoque del psicoanálisis y se caracterizan por poner el acento en el sujeto, su deseo y su subjetividad.

Muchos de los conceptos expresados en este trabajo corresponden a generalizaciones que se ha considerado necesario formular con el propósito de establecer las características más comunes de los distintos temas abordados. Sin embargo en la práctica, no puede pasarse por alto que cada institución y cada situación, junto con los profesionales que la integran y deben trabajar en colaboración con la Justicia; constituyen una coyuntura única que deberá ser analizada en forma particular. Mas es por ello mismo que la autora de este TFI considera que se impone la necesidad de realizar este análisis y las posteriores reflexiones en lo que al entrecruzamiento de las prácticas psicológicas y jurídicas y sus efectos concierne.

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo principal de este TFI es describir las dificultades que se le presentan al psicólogo cuando debe trabajar interdisciplinaria e inter-institucionalmente con la Justicia, así como también los efectos que tiene dicho trabajo en conjunto sobre el paciente y sobre el rol profesional.

Los objetivos específicos de este TFI son:

- Analizar el surgimiento de la cárcel y el manicomio como representaciones emblemáticas de la institucionalización del segregado, y reseñar la situación particular de la Provincia de Tierra del Fuego
- Analizar el entrecruzamiento discursivo entre Psicología y Ley, en el trabajo interdisciplinario
- Realizar un análisis crítico de la aplicación de algunas leyes vigentes en nuestro sistema judicial que rigen sobre los pacientes internados por orden judicial

- Elaborar algunas pautas para reflexionar acerca de los efectos que tiene dicho entrecruzamiento entre Psicología y Ley sobre el rol del psicólogo y sobre el paciente

### **3. MÉTODO**

Se trata de un estudio descriptivo que se abordará con metodología cualitativa a partir del análisis de documentos y se complementará con el estudio de un caso.

Los documentos analizados serán:

- historias clínicas de pacientes internados por orden judicial con sus respectivos oficios de internación
- informes redactados por los psicólogos al juzgado sobre dichos pacientes.

La técnica utilizada durante la práctica en el estudio del caso es principalmente la observación participante.

### **4. MARCO TEÓRICO**

El siguiente TFI desarrollará su marco teórico con un enfoque principalmente psicoanalítico, ya que la mayoría del material disponible sobre el tema está escrito desde esta corriente.

#### **4.1. Institucionalización del segregado. El surgimiento de la cárcel y el manicomio: breve reseña histórica.**

A lo largo de los tiempos hemos sido espectadores de un sinnúmero de ejemplos de segregación social y consecuente institucionalización de los segregados, institucionalizaciones a las que en algunos casos, de acuerdo con Dobón y Rivera (1997), no sería exagerado otorgarles el grado de verdaderos secuestros. Parecería que la respuesta más adecuada para borrar las diferencias ha sido secuestrar a los portadores (los locos, los peligrosos) en espacios cerrados y separados de la sociedad. La cárcel y el manicomio parecen representaciones emblemáticas de estas prácticas de apartamiento o secuestro institucional, sin que por ello sean las únicas.

En la sociedad feudal, anterior a la creación del Estado, el individuo era tan solo un sujeto de obligaciones. La subjetividad de aquel trabajador rural no contaba para el

sistema. Con la aparición de la idea de Estado este sujeto pasa a ser un ciudadano con derechos que generan obligaciones, pero no para con el señor feudal sino para con el Estado. Todos trabajaban para el Estado dando origen a la socialización a través de trabajo. Es a partir de este movimiento que empieza a considerarse la subjetividad. Al Estado le interesaba el sujeto como herramienta de trabajo pero para mantener la armonía precisaba conocer qué pensaba y qué sentía ya que no trabajaba en soledad o con su familia sino que se reunía para el trabajo en una comunidad urbana. Este viraje de la posición del sujeto en la sociedad inaugura la necesidad de una forma de control, así es como aparecen las primeras leyes que estaban orientadas a proteger la propiedad privada.

Señala Foucault (1986) que en la Edad Media se inician las primeras prácticas de profilaxis social, cuyo fin era luchar contra el contagio de la lepra. A partir de allí:

...la opción custodial fue tomando cada vez más cuerpo en la disciplina social, afianzándose cada vez más la idea de que la respuesta más adecuada frente a la enfermedad, los disturbios y los peligros era la de secuestrar a sus protagonistas en espacios restringidos y separados de la sociedad. (p.46)

Es así como triunfa la segregación frente a otras prácticas punitivas que se van abandonando rápidamente.

La cárcel nace en el marco de la Ilustración. Cuando comienza a pensarse en las libertades de los hombres comienzan a inventarse las diversas formas de encierro, lo que alcanza su máxima expresión en el Positivismo con la aparición del Derecho Penal. Es a partir de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano que el loco ya no es más encarcelado y privado de garantías sino que ese encierro va virando hacia una internación, ya no para el apartamiento del peligroso y su castigo, sino para el cuidado tendiente a la sanación.

Hacia fines del siglo XVII Pinel, c. p. Foucault (1990), propone desvincular locura y criminalidad y como resultado de su práctica comienzan a diferenciarse dos espacios institucionales: la cárcel y el manicomio. Surge la idea de que el tratamiento moral, impartido en un espacio apartado de la sociedad (el asilo), es el modo adecuado para posibilitar el tratamiento de aquellos que parecían no poder llevar adelante su rol en el contrato social. Es en este marco que nace la ciencia psiquiátrica.

La existencia de los manicomios fue efecto de la producción de un saber científico sobre la locura, y en tanto saber totalizante, un producto del poder político y económico encarnado en la figura del médico. La internación de los locos sobreviene en una relación dialéctica entre dos discursos que respondían a la misma lógica de poder. Por un lado, la Justicia inscribiendo su orden en la objetividad de las leyes y combatiendo las transgresiones con sanciones, y por el otro lado el médico detectando en cada sujeto una distancia a lo normal e intentando anularla mediante el uso de medicamentos (Geréz Ambertín, 2006).

La normalidad como ausencia de perturbaciones, es decir el sujeto normal, aquel que se adecua al sistema de reglas dominantes que implica la reducción de las necesidades propias al modelo de necesidades impuestas, es la que abre la puerta a la reclusión manicomial, hermana gemela de la cárcel. El delincuente atrajo a la cárcel al saber médico, primero para recluirlo, luego para curarlo y rehabilitarlo y por último para re-socializarlo o reeducarlo.

Progresivamente van abandonándose el manicomio y las cárceles duras para adoptar espacios de control social o formas de sometimiento más aceptables para la época. En 1960 comienzan a prosperar con éxito los sistemas alternativos, comienza a cuestionarse el uso de los muros y las rejas para secuestrar la enfermedad mental y el delito. Es así como se cierran los manicomios y se abren las comunidades. El manicomio y la cárcel parecían derrotados y nuevos aires de libertad hacían que la nueva forma de disciplinamiento se obtuviera de la misma sociedad. Pero el bienestar duró poco y las políticas sociales fueron perdiendo la batalla frente a los ajustes presupuestarios. Los espacios y los servicios públicos se privatizaron, la riqueza se concentró y la miseria se expandió. Los sin techo, los toxicómanos y el desempleo son ahora las nuevas formas de marginalidad, producto de las políticas neoliberales.

#### 4.1.1 Breve reseña histórica del contexto nacional

En los comienzos del Virreynato del Río de la Plata, la idea de hospitales como lugar de atención de los enfermos no tiene un significado unívoco, ni siquiera sería igual en el Viejo Continente que en las nuevas regiones de América. Por lo tanto, para

entender un poco mejor el sentido y función del Hospital moderno y cómo este fue cambiando a medida que la sociedad también cambiaba, se comienza con un breve recorrido por la historia de la ciudad de Buenos Aires en lo que a este tema respecta.

De acuerdo a las investigaciones históricas y el estudio sobre la locura realizados por Ingenieros (1920) en relación al contexto local, en América, con excepción de pocas ciudades, fue normal la existencia de hospitales y cárceles a partir del siglo XVI. En toda fundación, se escogía un sitio de la planta urbana, generalmente contiguo al convento, para levantar una casa destinada a la asistencia de enfermos indigentes. Esta práctica tenía un fin piadoso o curativo y era puramente nominal, ya que no había población suficiente para que el hospital fuese realmente necesario. Además por esos tiempos, la mayoría de las asistencias médicas se llevaban a cabo en los domicilios.

Estas circunstancias deben tenerse presentes para interpretar los datos relativos a la fundación del primer Hospital de Buenos Aires; ya que durante más de un siglo sólo se trataba nominalmente de la asistencia de enfermos, pues en realidad todo se refería al manejo de un bien raíz y a la administración de las rentas destinadas a sostenerlo. Distinto era lo que sucedía con las cárceles, ya que las mismas albergaban a militares que habían sido apresados y que eran juzgados por la monarquía española; y por lo tanto el trato hacia estos era enteramente diferente.

En la segunda fundación de Buenos Aires por parte de Juan de Garay en 1586, esta práctica fundacional no estuvo ausente. Fue el propio Garay quien firmó un acta para la construcción y fundación del primer Hospital y Ermita de San Martín; obra que recién pudo llevarse a cabo en 1611. Su principal destino era la asistencia de los militares del presidio, pudiendo recibir accesoriamente a algunos pobres de la población. Era administrado por los religiosos del convento y las decisiones a tomar con respecto a su funcionamiento y mantenimiento venían directamente del Rey de España. Esto sucedería tanto para las cárceles como para los hospitales generales, que recién pasarían a manos del Estado argentino en 1822.

Con los escasos recursos oficiales destinados y las escasas donaciones recibidas, en junio de 1713 el gobernador de Armas avisaba a Su Majestad que el Hospital marchaba muy mal. Se asistían en su única sala de 15 a 20 enfermos, y quien se encontraba al frente era un mayordomo-enfermero que a penas se las ingeniaba para



realizar los cuidados básicos. Esto se debía a que, aunque había en el Virreynato doctores recibidos en prestigiosas universidades europeas, no era el caso de los primeros cirujanos que vinieron a estas tierras Así continuaría funcionando el hospital por las próximas décadas.

En 1726 el Alférez Real pidió al Cabildo que el Hospital San Martín fuese puesto bajo la dirección de los Padres Betlemitas y es recién en esa época que se encuentran registros de la reclusión de enfermos mentales en ese hospital. Sostiene Ingenieros (1920) que es probable, sin embargo, que anteriormente algún demente fuera a refugiarse allí, principalmente los que eran enviados por el Cabildo cuando estorbaban en su cárcel; siendo notorio que en el Hospital los utilizaran como sirvientes si tenían buen comportamiento o los relegaran al *loquero*, rancho apartado de la sala de enfermos, en caso contrario. Esta situación comenzó a oficializarse poco antes de crearse el Virreinato en 1776 y, particularmente bajo la gobernación de Juan José de Vértiz quien, con sus disposiciones ulteriores, afirmó esta política de saneamiento urbano, como él mismo la llamaría.

Los *convalecientes, incurables, locos y contagiosos*, ocupaban dos ranchos aparte, contiguos al edificio del hospital. Conforme a Ingenieros (1920), el de locos e incurables, llamado loquero, era un depósito de maniáticos y dementes, y el estar allí se consideraba una pena más cruel que permanecer en la cárcel del Cabildo.

En 1779 se vio como un gran progreso nosocomial el traslado de estos enfermos mentales del Santa Catalina al Hospital General de Hombres, Los primeros enfermos en ser reubicados fueron los llamados "incurables y dementes" que vivían hacinados en el loquero. El rápido aumento de aquellos que padecían trastornos mentales indujo a separarlos en un *cuadro de dementes* que fue de hecho, durante casi un siglo, el único manicomio de hombres que tuvo la ciudad. Revela Ingenieros (1920) que en este lugar se estableció desde el principio un calabozo con cadenas y cepos, destinado a los furiosos y análogo al de la cárcel del Cabildo, lo que le valió el apodo de *sala de presos* porque allí se asistían también a los delincuentes y hasta tenía un centinela a la puerta. Había además otra sala donde estaban alojados los viejos incurables y se llamaba de crónicos. Todos ellos recibían la ocasional visita de médicos cuando se enfermaba de otra cosa que su demencia, pues para ella no se les prodigaba entonces ningún

tratamiento, “[...] a estos locos se los cuidaba, o mejor diré se los gobernaba” (Jankilevich, 2002, p.2).

Cuando algún loco se ponía furioso, en uno de esos accesos que suelen tener las demencias crónicas, se les encerraba en un cuarto sin muebles y muchas veces sin cama, donde permanecían mientras le duraba la exaltación mental (Ingenieros, 1920).

En 1692 el Gobernador Robles destinó el local del Hospital San Martín para Casa de Recogimiento, y el Cabildo enviaba allí alguna loca agitada, de familia pobre, que no podía ser asistida en su casa sin escándalos o que molestaba en los Conventos. Esto se debía a que ninguna familia *decente* tenía locos en su residencia, prefiriendo los conventos o la reclusión. Las mujeres dementes recluidas eran muchas menos que los varones, y eran más numerosas en los conventos, dado el contenido religioso asignado a la enfermedad mental y el concepto supersticioso que se tenía en la época, sobre la locura.

Con el gobierno de Rosas, alrededor de 1835 circunstancias económicas y sociales conocidas concurrieron durante la tiranía para que fuesen desamparados todos los servicios de beneficencia y medicina pública. Las investigaciones de Jankilevich (2002) señalan que hasta 1852 los Hospitales de Hombres y Mujeres compartieron con las cárceles de hombres y mujeres el carácter de depósito de alienados; y en esta condición permanecerían por décadas.

A lo largo del siglo XX, fueron inaugurándose en la Ciudad de Buenos Aires, así como en el interior del país, establecimientos hospitalarios destinados a la asistencia pública, a medida que el aumento de la población así lo requería. Se abrieron instituciones que comenzaron a ocuparse de la salud mental en forma central como es el caso del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano inaugurado en el año 1854, por citar solo un ejemplo.

Otro tanto ocurrió con las cárceles, las cuales fueron edificadas a medida que aumentaba la población carcelaria y por consiguiente se hacía necesario crear nuevos espacios de encierro para aquellos que infringían la ley. Un ejemplo de ello fue la Cárcel de Reincidentes de Ushuaia, cuya construcción se inició en 1884 cuando se fundó la ciudad. En 1902 se colocó la piedra fundamental del Presidio Nacional,

terminado finalmente en 1920. Allí se enviaba a los presos que eran, además de reincidentes, considerados de máxima peligrosidad. Entre otras tareas, realizaban trabajos forzados como por ejemplo, juntar leña y carbón bajo temperaturas extremas que en invierno superaban los 20 grados bajo cero.

La historia de la asistencia en cuanto a salud mental se refiere, es una intrincada red de relaciones riquísimas, grandes y pequeñas, de héroes y de figuras brillantes y también de seres anónimos y olvidados, de figuras que llegaron al bronce como Ventura Bosch, Jakob, y Moyano entre otros. De ilustres médicos, profesores, investigadores, valientes enfermeras y religiosas y toda clase de hombres y mujeres que trabajaron para hacer crecer los hospitales públicos con esfuerzo y tezón.

EL siglo XX también traerá la revolución psicoanalítica, en la década del 50 la revolución psicofarmacológica con sus pioneros los doctores. Martinez Dalke, Vicente Armando, Roberto Saubited, Guillermo Accuse Ruiz, Carlos Márquez y otros.

Es más de una siglo de historia y el cambio impuesto por el tiempo es irreversible. Actualmente otros modelos, otros perfiles, otras filosofías, otros abordajes, muchos importados desde el extranjero y otros tantos de surgimiento local; abren la pluralidad de lo nuevo y a su vez, alejan a los profesionales de la salud mental de una homogeneidad de criterios; sobre todo tan necesaria en el trabajo interdisciplinario e inter-institucional.

Más de acuerdo con Jankilevich (2002), casi al borde del siglo XXI y dentro del sentido operante de los tiempos y a la luz de la historia, debe reconocerse que todos dieron y siguen dando lo mejor de sí, no simplemente desde la idea de un vigilar y castigar en el sentido de Foucault, sino intentando aún hoy, adoptar prácticas más humanitarias que las de antaño, que apunten a una asistencia no degradante de aquel que padece una enfermedad mental. Quien suscribe este TFI sostiene que el pasado debe ser la raíz del cambio, para que la perturbación mental no siga siendo objeto de segregación social.

#### **4.2. Tierra del Fuego: una coyuntura particular.**

En un intento por articular el macro-contexto nacional con lo particular referente a la realidad de la Provincia de Tierra del Fuego, se considera importante y necesario hacer esta sintética referencia con respecto a su historia, su formación y su situación demográfica actual. Esta breve introducción cuantitativa permitirá apreciar cuál es la realidad socio-económica y poblacional de los habitantes de la isla.

Tierra del Fuego fue declarada Provincia por la Ley 23.775 promulgada el 26 de abril de 1990, durante el gobierno del Dr. Menem. Está formada por tres departamentos: Ushuaia, que tiene 57.732 habitantes; Río Grande que tiene 68.776, y Tolhuin que tiene 1.382 habitantes y pertenece al departamento de Río Grande (INDEC, 2002).

Conforme a Camargo (1994), en la década del 80, beneficiada por mecanismos promocionales, se convirtió en la mira de miles de trabajadores argentinos. En un decenio la provincia fue protagonista del crecimiento demográfico más espectacular de la Argentina; esto es después de la llegada de los inmigrantes desde Europa y de la migración interna hacia Buenos Aires ocurridos en el siglo XIX. Pero a diferencia de aquellos movimientos de masas en desarraigo, los causales de éste tienen raíces netamente económicas. Así su población rápidamente se duplicó transformando su estructura social. Actualmente la misma está formada en un 70% por personas de 20 a 35-40 años, más del 25% son niños de hasta 10 años y solo el 5% está compuesto por habitantes de más de 50 años. De las 127.890 personas que habitan Tierra del Fuego, aproximadamente sólo 40.000 son nativos de ella. Del resto, casi 60.000 provienen de las otras provincias del país y 27.000 son extranjeros, principalmente países limítrofes, con Chile a la cabeza.

Puede apreciarse así que la provincia más novel del país es un inmenso bricolage de culturas regionales, constituida principalmente por personas jóvenes de nivel socioeconómico medio en decadencia, que buscaron estos horizontes para realizar las condiciones de vida que sus lugares de orígenes les negaban. Además tiene una creciente población infantil y adolescente que, a diferencia de sus padres, ha nacido dentro de los contornos de la isla.

Sin embargo, las familias jóvenes generalmente no venían, ni siguen viniendo,

para quedarse, sino con la idea de recomponer su situación económica y luego retornar a sus lugares primitivos. Pero como es de esperarse, esto en la mayoría de los casos sólo se sostiene en la fantasía, pues la gente no se va de la isla porque no tiene donde retornar, aunque tampoco termina quedándose. A juicio de Camargo (2005), el desarraigo que implica el abandono de los lazos primitivos con los lugares de orígenes, en este caso es un desarraigo que nunca termina de producirse. De allí que se caracterice la situación de muchos de los habitantes de la Isla como de exiliados internos.

En el caso puntual de Río Grande, las corrientes migratorias que arribaron centraron casi con exclusividad su interés en la producción de capital. Así se fueron diferenciando los dos ámbitos que cubren aún hoy casi la totalidad de los espacios temporales: el trabajo y la familia. Mas en la alienación producida por el primero, la segunda fue perdiendo cada vez mayor terreno. Los espacios de socialización diferentes a éstos no se generaron o lo hicieron pobremente, y las dificultades climáticas con sus punzantes bajo ceros tampoco ayudaron. El resultado fue una sociedad que es de neto corte endogámico, que en su conjunto constituyó un adentro (de la Isla) pero con los ojos puestos en el afuera.

Retomando el mapeo sobre las condiciones sociales de la ciudad de Río Grande, al tratarse de una zona predominantemente fabril, las posibilidades laborales estarán directamente vinculadas con los vaivenes del mercado. Pero lo más relevante es que la fuerza laboral más importante de las fábricas la constituye la población femenina, lo que tendrá una repercusión inmediata en los niños y los adolescentes, cuyo cuidado será sustituido por instituciones. Función que otrora fuese cumplida por los abuelos, pero que en el caso de Tierra del Fuego haya su impedimento en la medida que su sociedad se encuentra amputada de viejos, y que aquellos abuelos que forman parte de la familia se encuentran a miles de kilómetros de distancia. Esto tendrá consecuencias que constituyen materia de estudio y análisis para otro trabajo.

Mas vale lo anteriormente sintetizado para comprender que muchos de los habitantes de Río Grande que acuden al Servicio de Salud Mental del Hospital generalmente no lo hacen en forma regular sino ante situaciones de emergencia, la cual aspiran a resolver en un solo encuentro con los profesionales de guardia, como se verá más adelante.

#### 4.2.1. El Hospital Regional de Río Grande: síntesis y situación actual

Esta institución hospitalaria es la única polivalente pública de la ciudad y está al servicio de una población de 68.776 habitantes (INDEC, 2002), en su mayoría de clase socioeconómica media baja.

En ocasión de conversar con los profesionales que integran el Servicio de Salud Mental y que se encuentran viviendo en la ciudad hace más de quince años, ellos refieren que paradójicamente, la historia y evolución de este servicio se asemeja en muchos aspectos a la historia del surgimiento de la cárcel y el manicomio, repitiendo aquellas prácticas de encierro institucional y segregación intramuraria.

En una primera etapa, los pacientes con cuadros psiquiátricos graves eran derivados directamente fuera de Tierra del Fuego a Buenos Aires, dado que la provincia no contaba con instituciones adecuadas para alojarlos. Los pacientes que si eran recibidos en el hospital; en su mayoría pacientes crónicos con demencias o alcohólicos; eran ubicados en una sala apartada de las instalaciones, a la que los propios profesionales apodaban Siberia. Con el correr de los años, se realizaron varios intentos en la provincia por despsiquiatrizar el servicio de salud mental y tratar de abordar la problemática de estos pacientes en la libertad propia de la vida comunitaria. Sin embargo los mismos fracasaron por falta de estructuras adecuadas para tratar los disturbios mentales en forma ambulatoria.

Actualmente, quien suscribe observó que, tanto los pacientes psiquiátricos como los internados por orden judicial que están a cargo de Salud Mental, son alojados en Sala General de Internación del hospital. Lo apropiado sería que estuvieran en instituciones con instalaciones acordes y personal especialmente capacitado para la atención, ya sea de individuos con patologías psiquiátricas/psicológicas crónicas o de detenidos/internados por orden de la Justicia; lo que sin embargo no sucede.

La ciudad, al igual que el resto de la provincia, sigue teniendo un importante déficit institucional en lo que hace a la asistencia ambulatoria y por fuera del hospital en general, haciendo que las patologías relacionadas con la salud mental y la atención de pacientes a disposición de la Justicia no sean la excepción. Un ejemplo son los dos hogares de día que reciben pacientes con trastornos mentales crónicos, que cuentan con 22 camas cada uno, pudiendo apenas hacer frente a la gran demanda de solicitudes de ingreso que el hospital y la Justicia le cursan habitualmente. Entonces para que un paciente que, por ejemplo, requiere asistencia y acompañamiento constante y no tiene una familia que lo contenga en la ciudad, sea admitido a uno de estos dos hogares, debe producirse una vacante. De lo contrario quedará alojado, como se mencionaba anteriormente, en la Sala General de Internación del Hospital, a la espera de su derivación a un centro asistencial acorde a sus necesidades, pero fuera de la provincia.

Mientras tanto, su situación no es en absoluto la adecuada para este tipo de pacientes de acuerdo al criterio de quien suscribe, ya que el Hospital es polivalente y tiene alojados en su Sala General de Internación todo tipo de enfermos. Los crónicos y detenidos, aunque cuentan ahí con el personal idóneo para asistirlos en lo que a salud mental se refiere, no están en un entorno apropiado y necesario que les proporcione una calidad de vida medianamente buena mientras aguardan las derivaciones, las cuales pueden llegar a demorar hasta meses. Así es como la mayoría de estos pacientes transcurren el día viendo televisión tirados en la cama, sin padecer un cuadro clínico que requiera de dicho reposo permanente y a veces hasta desarrollando patologías asociadas al mismo, como ser por ejemplo, un edema pulmonar.

Sin embargo, los integrantes del equipo de Salud Mental mantienen y toleran esta compleja situación con un doble propósito: en primer lugar porque en la medida que el paciente permanece a la vista y molesta en la Sala General, dirá Lacan (1966) que es mirado y hablado por el Otro, conservando aunque sea en parte su subjetividad; y en segundo lugar porque, al incomodar, obliga a los profesionales que lo tienen a su cargo a movilizar estrategias y recursos para lograr su derivación o externación, conforme a la necesidad de cada caso.

Lamentablemente, en la realidad de la práctica hospitalaria, no es lo que sucede. Quizás sea porque el poder médico imperante en la institución hospitalaria privilegia la

atención de la enfermedad física y considera superflua la atención del enfermo mental, quien al fin de cuentas también es un enfermo y requiere de atención constante, de acuerdo a lo expresado por De Rosa (2003).

Lo que se observa es que, a pesar de que los pacientes psiquiátricos y los judiciales efectivamente incomodan, porque requieren atención constante y ocupan camas a expensas de otros pacientes con patologías clínicas que deben ser postergados, no son derivados a otras instituciones. Esto sucede principalmente por dos razones: porque las instituciones con las que cuenta la provincia no pueden hacer frente a la gran demanda, ya que no cuentan con un cupo vacante, y porque las obras sociales y la Justicia demoran más de la cuenta en sus gestiones para conseguir las instituciones apropiadas para las derivaciones de cada caso.

Una de las consecuencias directas debido a esta situación son las reacciones y actitudes negativas para con estos pacientes, por parte del personal hospitalario que trabaja en la sala general de internación, que muchas veces no puede contenerlos. Esta variable es muy difícil de manejar teniendo en cuenta que el desempeño del hospital público de esta ciudad ya se ve afectado por una gran demanda, además de la falta de recursos en algunos casos, los conflictos salariales y los problemas de funcionamiento internos entre otros, los cuales redundan en una atención del paciente cada vez más deficiente.

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto, en el hospital se opta por tener a los pacientes psiquiátricos y judiciales alojados en una sala general en vez de tenerlos en una sala aparte segregados y marginados, pero cuando esta estructura colapsa y no es suficiente para contenerlos, se solicita la intervención de la Justicia, pidiendo, por ejemplo, consigna policial para que custodie la puerta de la habitación de un paciente que ha intentado fugarse y amenaza con hacerlo nuevamente; como se observó en más de una ocasión con pacientes alojados por orden judicial.

Se evidencia entonces, de acuerdo con lo analizado por Knopoff (1997), una de las características del servicio de salud mental de esta institución hospitalaria: se trata de una derivación manicomial muy particular, ya que se encuentra dentro de un hospital general y público, en una sala de internación general, en lo que se conoce como un régimen de puertas abiertas, en el que se finge que no hay encierro ya que no hay



barrotes, y se cree que no es un manicomio porque se encuentra dentro de un hospital general. Sin embargo, es donde se aloja a aquellas personas con patologías psiquiátricas y a las cuales, en muchas ocasiones se les veda la salida en forma temporaria, prohibición que funciona aún con las puertas abiertas.

Retomando a Foucault (1990), se aprecia a lo largo de la historia, que las internaciones de los locos sobrevenían en una relación dialéctica entre dos discursos que respondían a la misma lógica de poder. Por un lado, la Justicia inscribiendo su orden en la objetividad de las leyes y combatiendo las transgresiones con sanciones. Del otro lado, la Medicina detectando en cada sujeto una distancia respecto de las normas médicas a lo normal e intentando anular las diferencias mediante la administración de medicamentos.

También sostiene este autor que los regimenes de internación eran indisociablemente caritativo y policial a la vez, ya que el ingreso de los individuos a una institución se acompañaba necesariamente de su regimentación. Regimentación que en muchas instituciones, como se ha podido observar, no ha sido superada.

Actualmente, en el contexto local, ya no puede aseverarse que las internaciones sean intentos por anular las diferencias: dirá De Rosa (2003) que muchas prácticas están destinadas a institucionalizar a aquellos sujetos cuyas patologías los dejan excluidos del lazo social. En Río Grande, a criterio de quien suscribe, estas prácticas son llevadas a cabo casi a efectos de parodiar una asistencia que debe ser obligatoria por parte de los organismos gubernamentales, pero que en la realidad generalmente dista de ser satisfactoria, justamente debido al déficit institucional ya mencionado, el cual muchas veces tiene consecuencias negativas e iatrogénicas sobre el sujeto.

Señala Knopoff (1997) que la alienación del sujeto no es un invento de los manicomios y que el problema justamente se plantea cuando, en un sistema totalitario como pueden ser la cárcel o el manicomio, se intenta nombrar absolutamente todo sin dejar un espacio para lo diferente. Esto es, según Geréz Ambertín (2006), creer que desde el discurso médico imperante en las instituciones hospitalarias, pueden hacerse generalizaciones que conduzcan a intervenciones que pretendan desestimar la subjetividad de cada individuo.

En el caso de Río Grande, considerar esto último se hace más necesario aún, ya que la demanda que acude al Servicio de Salud Mental del Hospital está compuesta, en su mayoría, por sujetos que han migrado a la isla desde otras partes del país y que, conforme a Camargo (2005), mayoritariamente sufren patologías mentales que tienen su correlato en un proceso de duelo inconcluso por los lazos libidinales que sostienen con sus lazos de origen.

En el Servicio donde se realizó la pasantía se pudo apreciar como los profesionales que lo integran trabajan, principalmente, desde el modelo psicoanalítico, considerando tanto a Freud como a Lacan. Sin embargo también utilizan algunas herramientas de diagnóstico provenientes de otras corrientes psicológicas.

Al ingreso del paciente al Servicio, ya sea por guardia, con turno o derivado por la Justicia, se le solicita que complete el Cuestionario para determinar el grado de depresión de Beck. Luego se comienza el encuentro con una entrevista semi-estructurada que permita reconstruir medianamente la historia personal de cada paciente y evaluar posibles síntomas de malestar psicológico. En los casos en que se considere necesario, utilizan el Test de Bender, a fin de descartar o confirmar patologías neurológicas asociadas. En los casos en que se sospecha de demencias, utilizan el Mini-Mental Test de Folstein, que permite evaluar desempeño cognitivo del individuo en el consultorio.

Puntualmente, en lo que al paciente internado por orden judicial respecta, dirá Braunstein (2006), que se torna indispensable desde el rol del psicólogo, poner el acento en la subjetividad y confrontarla con la Ley. Mediante el discurso, los profesionales del Servicio intentan encontrar este camino para comprender cómo es que el sujeto se anuda a la ley, sin dejar de interrogarse e interrogarlo acerca de las implicaciones que le caben a cada uno de sus actos. Pero siempre poniendo al sujeto en primer término con el propósito de lograr una asistencia no degradante, que asuma en forma plena el derecho del individuo y no la forma de control social o vigilancia sobre el sujeto, de acuerdo con Donemberg y cols. (2005). Dirá Sosa (1998), que es ahí donde la internación, junto con una intervención desde esta línea, pueden hacer un aporte importante: limitar la

alienación del sujeto y establecer a partir de ahí, donde haya significantes que representen al paciente internado, nuevos lazos sociales.

### **4.3. Algunas consideraciones acerca del entrecruzamiento discursivo en el trabajo interdisciplinario.**

Según Travacio (1997), una de las problemáticas más importantes que surgen del ejercicio profesional de la psicología en colaboración con la Justicia, deviene de la intersección en la que se distingue la coexistencia de tres discursos: el jurídico, el psicológico y el psiquiátrico-forense. Son los dos primeros los que atraviesan y configuran el espacio abordado en el trabajo interdisciplinario aquí estudiado; dejando para futuras aproximaciones el estudio del discurso médico-psiquiátrico en detalle.

#### **4.3.1. Precisiones respecto del encuentro entre Psicología y Ley.**

En un proceso judicial, cuando se solicita la intervención del profesional psicólogo, según Braunstein (2006), se produce el encuentro entre dos prácticas de discursos diferentes, el jurídico y el que podríamos denominar de las ciencias psi. Al no existir un espacio que pueda llamarse psi-jurídico como campo formalizado del saber, será en el estudio de los efectos de esas prácticas donde se podrá apreciar la ética del mismo.

El discurso médico psiquiátrico clásico y el discurso jurídico definen lo legal, lo moral, lo normal, produciendo consecuentemente definiciones del individuo enfermo y del individuo delincuente. Su preocupación es la aplicación de una pena justa, de un tratamiento adecuado, sin detenerse en el caso por caso, perdiendo de vista la dimensión del sujeto en su historicidad individual.

En contraposición, el discurso psicológico, y principalmente el psicoanalítico, se pregunta constantemente por el sujeto y plantea lo que Dobón (1997) llama ética de la diferencia: la singularidad de la historia de cada ser humano. El psicoanálisis interroga la real eficacia de la certidumbre y la clasificación diagnóstica (definir grado de peligrosidad, riesgo para sí y para terceros, imputabilidad, inimputabilidad), y propone desandar estas generalizaciones por medio del análisis del discurso caso por caso a la hora de precisar el problema de un sujeto.

Se perfila así la primera diferencia en cuanto a la metodología de trabajo: mientras el psicoanálisis postula la investigación caso por caso, el discurso jurídico propone, de manera análoga, la casuística clínica como operación para instruir una jurisprudencia basada en casos que presentan algún grado de analogía entre sí.

En lo concerniente al tema de la diversidad discursiva, son muchos los autores que aluden en sus textos a la inadecuación manifiesta cuando se interroga la Psicología desde el campo jurídico. De acuerdo con Travacio (1997), la mayoría de estos puntos de vista dispares no hacen más que evidenciar las diferentes concepciones relativas a la conducta humana.

Así es que, cuando leemos nuestra legislación, encontramos conceptos jurídicos que resultan desajustados cuando son leídos desde la Psicología. Los mismos responden a una nosología jurídica que exige de aquellos que son legos en la materia una serie de interpretaciones y relecturas a la hora de abordar el trabajo interdisciplinario con la Justicia.

#### 4.3.2 Puntualizaciones respecto de los conceptos jurídicos en la práctica interdisciplinaria con la Psicología.

Para ilustrar lo anteriormente expuesto, basta el ejemplo de las diferencias en la interpretación de la noción de sujeto. Desde el psicoanálisis, cuando se hable de sujeto del inconsciente, con todo el bagaje teórico que esta definición entraña, según Abad (2006), se diferirá considerablemente del término persona empleado por un magistrado en base a la idea de individuo consciente de todos sus actos y dirigido por su voluntad.

Otro ejemplo apreciado en reiteradas oportunidades, a lo largo de la práctica con pacientes judicializados, es el de la noción de demencia. En sentido jurídico este concepto no es entendido desde lo psicopatológico, sino como una serie de patologías que resumen la imposibilidad de un sujeto de conducir sus acciones o administrar sus bienes.

Se evidencia, que en la práctica de la Psicología en colaboración con la Justicia y sus requerimientos respecto de los pacientes internados por orden judicial,

difícilmente se encontrará una demanda por parte del magistrado referida a conceptos contruidos interdisciplinariamente. Cabe aclarar aquí que esto no sucede solamente en Tierra del Fuego, sino que conforme a Travacio (1997) es algo que se repite en todos los ambientes donde la Justicia y la Psicología trabajan en colaboración. Allí, el psicólogo por lo general, será interrogado desde una nosología jurídica que provocará innumerables dificultades de traducción.

En este contexto, de acuerdo con Travacio (1997), parece válido entonces preguntarse, por ejemplo, ¿cómo se conceptualiza, desde la clínica psicológica, la peligrosidad de un individuo? y ¿cómo y desde dónde responde un psicólogo cuando se encuentra frente a esta pregunta por la peligrosidad de un paciente?

Es por esto que , según Saunier (2000), a lo largo de la práctica clínica de la Psicología en colaboración con la Justicia, los psicólogos no deben dejar de remitirse a un obligado entramado de interrogantes referidos a la lectura, interpretación y utilización de los conceptos jurídicos de corte psicológico antes mencionados, y considerar el marco referencial desde el cual provienen dichas producciones; para poder descifrar en cada caso, la compleja relación entre el texto y los intérpretes del mismo.

#### **4.4. El sujeto ante la ley**

Conforme a Saunier (2000), el Derecho ha empezado a hablar, no hace mucho tiempo, de lo que él ha denominado una *clínica*, pero claro está que la referencia se hace a lo que en el campo de la salud llamaríamos casuística. Es entonces que cabe aquí la siguiente pregunta: ¿por qué las disciplinas jurídicas echan mano de conceptos provenientes de otros saberes intentando atribuirles otro sentido? Esta traslación discursiva de conceptos surgidos en un determinado corpus teórico específico, y apropiados y utilizados por otro, tiene también sus repercusiones en la redacción y aplicación de ciertas leyes de nuestro sistema judicial.

En el trabajo en un Servicio de Salud Mental de un Hospital General que tiene a su cargo pacientes internados por orden judicial, esto se aprecia constantemente. Los profesionales psicólogos son convocados a intervenir en un proceso judicial y deben desde su formación, responder a los requerimientos del magistrado. Mas desde su práctica y su ética no pueden dejar de preguntarse por el sujeto, por ese sujeto que

queda por fuera (forcluído, dirá Lacan) tanto para la ciencia médica como para el derecho. Por ese sujeto en dos dimensiones, una de orden legal y otra de orden inconsciente.

He aquí uno de los puntos principales en el que intenta situarse este TFI para reflexionar acerca de cómo algunas leyes en vigencia en nuestro sistema jurídico, leyes fundadas en la necesidad de tutelar los bienes primordiales (la vida, la salud, la seguridad, etc.), producen en su aplicación la desaparición de aquel mismo sujeto al que intentan proteger, al tiempo que esa reflexión permita además definir un lugar y una función para la práctica del psicólogo.

En esta ocasión, y considerando que en la práctica hospitalaria los pacientes internados por orden judicial con los que se interactuó fueron en su mayoría detenidos, adictos y débiles mentales; se seleccionaron tres leyes para pensar qué pasa con la subjetividad cuando se las aplica y para pensar la práctica psicológica en ese cruce de discursos. Estas son: la Ley 23.737 de Estupefacientes, el inciso 1ro. del Artículo 34 del Código Penal, y la Ley 22.914 de ingreso y egreso a los establecimientos de internación psiquiátrica.

#### 4.4.1. Toxicomanía: un nombre para el malestar.

Sostiene Sosa (1998) que ya Freud en 1929, en el Malestar en la Cultura, enuncia que la felicidad no es parte del plan de la creación, que no existe tal felicidad, sino que lo que existe es la satisfacción y que el sentido de la vida está mucho más en la evitación del sufrimiento que en la búsqueda del placer. Plantea en el texto la oposición entre el sujeto y la cultura, dando cuenta de cómo el ingreso en la cultura sólo puede hacerse pagando el precio de la renuncia que cada sujeto debe hacer a la libertad individual. La gran renuncia que plantea Freud es en realidad la renuncia al autoerotismo, es decir que el sufrimiento que instaura el encuentro del sujeto con la cultura conlleva la pérdida del goce del propio cuerpo.

Sosa (1998) opina que la droga aparece como un objeto que concierne menos al sujeto de la palabra que al sujeto del goce, en tanto que de ella puede obtener un goce sin pasar por el otro.

De modo que podemos entonces pensar a la toxicomanía como una respuesta moderna al malestar de la cultura, como uno de los nombres actuales de ese malestar, ya que la toxicomanía es sin lugar a dudas una temática donde se ubica una de las formas actuales del malestar en la cultura. Sin embargo para el psicoanálisis se trata además de una actualidad que no es la de las drogas, de su consumo o de su abuso, sino que se trata de la subjetividad de una época, la nuestra. Al pensar el fenómeno de la toxicomanía como un modelo particular de gozar, debemos encontrar además un eco en el Otro social que configure la posición de los llamados adictos como una amenaza. Pues, mientras el ideal de la cultura se orienta hacia la uniformidad en los modos de obtener satisfacción, el goce extraído por la vía del tóxico se orienta hacia una singularidad que excluye al otro.

El adicto es un sujeto que se presenta identificado masivamente a un significante, alienado en el sujeto de la referencia social que sostiene al presentarse como un adicto. Y si bien *drogadicto* no deja de ser un nombre del cual puede extraerse un goce, también es utilizado para acusar a un sujeto que se ha puesto a gozar de un modo que no se encuadra con el ideal social y la norma vigente; este sujeto atrapado en los discursos del saber y del poder pasa de ser un enfermo en el discurso médico a ser un delincuente en el discurso legal.

Sin embargo y conforme a De Rosa (2003), para el discurso médico, la toxicomanía es un problema de drogas. Es interesante detenerse en la definición internacional de valor médico legal que hace la OMS en 1965, oportunidad en que recomienda reemplazar el término toxicomanía por el de drogodependencia:

Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo viviente y una sustancia, que se caracteriza por la modificación de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar la sustancia de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varias sustancias (OMS, 1965).

Si bien esta definición, como todas, es sólo un intento de acotar operadores dentro de un campo del saber, en este caso el médico; no debemos olvidar que estas definiciones operan como proposiciones trascendentales que son transferidas desde el campo de la medicina hacia otros campos. Especialmente en lo que hace a este trabajo, y en lo que atañe a los profesionales de la salud mental como analistas, interesa por las consecuencias que tiene y por su transferencia hacia el discurso jurídico.

Ahora bien, frente a esta definición pueden hacerse desde la práctica de la Psicología y desde el tema abordado en el presente trabajo, algunas preguntas: ¿cuál será el lugar del sujeto en una definición donde los exclusivos protagonistas son un organismo viviente y una sustancia? ¿qué pasa con la singularidad del sujeto cuando se considera que es la droga la que produce al toxicómano? ¿qué pasa con la problemática del sujeto en su relación con el objeto droga?

Dirá Sosa (1998), que al apelar a la biología como fundamento de toxicomanía se está confundiendo causa con resultado y que queda claro por qué se alude al ser vivo y no al ser hablante. Concluirá frente a esta definición, que de lo que el discurso médico no puede darse cuenta cuando reduce la toxicomanía a sus fundamentos biológicos es justamente que de lo que está enfermo el toxicómano es de biologizar el vínculo que lo une con su objeto.

Esta concepción biologicista de la toxicomanía, donde el asunto se juega entre un ser vivo y la sustancia, deja de lado el *acto de drogarse*. Desaparece el sujeto que se droga, su singularidad, sus motivaciones personales, su historicidad. Queda nuevamente perdido el sujeto en un desplazamiento de la escena de la subjetividad (inconsciente) a la escena jurídica del contrato social.

Esta concepción de la toxicomanía tiene sus efectos también en las instituciones que de los toxicómanos se ocupan. De Rosa (2003) comenta cómo los tratamientos han ido adaptándose a los efectos de esa concepción. Si el problema del adicto está centrado en el tóxico, y el sujeto es un sujeto en el que se deja de lado su singularidad y los motivos que lo llevan a este particular modo de gozar, tenemos que pensar que el sujeto (el adicto) será entonces capaz de gozar como todos, ya que como todos puede acceder a



los objetos de satisfacción común. Es así como aparecen las comunidades terapéuticas, generalmente dirigidas por ex adictos con un claro objetivo: reeducar y reinserir a ese sujeto que en su encuentro con el tóxico ha desviado su camino.

De acuerdo con Dobón y Rivera (1997), muchas de las instituciones que se autodenominan de rehabilitación o reeducación de toxicómanos, más allá de su diversidad, comparten una serie de premisas o supuestos con respecto al objeto droga y a su lugar dentro de la misma. Entre estos supuestos quizá el más sobresaliente es la *regla de abstinencia*. Lo paradójico de esta abstinencia reside en que se obliga al paciente a que se cure, o al menos a que deje de presentar su síntoma como condición para iniciar el tratamiento. La regla de abstinencia parte del principio según el cual la presencia de la droga es un obstáculo radical para el tratamiento, dado que supuestamente su consumo, y el goce que este produce, impiden al paciente la elaboración del duelo por la pérdida del objeto. Pero paradójicamente esta regla, que invoca como condición necesaria la ausencia de droga en la realidad, no hace sino convocar su presencia.

#### 4.4.1.1. Ley 23.737: La segregación del otro

En relación a la toxicomanía, De Rosa (2003) sostiene que la segregación excluye del conjunto social a aquel sujeto que se las arregla con una modalidad de goce particular. Del consumidor de drogas hablan todos: los médicos, los psicólogos, los abogados, los jueces, la policía, los periodistas, los sacerdotes y cuando nombran toxicomanía, drogadependencia, hábito, uso indebido y abuso de drogas, consumo de estupefacientes, adicción, etc., se hacen variados intentos desde variados lugares, por circunscribir una particular relación de goce, que se insiste en ubicar como un goce efecto de una sustancia.

El bien jurídico sobre el que legislaba la Ley 20.771 era la Salud Pública, mientras que a partir de 1989 la Ley 23.737 intenta proteger otro bien jurídico: la Seguridad Pública. A partir de la vigencia de esta última, consumir ya no es más un problema sanitario sino que "...potencialmente implica poner en riesgo la seguridad del conjunto del tejido social" (Código Penal de la Nación Argentina, 2002).

La Ley 23.737 establece en su artículo 14, que la tenencia de droga para consumo personal también es un delito, ignorando el Artículo 19 de la Constitución Nacional que sostiene que “Las acciones de los hombres que de ningún modo ofenden al orden y la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados” (Constitución de la Nación Argentina, 1992).

Podría enunciarse de otro modo, según De Rosa (2003): el Otro Social, en ese movimiento de segregación, se expresa a través del discurso médico legal, y al nombrar a un consumidor de drogas, designa en el mismo acto a un delincuente. Doble segregación, ya que la aplicación del Artículo 17 lo expulsa además del sistema sanitario, no sólo por adjudicarle el rótulo de delincuente y considerarlo peligroso para la seguridad pública sino que además le cierra la posibilidad del pedido de ayuda institucional, toda vez que, confesado su delito, puede ser imputado por el mismo.

A criterio de quien suscribe, todos los artículos de esta ley dan acabadas muestras de la ideología en la que abreva su espíritu: ideología segregacionista y de control, que intenta borrar las diferencias.

Continuando con este ejemplo, la Ley de Estupefacientes además establece que el sujeto que consume drogas tiene la obligación de realizar un tratamiento. A diferencia de la Ley 20.771, la pena no queda separada del tratamiento, sino que la misma se suspende por un período de dos años, tiempo que tiene el sujeto para demostrar, nada menos, que ha alcanzado su reinserción social plena, familiar, laboral, y educativa y, por supuesto, haber abandonado totalmente ese modo particular de goce. De no haber alcanzado un grado de recuperación aceptable se aplicará la pena suspendida, y de haber logrado su recuperación se procederá a suprimirlo del Registro Nacional de Reincidencia.

Es decir que por la vía del tratamiento compulsivo se coloca al sujeto por un tiempo indeterminado bajo el control de la Justicia, involucrando en esta supervisión y en la permanencia del mismo, al profesional psicólogo que lo asiste, que queda desdibujado en su rol de efector de salud para pasar a tener un rol represivo y de control social.

#### 4.4.2. Inimputabilidad: la desaparición del sujeto.

Durante la práctica diaria hospitalaria, se ha evidenciado en reiteradas oportunidades que los profesionales de la salud que integran el Servicio de Salud Mental del Hospital, además de atender a los detenidos alojados en el penal de la ciudad, terminan oficiando de peritos forenses ante los requerimientos de los magistrados que recurren a ellos frente al deficiente desempeño del equipo de peritos psicólogos forenses con el que cuenta la Justicia de la ciudad de Río Grande.

Se desprende de esta misma práctica que el nexo que interrelaciona al Derecho Penal con la Psicología Forense es el concepto de imputabilidad, concepto este, que siendo eminente y esencialmente jurídico, necesita ineludiblemente de la apoyatura psiquiátrica para poder constituirse.

De acuerdo con Fudín (2001), a partir de Descartes y su enunciación del *cogito ergo sum* varía radicalmente la posición del sujeto en relación al lugar desde donde vienen las prohibiciones. La prohibición ya no cae del cielo, el saber ya no viene de Dios. Se produce a partir de aquí una transferencia de responsabilidades desde Dios al sujeto. El hombre, ya dueño de sus actos, encontrará la dimensión de lo humano gracias a la racionalidad de su pensamiento. A partir de este viraje adviene la modernidad con sus consecuencias políticas y económicas, aparecen las naciones y sus aparatos ideológicos, cuya función será, dirá Foucault (1986), vigilar y castigar. Aparecen los ideales de libertad, igualdad y fraternidad, y a partir de la modernidad cambia radicalmente la posición del sujeto ante la ley y se produce un importante cambio en la forma de pensar la culpabilidad y la responsabilidad.

A partir de 1789, se establecen las relaciones entre los hombres dentro del régimen de producción capitalista, en base al derecho inalienable de la propiedad de su fuerza de trabajo, situación que lo ubica en una condición subjetiva regida por la ética utilitaria de los bienes. El hombre es entonces libre en tanto es propietario de su fuerza de trabajo, podemos decir también que es dueño de su razón para alquilarla y por lo tanto tiene la propiedad sobre su persona. El Derecho apuntará allí, a legislar la administración de los bienes de esos sujetos jurídicos que él mismo genera. Pero ese hombre libre y total, que resulta de ese sujeto jurídico, deviene cuestionado y se

contrarían sus basamentos por una alienación que no será esta vez la del asalariado como enunciara Marx, citado por Fudín (2001), sino que será la alienación mental.

Puede decirse entonces que la psiquiatría aparece en la modernidad con esta ruptura que se inmiscuye en el sujeto de derecho, para completar, de algún modo, esa totalidad que la locura viene a resquebrajar, ya que el loco es un sujeto incapacitado para la administración de sus bienes y de su razón. Es en este punto donde podemos decir que el discurso médico aparece como garante del discurso jurídico.

El inciso 1ro. del Artículo 34 del Código Penal de la Nación Argentina, establece:

No será punible el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por un estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

Es claro que en este texto subyace una concepción psicológica de raigambre en el positivismo médico-psiquiátrico, una psicología que realza el dominio de la conciencia.

Aquí el Derecho cede su posta a la Psiquiatría. El sujeto jurídico queda deshumanizado en este relevo que la ciencia médica hace a la jurídica, cuyo resultado es el confinamiento asilar del declarado inimputable. Aquí la deshumanización no se reduce a la condición subjetiva sobre quien recae la declaración de inimputabilidad, sino que además se deshumaniza el acto. Todo acto que recibe la declaración de inimputable deja de ser un acto humano ya que es producto de aquello que queda por fuera de la razón.

Es así que puede considerarse que la declaración de inimputabilidad tan buscada por los abogados defensores deja al sujeto en una situación de indefensión mayor que la del condenado, ya que el sujeto deja de ser un sujeto de derecho y pasa a ser un incapaz jurídico, deja de ser un ciudadano. Lo más grave es que no es escuchado ni se le permite a través del proceso y de la pena la oportunidad de entrar en el ritual de reincorporación social ni la posibilidad de hacerse cargo de su responsabilidad.

Fudín (2001), tomando a Freud, propone un modo diferente de transitar la culpa y la responsabilidad a partir de la consideración que él hace del sujeto en relación a su saber, acercándose a la idea de que el sujeto cuando habla dice más de lo que sabe. El hombre cartesiano es un sujeto que sabe y es por ese saber que se va a preguntar el psicoanálisis. Para el psicoanálisis el sujeto es un sujeto dividido entre el saber y la verdad. El sujeto habla, y cuando habla dice más de lo que sabe y, en las fallas de lo que dice, se apreciará lo que sabe. Puede situarse entonces al sujeto en dos dimensiones, una jurídica y otra inconsciente. Mas el sujeto que considera el psicoanálisis es el que queda por fuera (forcluido) tanto para la ciencia como para el derecho. Este sujeto es siempre responsable de su propio acto, lo que plantea una permanente apelación al sujeto que le permita hacer sobre si mismo un juicio de reproche necesario para la reparación de su acto, reparación que le permita recuperar algún lugar en el entramado social.

Los profesionales del mencionado Servicio de Salud Mental, a través del psicoanálisis, plantean la dimensión de una responsabilidad posible para aquel sujeto del Artículo 34; aquel donde tal vez no operó la ley del padre según Lacan (1966), se lo vuelve a dejar ahora sin ley. El sujeto declarado inimputable no es inocente de su acto, en todo caso será inconsciente y es, a través de responsabilizarse de su deseo, que pueda devenir sujeto de derecho, responsable de su inconsciente. Hacer lugar a la palabra, allí donde la acción-castigo priva su posibilidad, no será por cierto suficiente, pero de acuerdo con Abad (2006), sin duda será necesario para alojar aquello que más determina a un sujeto en su humanidad: su propia diferencia, ésa que insiste en manifestarse con mayor virulencia precisamente allí donde intenta negársela.

Fudín (2001), cita nuevamente a Sigmund Freud, que ya en 1906, en su artículo “La indagatoria forense y el psicoanálisis”, hace referencia a un posible modo de colaboración de los psicoanalistas con la actividad judicial, y propone entonces separar la dimensión de la culpa y la responsabilidad subjetivas, de la punición regulada por el aparato jurídico. Además de resaltar que no se puede privar al enfermo criminal de la posibilidad de subjetivar su crimen, de acuerdo con Braunstein (2006).

#### 4.4.3. ¿Una ley que protege contra la desaparición?

Conforme a lo expuesto reiteradas veces a lo largo del presente trabajo, la ley

protege los bienes primordiales de los ciudadanos. Es función de la ley entonces proteger a aquel sujeto que, por su patología, no puede manejarse con total autonomía.

En nuestro país, la protección que la ley le ofrece a quien sufre alteraciones en su psiquismo tiene múltiples modos: la declaración de incapacidad, de inhabilitación o insania según el caso y, para aquellos casos en que la situación de su circunstancia psíquica determine una peligrosidad para sí o para terceros, tiene lugar por aplicación de la Ley 22.914 de internación psiquiátrica.

La Ley 22.914 entra en vigencia con los albores de la democracia en el año 1984 y es claramente una reacción a las múltiples situaciones de privación ilegítima de la libertad y las atroces consecuencias conocidas por todos, del llamado “proceso de institucionalización”. En sus fundamentos queda claramente explicitada que la intención de los legisladores es que la aplicación de una medida de protección no se transforme en una privación ilegítima de la libertad. En su articulado, la ley determina los modos posibles de ingreso a la institución psiquiátrica y establece una serie de requisitos a cumplir en forma inmediata a la internación. Estos requisitos están orientados a garantizar que el tiempo que el sujeto permanezca en la institución sea el mínimo indispensable. Al mismo tiempo regula los mecanismos de alta del paciente, ordenando el cumplimiento de una serie de requerimientos que en algunos casos, con una frecuencia nada despreciable que ha podido comprobarse en la práctica, dilatan el egreso por tanto tiempo que cuando llega el ordenamiento judicial que permite materializar el alta indicada, el paciente ha perdido las condiciones que motivaron dicho pedido.

El director del establecimiento debe hacer saber al juez interviniente cuándo el internado está en condiciones de alta y deberá proponer, en caso que sea necesario, a las personas idóneas para hacerse cargo del sujeto. El juez, previa vista al curador y al Ministerios de Menores e Incapaces, resolverá la solicitud con preferente despacho. En concordancia con la experiencia de trabajar en un hospital general que cuenta con pacientes internados por orden judicial, ha podido verificarse lo que significa este *preferente despacho* en la realidad de los tiempos jurídicos y los perjuicios que causa. Se ha sido testigo de un sinnúmero de pacientes, sujetos psiquiatrizados, a los que finalmente, por efecto de este preferente despacho que nunca termina de despacharse,

separar su vida de la institución resulta un imposible y en la que la institución termina convirtiéndose en la totalidad del sentido de su ser. Opina Real (2001), que la relación institucional que propone la psiquiatría, lejos de permitir la curación del sujeto, termina transformándose en la patología y su enfermedad termina siendo la hospitalización misma.

Luego de una perturbación psíquica que produce una internación psiquiátrica, al igual que luego del cumplimiento de una pena de privación de la libertad; un sujeto ya no es más lo que era antes y en el sujeto que sufre la perturbación psíquica esto no obedece exclusivamente al residuo o defecto que pueda dejar la patología, sino que además, la identidad con la que se reconocen a partir de la internación es siempre distinta y de carácter negativo.

En concordancia con lo anteriormente relatado, en la práctica en el Servicio de Salud Mental de un Hospital General, como es el de la ciudad de Río Grande, se ha podido, gracias a las particularidades del lugar, convencer a las autoridades de los beneficios de internar a los pacientes psiquiátricos en la sala general, en vez de mantenerlos en salas aisladas. Este hospital no tiene muros, ni rejas, ni personal de seguridad, y la ausencia de estos hacen creer a veces que es un hospital abierto donde la subjetividad de aquel que padece el dolor psíquico encuentra un lugar para expresarse, para terminar reconociendo luego, que la mayoría de las veces esto no es así. Sin embargo, es opinión de la autora de este TFI, que más allá de los denodados y genuinos esfuerzos de quienes trabajan en el servicio; allí también se termina secuestrando la subjetividad, silenciándosela en un encierro quizá mucho más simbólico y que no precisa de muros ni de rejas.

## **5. RESULTADOS: E. A., UN CASO CLÍNICO**

Lo que sigue a continuación es el resultado del trabajo realizado por la autora mediante el análisis de un caso clínico, en el cual participó como co-terapeuta. La técnica utilizada durante la práctica fue, principalmente, la observación participante. Además se analizaron documentos como ser historias clínicas, oficios judiciales de internación y las comunicaciones entre los profesionales de la salud mental intervinientes y la Justicia.

La inclusión del siguiente caso clínico extraído de la práctica hospitalaria tiene, además, un doble propósito. Por un lado intenta ilustrar lo anteriormente expuesto en relación a la Ley 22.914 de internación en establecimientos de salud mental y a la declaración de capacidad civil. La declaración de demencia o insania es una medida civil proteccionista de las personas que carecen, por razones psíquicas, de aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.

Por el otro lado, se incluye con el fin de que dicho ejemplo permita posteriores reflexiones acerca de la existencia de una importante brecha entre la intención de los legisladores al formular dicha ley y la puesta en práctica de la misma.

A criterio de la autora de este TFI, este último aspecto es el que merece mayor consideración por parte de los psicólogos que se ven inmersos en la puesta en práctica de estas leyes cuando trabajan a partir de los requerimientos judiciales. Pues en el caso de los pacientes psiquiátricos internados sin su anuencia, suele aparecer una contradicción entre los derechos que surgen de los ordenamientos jurídicos y la realidad del paciente; convertido, por lo general, en un sujeto que deja de tener derechos.

### **5.1. Desarrollo**

E.A tiene 26 años y es débil mental grave, de acuerdo con la clasificación hecha por el DSM IV. Es hija de un padre débil mental leve y una madre psicótica. Es la mayor de cuatro hermanos, siendo los dos varones también débiles mentales y padeciendo su hermana de 25 años un trastorno de personalidad.

Hace 17 años que convive con su padre y sus 4 hermanos. Recibe visitas ocasionales de la madre que son motivo de conflicto con el padre, ya que coinciden con las veces que la madre se pelea con su actual pareja que la maltrata, y busca refugiarse en la casa de su ex-marido.

Desde hace 3 años previos a la internación, E.A. asistía diariamente a un centro de asistencia y ayuda al discapacitado donde tenía un espacio del cual nunca pudo apropiarse. En esta misma institución conoce a quien dice ser su novio, un joven de 24 años también débil mental.



Aproximadamente, a los dos años de concurrir al mencionado centro, en reiteradas oportunidades E.A. comienza a escaparse de su casa por las noches y a deambular por la ciudad hasta que la policía la encuentra. El 10 de septiembre de 2005, en ocasión de ser encontrada deambulando por la ciudad durante la madrugada, la policía la lleva al Hospital donde ella refiere un episodio de abuso sexual. Queda internada en guardia para su observación.

Al día siguiente se cita a la familia, concurriendo el padre y su hermana. En la entrevista inicial los familiares cuentan que no es la primera vez que sucede y que ya no saben qué hacer para que E.A. entre en razón y modifique su comportamiento. Previendo que se trata de una persona que no puede valerse por sí misma (por ejemplo no sabe cómo llegar de un lugar de la ciudad a otro, ni qué significan las señales de tránsito) y que no puede ser contenida por su familia, los profesionales del Servicio de Salud Mental que intervienen en el caso deciden dar aviso a la Justicia. Acto seguido, una jueza de Minoridad y Familia dispone su internación y la apertura de un expediente judicial por protección de persona, resolviendo:

Por promovida acción de internación –Ley 22.914- atento a las razones de urgencia invocadas, dispongo la internación de la causante E.A. en el Hospital regional. Asimismo, los profesionales que intervienen, deberán en forma inmediata, informar respecto de la necesidad de continuidad de su internación, diagnóstico, y pronóstico, y en caso de estimar pertinente su derivación fuera de la provincia a un centro de mayor complejidad, proponer el centro asistencial respectivo [...].

A continuación, se notifica a la jueza por escrito que se ha efectivizado la internación de la paciente E.A., iniciando un tratamiento psico-farmacológico y encontrándose en evaluación individual y familiar, a fin de establecer las estrategias terapéuticas a seguir.

E.A. se niega a comer, tampoco quiere levantarse de la cama y refiere que no quiere volver ni a la escuela ni a su casa porque allí la maltratan. Se muestra poco colaboradora y hasta agrade al personal de enfermería de la guardia.

El 15 de septiembre una psicóloga y una psiquiatra elevan a la jueza el informe solicitado, donde se menciona, entre otras cosas

[...] paciente con retraso mental grave y trastornos de conducta [...]. Su cuadro patológico de base no le permite autoabastecerse si no es con asistencia de terceros [...]. Familia altamente disfuncional [...]. Aunque el retraso mental es un cuadro crónico, los trastornos de conducta podrían ceder en un ambiente adecuado. Se considera lo más conveniente [...] una internación en un centro de mayor complejidad, especializado en patologías crónicas, de puertas cerradas y con abordaje terapéutico y recreativo diario. La permanencia en una institución de puertas abiertas como el actual, pone en riesgo a esta paciente con tendencia a la fuga, a la vez que agudiza sus síntomas de conducta tornándose iatrogénica.

Por motivos que no viene a cuenta detallar, la paciente empieza a ser atendida por otra psicóloga y quien suscribe, quienes, con el correr de los días notan que la sintomatología asociada (agresividad y trastorno de la alimentación) va cediendo. Informan a la jueza y solicitan que deje en suspenso la derivación ya que intentarán implementar otras estrategias para lograr su externación, pero dentro de la provincia, donde tiene su red social conformada. Lo primero que planifican es intentar reinsertarla progresivamente en el centro para personas con discapacidad y, desde el Servicio de Salud Mental, trabajar con la familia para que también regrese a su hogar. También le solicitan a la jueza que le asigne una operadora para que pueda trabajar en forma exhaustiva con ella, ya que el personal de Salud Mental también debe atender los consultorios externos y no puede estar a disposición de los pacientes internados por orden judicial en forma permanente.

La estrategia pensada para con la familia flaquea ya que concurren poco a las entrevistas y a E.A. casi no la visitan. Informados acerca de la posibilidad de un traslado fuera de la provincia se muestran de acuerdo, ya que consideran que sería lo mejor porque en la casa nadie puede manejarla. Al mismo tiempo, Minoridad y Familia le asigna una operadora, con quien E.A. establece un buen vínculo. Esta persona la visita todas las tardes y la retira del hospital durante unas horas para salir a pasear y tomar aire, con permisos de salida otorgados desde Salud Mental, considerando que estas salidas transitorias contribuyen a mejorar el estado de ánimo de la paciente. E.A. evoluciona entonces favorablemente. Ya no se niega a comer ni a levantarse y se asea diariamente, además de concurrir a los consultorios externos dos veces por semana para

conversar sobre su situación actual. Mientras tanto, se continúan realizando esfuerzos para comprometer a la familia a asistir al Servicio.

A principios del mes de noviembre E.A. comienza a recibir visitas diarias de un compañero del centro para personas con discapacidad, quien se presenta como su novio. A esto se suman los repetidos comentarios de parte del personal masculino de enfermería, acerca de actitudes de provocación hacia ellos por parte de E.A. Frente a este nuevo riesgo (embarazo, contagio de enfermedades, violación), las dos psicólogas deciden pedirle a la jueza una reunión para explicarle personalmente lo delicado del tema, ya que consideran que por medio de un informe no se respeta el derecho a la privacidad de la paciente.

En esta reunión, luego de una larga explicación con respecto a la irreversibilidad del cuadro de base de E.A. y su situación actual, se le plantea a la jueza que la protección de persona dictada por ella también involucre una protección específica contra este nuevo riesgo (el sexual). Las psicólogas le comentan que habían pensado en la colocación de un dispositivo intra-uterino como solución. Sin embargo la jueza considera que el curso de acción más adecuado sería, de acuerdo con el Código Civil de la Nación Argentina, un proceso de declaración de incapacidad por demencia y posterior nombramiento de un curador que, atendido las razones de peso antes expresadas con respecto a los riesgos corridos por E.A., autorice una ligadura de las trompas de Falopio. Además deja entrever la posibilidad de encarar el mismo procedimiento para el joven que dice ser su novio, declarándolo también insano y promoviendo una vasectomía.

Ante el estupor de semejante desenlace con respecto a la sexualidad de E.A., las psicólogas deciden solicitar a la jueza que no inicie procedimiento alguno en tanto ellas informen que han agotado todas las estrategias posibles para lograr su externación. Por otra parte, no pueden dejar de preguntarse si en este caso, como en tantos otros, la judicialización de un paciente no ha perjudicado aun más la resolución de una situación conflictiva.

Con el correr de las semanas la familia ya casi no viene a visitar a E.A. y ella empieza a fugarse del hospital poniendo en riesgo nuevamente su integridad, y manifestando en cada ocasión que es devuelta por la policía, su intención de volver a

intentarlo. En los próximos cuatro días se le solicita en siete oportunidades a la jueza que le asigne una consigna policial a la habitación para evitar nuevas fugas, considerando que el personal de la Sala General de Internación donde se encuentra alojada E.A. no puede estar pendiente de ella las 24 horas. Finalmente la jueza autoriza la custodia policial y, en una medida tendiente a economizar los escasos recursos humanos disponibles en la ciudad, decide que E.A. sea alojada en la misma habitación que una adolescente de 16 años embarazada de 5 meses, que ha quedado detenida en el hospital con una causa por protección de persona para ella y su bebé y otra causa por intento de homicidio, ya que intentó asesinar a su novio con un arma de fuego en el patio de la escuela.

E.A. no comprende porqué ya no puede circular libremente por el hospital y ha quedado confinada al espacio de su habitación. A partir de ese momento comienza su franca desmejoría. En uno de los informes semanales a la jueza, de principios de diciembre de 2005, las profesionales psicólogas que la asisten relatan lo siguiente:

[...] las acciones previstas por este servicio de salud mental para reinsertar a la paciente en las actividades del centro de asistencia para personas con discapacidad y lograr una paulatina reinsertión en el núcleo familiar no han dado el resultado esperado [...]. Actualmente E.A. presenta marcada negatividad y permanece la mayor parte del tiempo en la cama como si fuera una enferma clínica crónica [...]. Desde hace 72 horas que se niega a ingerir alimentos a menos de que se le retire la medicación, que ahora se niega a tomar [...]. Este servicio ha decidido retirársela momentáneamente como estrategia para conseguir que se alimente y evitar así complicaciones orgánicas mayores. Frente a todo lo expuesto y ante el fracaso de las estrategias terapéuticas ofrecidas, sumado a la imposibilidad de contar con la familia, consideramos que E.A. precisa de una atención más compleja que este hospital no puede brindarle. Es todo cuando podemos informar a vuestra señoría.

Dos días después la jueza le ordena a la obra social de E.A. la evacuación de la paciente a Buenos Aires para ser internada en un centro de mayor complejidad. Sin embargo a la fecha, E.A. permanece internada desde hace más de un año en el hospital regional, en la Sala General de Internación y con la custodia policial el la puerta.

## 5.2. Análisis

Como se aprecia, se eligió este caso puntual ya que el mismo evidencia muchas de las cuestiones que se han venido tratando en este TFI con respecto a los pacientes internados por orden judicial en el hospital regional, que se encuentran a cargo del Servicio de Salud Mental, donde se realizó la práctica.

En primer lugar se evidencian los perjuicios derivados de una carencia a nivel provincial, de estructuras asistenciales adecuadas tanto en el ámbito de la salud como de la Justicia, además de las consecuencias surgidas de la demora en el traslado a establecimientos que resulten más adecuados para el tratamiento de la mencionada paciente.

Resulta pues insoslayable resaltar que toda internación por orden judicial impone al sujeto su exposición a los efectos de dos colosales instituciones: la Justicia y el hospital psiquiátrico (aunque en este caso se trate de un hospital general que, a criterio de quien suscribe, hace las veces de psiquiátrico con sus pacientes crónicos y judicializados). Ambas instituciones produciendo consecuencias perjudiciales para la salud del paciente internado toda vez que, la internación misma, supone el sometimiento del sujeto a los tiempos institucionales, los que muchas veces no son compatibles con los tiempos de su tratamiento clínico y, consecuentemente, distorsionan las razones que determinan su internación: que pueda recuperarse y recuperar cuanto antes su libertad.

Todo lo cual termina por transformar al paciente internado en una cosa que, por momentos, más que un paciente internado pareciera que se tratara de papeles en circulación o meros trámites de la burocracia emergente del trato institucional.

Finalmente, no puede dejar de mencionarse el que quizás sea el punto más importante a tener en cuenta por los profesionales psicólogos que trabajan con pacientes judicializados y que queda evidenciado en el caso aportado: como se va desdibujando por completo el rol del psicólogo quien termina sumido en una parodia de atención del paciente, al que no puede asistir de la mejor manera por falta de recursos y por tener que además acatar las disposiciones de la Justicia que muchas veces, limitan su práctica más allá de los honrosos esfuerzos que haga por velar por los derechos del paciente.

En este último párrafo en el que se menciona uno de los puntos que más afecta la labor del psicólogo en colaboración con la Justicia, se considera también necesario hacer una breve reflexión con respecto a la temática del control social y su relación con la práctica profesional.

### **5.3. El control social y el rol del psicólogo**

El concepto de control social es frecuentemente abordado en los ámbitos académicos y es considerable la bibliografía existente sobre la materia, e igualmente amplia es la variedad de definiciones que intentan delinearlos.

Donenberg y cols. (2005), sostienen que la Sociología concibe el control social como un conjunto diverso de mecanismos destinados a regular el comportamiento de los miembros de una sociedad determinada. El control social tiene en origen un sentido: el fortalecimiento y supervivencia del grupo, buscando la homogeneidad no perturbada principalmente en el plano de las ideas y los valores.

Desde una perspectiva jurídica el control social son los derechos y deberes que liga a todo ciudadano a su comunidad. Y es el Estado quien ejerce el control no solo desarrollando una práctica judicial y de castigo penal, sino produciendo todo un discurso sobre la defensa de la sociedad ante los enemigos externos e internos, incluyendo dentro de esta categoría, a los enfermos y los criminales. Este discurso brinda soporte ideológico a la segregación y el tratamiento, a la punición y la corrección, y también a la resocialización de los desviados.

Sin embargo el control social reviste una mayor complejidad estructural y dinámica en la que interactúan los controladores, los controlados, los mediadores, los observadores y algunos otros sujetos de la acción social, es decir, todo un conjunto dinámico de actores, situaciones y procesos que lo constituyen.

Los cuerpos disciplinares como la Psicología, se estructuran a partir de ciertas regulaciones discursivas que delimitan aquello que puede ser dicho y lo que no. En la urdimbre de estos juegos de prohibiciones, se teje la compleja trama de la lucha de poderes. Dirá Foucault (2004, p.14): “El discurso no es simplemente aquello que

traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse”.

Desde esta perspectiva es posible afirmar que el discurso psicológico tiene una pretensión política, en tanto es escenario de una lucha por el poder y a la vez, un instrumento para apropiarse de nuevos objetos, nuevos espacios y obtener también nuevas legitimidades.

En esta misma línea, dirá también Elmiger (2006), que no hay neutralidad política en la palabra, sólo el discurso del loco no vale y es nulo de efectos, porque no tiene derecho en sentido jurídico. La palabra del loco reviste la categoría de ruido.

De acuerdo con Braunstein (2006), la Psiquiatría y la Psicología han reclamado para sí el derecho de auscultar ese ruido con miras a una traducción inteligible para el mundo de los vivos. Sobre ese material sonoro-conductual se ejerce un trabajo, una cierta violencia que busca verterlo en los moldes de lo verdadero y lo falso, lo normal y lo anormal; grilla que es histórica y socialmente contraída.

Ante todo lo expuesto, según Elmiger (2006) cabe preguntar: ¿es posible situar la labor del psicólogo que responde a los requerimientos de la Justicia con respecto a pacientes judicializados, bajo estas coordenadas? La peritación psicológica se funda en una voluntad de saber, dirá Foucault (2004), que esboza los posibles objetos de estudio, observables, medibles y clasificables. Una voluntad de saber que impone al sujeto conocedor una cierta posición, una cierta forma de mirar y una cierta función. Este conjunto de regulaciones internas determinan que quienes hacen uso de un discurso específico, en este caso el psicológico, sepan de antemano que no tienen derecho a decirlo todo en cualquier circunstancia, que cualquiera no puede hablar de cualquier cosa, ni de cualquier manera.

Aunque el control social tiene como finalidad la reproducción de un orden establecido, y podría hasta pensarse este hecho como algo adaptativo, por conservar cierta homeostasis, cierto equilibrio dentro del sistema; no obstante a veces esto mismo amerita preguntarse por las características de este equilibrio y hasta dónde se ven realmente beneficiadas las partes que colaboran en sostenerlo.

Según Elmiger (2006) será una tarea diaria y continua la que deberá hacer cada psicólogo desde su práctica para no refugiarse en lo instituido, quedando a merced de intereses que modelan al sujeto judicializado y crean subjetividades pero en función de estos; los cuales van modificando las formas bajo las cuales se practica el control social; y ponen en juego los propios intereses del profesional.

A criterio de la autora de este TFI, sólo cuando exista la posibilidad de implicarse subjetivamente, la oportunidad de que el psicólogo pueda cuestionarse con respecto a su responsabilidad en el padecer de ese sujeto, esto se vuelve egodistónico, empiece a incomodarlo y ya no le permita refugiarse en lo instituido sino abrirse paso hacia prácticas que respondan al verdadero y noble fin de aliviar al paciente.

## **6. UNA DEMANDA PARTICULAR.**

A modo de cierre a todas las cuestiones que viene planteando este TFI, y las reflexiones que de ellas se desprenden, se hará por último un breve comentario con respecto a la complejidad de la demanda que deben atender aquellos profesionales psicólogos que asisten a pacientes judicializados. Según Elmiger (2006) ignorar este detalle implica desoír que hay allí una cuestión fundamental: cómo maniobrar con esa demanda, teniendo en cuenta que el modo de tratarla determinará las coordenadas que harán posible o no una intervención psicoanalítica.

Se trata de un tipo de demanda institucional dirigida desde el ámbito de la Justicia al discurso *psi*, que Blanco (2003) llama de *normativización*, porque el que es nombrado como paciente es acusado de transgredir normas que hacen a la regulación de la convivencia. Son sujetos que efectivamente, no pidieron ni eligieron un tratamiento sino que son remitidos por la Justicia. Pero ¿que sean mandados por el tribunal hace inviable un tratamiento psicoanalítico? ¿Son estos los llamados pacientes sin demanda y, por lo tanto, inaccesibles al tratamiento psicológico? ¿O acaso, más allá de esto, el psicoanálisis puede ofrecer alguna herramienta para pensar esta particular forma de presentación del sujeto?



De acuerdo con Blanco (2003), también debe considerarse cómo llegan estos sujetos a la consulta. Si es por una sugerencia del tribunal o de un juez, o si más bien dicho acercamiento se da como respuesta a versiones de tipo coercitivo tales como “si no hago tratamiento, no me cierran la causa”. En general, conviven ambas modalidades, mas en la práctica se observa que el hecho de que dicha pauta sea impuesta por la ley no siempre es condicionamiento suficiente para su cumplimiento. Con mucha frecuencia, por más que los oficios judiciales lleguen al Servicio, los involucrados nunca llegan siquiera a pedir la primera entrevista.

Tampoco debe pasarse por alto una tercera cuestión: para la Justicia ¿de qué tipo de sujetos se trata? En la mayoría de los casos, de personas que tienen una causa judicial, ya sea de tipo penal o social; que han infringido la ley y que deben ser sancionados. En menor medida estas personas pueden ser vistas por la Justicia como sujetos con una historia y una individualidad; y que en ámbitos de la Justicia se pueda pensar en algo más allá de lo delictivo, no resulta en absoluto fuera de lugar sino todo lo contrario. Y más aun cuando se trata de trabajar en colaboración con otras disciplinas como en este caso con la Psicología. ¿Cuántos psicóticos o débiles mentales cometen robos en donde lo pueril de la situación pone en evidencia la irresponsabilidad del acto? Lo que no impide que esto pueda ser algo que los ubique por fuera de la ley. Mas que en la Justicia pueda haber una apertura para que, por ejemplo, deje de inscribirse como una prostituta a una niña de 13 años, que habiendo sido víctima de abuso sexual por parte de su padrastro, ahora exhibe conductas de provocación y ofrecimiento sexual a quien ande por ahí, posibilita un importante acercamiento en lo que a formas de abordaje, análisis y estrategias de trabajo con pacientes judicializados se refiere.

Por último, los profesionales psicólogos que asisten a pacientes judiciales tampoco pueden dejar de preguntarse, ante cada uno de los oficios remitidos por la Justicia, cuál es el verdadero sentido detrás de un pedido efectuado por esta. ¿Acaso no es en muchas oportunidades que se le pide al psicólogo de la institución que haga funcionar algo de la ley que no funciona en ese sujeto objetivado? Mas he aquí uno de los grandes equívocos que se ponen en juego una vez más, cuando se entrecruzan las prácticas de la Psicología y del Derecho, conforme a Blanco (2003): ¿qué queremos decir cuando hablamos de ley? ¿Nos referimos al aspecto legislado de la ley como regla de acción impuesta por una autoridad superior, que se puede transgredir? ¿O la

consideramos desde lo psicológico, donde todo sujeto está inmerso en las leyes del lenguaje y es de acuerdo con esa legalidad que, en sus fenómenos discursivos, se podrá leer la relación entre los actos -legales o ilegales- y su determinación inconsciente?

Como puede apreciarse y a criterio de la autora de este TFI, ante esta particular demanda de los pacientes judicializados no hay respuestas prefabricadas. Sin embargo, maniobrar con la misma exige al menos un doble movimiento: por un lado, no responder a ella al pie de la letra; pero por el otro, tampoco rechazarla, tildando automáticamente a estos sujetos de pacientes sin demanda.

## 7. CONCLUSIONES

El título mismo del presente trabajo plantea un interrogante que muchas consideraciones ha suscitado a lo largo del mismo, generando a su vez nuevas preguntas que se desprenden de la compleja interrelación que se da a partir del entrecruzamiento de las prácticas psicológicas y jurídicas, y el encuentro entre sus respectivos discursos. Lejos se está todavía de arribar a conclusiones definitivas sobre el tema, pero el presente análisis final puntualiza algunas cuestiones relacionadas con el mismo a fin de permitir seguir reflexionando acerca de esta temática compleja.

Como sostiene Camargo (2005), nunca la relación de estas dos disciplinas fue pacífica, y no podía serlo ya que Freud golpeó uno de los pilares en que se asentaban casi todos los discursos jurídicos con cierta ambición constructiva: la pretendida invariable racionalidad humana. La mirada psicoanalítica tampoco podía dejar de lado el poder y a quienes lo ejercen, ya que para ella no se trata, solamente, de psicoanalizar al criminal.

La extensión del psicoanálisis a prácticas ubicadas en otro marco que el del convencional consultorio plantea interrogantes diversos. La inserción de los psicólogos en el terreno judicial constituye una de esas prácticas. Lo *psi-jurídico* no puede ser, sin embargo, definido aún como un campo disciplinar per se, con constructos propios consensuados interdisciplinariamente. Por el contrario, pone de relieve una doble vertiente a la que los psicólogos deben atender: el caso paciente, por un lado, y el discurso jurídico-institucional por otro.

Si se considera que quien está en manos de la Justicia es objeto de la misma como sujeto de la norma, se comprende que la perspectiva de defenderse permite vislumbrar una vía posible de subjetivación. Mas en muchos casos, como se ha hecho evidente a lo largo de la práctica; la causa judicial constituye el principal problema a resolver, no sólo en términos operativos sino también en cuanto al efecto subjetivo que

inscribe en el sujeto una marca indeleble, proveniente de ese Otro. En el caso analizado en este TFI, por ejemplo, ese Otro viene a ser la Justicia y todos sus interlocutores a lo largo de las distintas actuaciones judiciales; incluyendo a los profesionales psicólogos.

Es por todo ello que resulta innegable que la articulación de la problemática judicial al área de la salud mental debe ser concebida como una expresión singular que permita trabajar estas cuestiones desde una perspectiva construida en conjunto, no convirtiendo a una de las disciplinas en mero auxiliar de la otra. Y esto permitiría abordar lo *psi-jurídico* más allá del amplio y creciente desamparo discursivo al que se asiste la mayoría de las veces. Porque el riesgo reside justamente en la perversión del discurso, ya que lo punitivo no solo es ejercido por fiscales, jueces o policías; sino que se trata de un poder que siempre disputan las categorías profesionales y que puede conducir también a los profesionales psicólogos a asumir la función del poder punitivo.

Cada vez que los psicólogos son convocados por la Justicia a intervenir allí donde un sujeto ha cometido un acto antijurídico o se convierte en un paciente judicializado, se abre un interrogante cuya respuesta precisa de una toma de posición que de cuenta de la ética de su práctica.

¿Qué lugar podrá ocupar el psicólogo en es particular entramado entre el poder y la verdad en que se sitúa el saber del Derecho? ¿Y cuál podrá ser su función? Parece resultar obvio que el lugar más peligroso sería el de establecerse como "auxiliar" de la Justicia sustentando un discurso jurídico que lo asimila y lo borra con el solo fin de dictaminar lo verdadero. Sin embargo este lugar puede resultar tentador para algunos que tienen la ilusión de compartir el poder y de consolidar su propio discurso como un discurso más reconocido. Debe insistirse en que será entonces en el efecto de las prácticas donde podrá verse la ética de cada profesional que se desempeñe en la encrucijada de lo *psi-jurídico*.

Cuando un sujeto comete un ilícito, es función del juez objetivar ese acto y establecer una sanción al mismo. Para esto debe evaluar el acto y sus consecuencias excluyendo toda subjetividad. El juez debe sujetarse a la ley del código, a la ley escrita y en esta sujeción muchas veces queda perdido el sujeto. El discurso del Derecho, en tanto discurso hegemónico y del poder, intenta avasallar todo otro discurso para dar

cuenta de lo que denomina la “verdad objetiva y demostrable”. Pero en definitiva, esta verdad, sólo es la verdad del expediente. Desde su formación los psicólogos saben que existe otra verdad, que este sujeto tiene algo para decir que trasciende la verdad del expediente. Detrás de cada acto hay un sujeto hablante que merece ser escuchado, sujeto singular que ha cometido un acto detrás del cual será posible encontrar otro texto, otra escena con una legalidad diferente a la de la cultura, a la de los códigos escritos, a la del derecho, la legalidad del inconsciente, propia de cada subjetividad.

Las precisiones que aporta el psicoanálisis con respecto a las diferencias entre culpabilidad, asunción conciente de culpas o de responsabilidad y finalmente el concepto de sentimiento inconsciente de culpabilidad, funcionan como un hito determinante en esta encrucijada entre Psicología y Derecho. Sumado esto a la posibilidad de hacer lugar a la palabra por medio de sus intervenciones, para hacer surgir aquello que diferencia a cada sujeto en su individualidad.

Esto, que limitado a la terapéutica analítica representa un valor clínico definitorio, resulta extensivo e indispensable a la hora del diálogo entre las mencionadas disciplinas. Considérese sino, la importancia que tiene sobre la vida de las personas y los sujetos de derecho las decisiones de un juez, un defensor ó un psicólogo. Y de qué manera inciden y hablan de ellos los juicios morales y las ideologías que los rotulan.

Ser hablantes y a la vez hablados, no es aquí una mera cualidad descriptiva del ser humano, sino un hecho estructural del aparato psíquico humano que consecuentemente define riesgos cuando un hombre es hablado en el proceso de toma de decisiones. Aquí también puede hacer el psicoanálisis un importante aporte en el trabajo interdisciplinario con la Justicia: la ya mencionada ética de la diferencia que, de acuerdo con Dobón (1997), debe definir la práctica del psicólogo, apuntando a que se respete y considere la singularidad de la historia de cada ser humano.

Cuando los psicólogos que trabajan en el Servicio de Salud Mental de un hospital público son convocados desde el ámbito judicial a raíz de los pacientes judicializados que tienen a su cargo, este llamado no debe significar que su tarea deba limitarse a responder a la demanda del magistrado con el riesgo que su rol se desdibuje

y transforme su práctica al servicio de las agencias de control social punitivo. Es imprescindible que los involucrados intenten descifrar algún mensaje detrás del acto.

Se hace imperativa la pregunta por el sujeto. La ley del código definirá distintas modalidades de desaparición de ese sujeto de derecho; y sus bienes, sus actos y hasta su cuerpo no le serán propios, sino administrados por otros, y será un inhábil, un incapaz, un demente. O será inimputable y no podrá responsabilizarse por su hecho ni ser escuchado, o será un toxicómano que se habrá puesto a gozar de un modo que no se encuadra dentro de los parámetros que la sociedad espera. Será función de los psicólogos entonces, agujerear esos nombres con que la sociedad se expresa a través del discurso médico legal, para que en ese silencio del sujeto frente al dictamen de la ley pueda aparecer su palabra, su singularidad. Es aquí donde se pone en juego el límite ético de cada profesional *psi* interviniente, ya que tiene el deber de responder desde su saber hacer disciplinar, pero sostenido en una estrategia de intervención que no desvirtúe su acto.

A lo largo de este trabajo se ha intentado presentar cómo a través del tiempo el discurso totalizador del poder encarnado en las prácticas médico legales, se las arregló para segregar al sujeto que no podía ajustarse a la norma establecida y ocupar en el entramado social el lugar que le fue asignado. Sólo se han considerado algunos de los múltiples secuestros del sujeto, borramientos de la subjetividad, silenciamiento de aquellos que tienen algo distinto para decir. Borramiento que se produce cuando el Poder Judicial intenta tutelar los bienes primordiales, olvidando que cada uno de los poseedores de esos bienes, son portadores de una singularidad que los determina y los diferencia. También se ha visto aquí, y se ha hecho evidente en la práctica, como bajo la excusa de proteger a los sujetos muchas veces se los reprime, estigmatiza y margina.

Resulta sin embargo, muy difícil todavía llegar a conclusiones exhaustivas con respecto a este tema, más se considera que desde la práctica de los profesionales psicólogos, se puede ofrecer, a quien ha quedado fuera del discurso, un espacio de lenguaje donde sea posible pedir ayuda. Se puede y se debe responder a los intentos del discurso social de borrar al sujeto tras los fenómenos de masificación y debe intentarse por medio de las diversas intervenciones ofrecer una opción subjetiva, produciendo un

desplazamiento de la escena jurídica a otra escena, la del inconsciente, para que el sujeto pueda responsabilizarse por su acto y por su ética.

Queda mucho trabajo por hacer en cuanto a la construcción del campo *psi-jurídico* como tal y seguirá siendo una ardua tarea; mas la toma de conciencia y el lugar a la reflexión y al pensamiento crítico resultan indispensables como primer paso hacia lograr un cambio que apunte al enriquecimiento disciplinar e intelectual.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, G. A. (2006). *El crimen compulsivo pone a la ley en jaque*. Clase 5, Seminario por Internet “El sujeto ante la ley: culpabilidad y sanción”. Recuperado de [www.edupsi.com/culpabilidad](http://www.edupsi.com/culpabilidad) el 29-11-06
- Blanco, A.M. (2003). Del Psicoanálisis por mandato. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 23(12): 21-23.
- Braunstein, N. A. (2006). *Los dos campos de la subjetividad: Derecho y Psicoanálisis*. Clase 2, Seminario por internet “El sujeto ante la ley: culpabilidad y sanción”. Recuperado de [www.edupsi.com/culpabilidad](http://www.edupsi.com/culpabilidad) el 22-11-06
- Camargo, L. (2005). *Encrucijadas del Campo Psi-Jurídico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Camargo, L. (1994). Insilios y Arraigos: la Niñez bajo la Cruz del Sur. *Salud, Problema y Debate*, 11 (1): 12-17.
- Código Penal de la Nación Argentina. (2002). Buenos Aires: La Ley.
- Código Civil de la Nación Argentina. (2002). Buenos Aires: La Ley.
- Constitución de la Nación Argentina. (1992). Tierra del Fuego: Don Bosco.
- Consejo Ejecutivo de la OMS (1969, junio). *Definiciones médico legales en drogodependencia*. Recuperado el 07-11-05, de [http://www.who.int/gb/whaeb/pdf\\_files/serb111r22.pdf](http://www.who.int/gb/whaeb/pdf_files/serb111r22.pdf)
- De Rosa, A. (2003). No me mires de costado. No me des la espalda. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 23(12): 156-159.
- Donembreg, V., Wapner, V., Ciuccarelli, M., Matera, M. y Martínez, D. (2005). *El concepto de control social en los profesionales de la salud mental*. Trabajo de



investigación no publicado realizado para la Cátedra de Psicología Forense de la Carrera de Especialización en Psicología Forense, de la U.B.A.

- Dobón, J. y Rivera, I. (1997). *Secuestros Institucionales y Derechos Humanos: La cárcel y el manicomio como laberintos de obediencia fingidas*. Barcelona: M.J. Bosch
- Elmiger, M. E. (2006). *La Institución del sujeto y la Ley*. Clase 7, Seminario por internet “El sujeto ante la ley: culpabilidad y sanción”. Recuperado de [www.edupsi.com/culpabilidad](http://www.edupsi.com/culpabilidad) el 5-12-06
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Fábula.
- Fudín, M. (2001). Inimputabilidad y psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 19(10): 92-97.
- Geréz Ambertín, M. (2006). *Ley y subjetividad: culpa y prohibición*. Clase 1, Seminario por internet “El sujeto ante la ley: culpabilidad y sanción”. Recuperado de [www.edupsi.com/culpabilidad](http://www.edupsi.com/culpabilidad) el 15-11-06
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC) en base al Censo Provincial de Población, Hogares y Vivienda 2002. Recuperado de [www.indec.gov.ar/principal.asp?id\\_tema](http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema) el 06-11-2006
- Ingenieros, J. (1920). *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires: Primera Edición.
- Jankilevich, A. (2002). *Investigación sobre la locura en la Argentina*. Recuperado de <http://www.biblioteca.clarin.com/pbda/ensayo/locura/b-6015.htm> el 02-02-2007
- Knopoff, E. (1997). “La ficción del manicomio: de la segregación a la inserción”. En:

- Dobón, J, y Rivera, I. *Secuestros Institucionales y Derechos Humanos: La cárcel y el manicomio como laberintos de obediencia fingidas* (pp. 193-204).  
Barcelona: M.J. Bosch.
- Lacan, J. (1966). *Escritos I: Introducción teórica a las funciones del Psicoanálisis en Criminología*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Masson, S.A. (2003). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Real, J. (2001). El sujeto en los engranajes de la ley. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 19(10): 17-21.
- Saunier, R.V. (2000). La clínica, lo forense y el poder. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 17(9): 191-196.
- Sosa, S. (1998). “Abordajes interdisciplinarios en el Hospital Público”. En: *La Salud Mental y el Hospital Público: prácticas, políticas y culturas. II Congreso Argentino de Prácticas Institucionales con Niños y Adolescentes* (pp. 15-20).  
Buenos Aires: Polemos.
- Travacio, M. (1996). *Manual de Psicología Forense*. Buenos Aires: Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Oficina de publicaciones del Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires.
- Travacio, M. (1997). Algunas consideraciones acerca de la psicología forense y el discurso jurídico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la U.B.A.*, 2(1): 129-141.