

Analia Aucía Galassi

Abogada (UNR)

Master en Sistemas Penales y Problemas Sociales (Universidad de Barcelona)

Magíster en El Poder y la Sociedad desde la Problemática de Género (UNR)

Docente e Investigadora de la Facultad de Derecho (UNR)

E-mail: analia_aucia@hotmail.com

Mariela Ragone Egurrola

Psicóloga (UNR)

Docente e Investigadora de la Facultad de Psicología (UNR)

E-mail: mragone@unr.edu.ar / marielaragone@gmail.com

Internación psiquiátrica por consumo de drogas: una construcción terapéutica-punitiva fallida

Resumen

El presente trabajo aborda las conexiones entre la medicalización y la judicialización del consumo de las sustancias denominadas estupefacientes y sus efectos en los sujetos en tanto sujetos de derechos. A partir del examen de seis órdenes judiciales de internación compulsiva en una colonia psiquiátrica, se analiza cómo opera el entrecruzamiento de las prácticas jurídicas y psiquiátricas y sus efectos en la construcción de una superficie más amplia de actuación y de intervención, tanto del aparato judicial como de las prácticas médicas, excediendo el marco de las prescripciones legales en el que se fundan las internaciones. Del material examinado se relevan fundamentalmente dos aspectos. Primero, los argumentos médicos y de salud mental en los que se fundarían las decisiones de internación psiquiátrica por uso de drogas y alcohol. Segundo, la indicación de la finalidad o el para qué de la internación. Se indagan los procesos que Foucault denomina de "medicalización indefinida" y las producciones de verdad que exceden aspectos terapéuticos, relacionando los efectos de aquélla con las operatorias de control de los sujetos a través de las categorías diagnósticas de adictos, ebrios, drogadependientes.

Palabras claves

drogas · psiquiatrización · medicalización · control social

Abstract

The article addresses the connections between medicalization and the prosecution of the consumption of substances called narcotics and their effects on the subject- a subject who, at the same time, is entitled to rights. Through the examination of six judicial warrants for compulsory admissions to a "psychiatric colony", the working of the interconnection between legal and psychiatric practices is analysed. What is also analysed are the effects such interconnection has on the construction of a broader spectrum of action and intervention, both of the judiciary and the medical practices, beyond the framework of the statutory regulations upon which such admissions are based. From the examined material two main aspects come to light: firstly, the medical and mental-health arguments from which decisions about psychiatric hospital admissions in drug or alcohol abuse cases will be made. Secondly, there is also an indication of the purpose or objective of such hospital admissions. This paper also deals with the processes that Foucault calls "indefinite medicalization " and the real productions that go beyond therapeutic aspects, relating the effects of the former with the workings of the control of subjects through the different diagnoses categories of addicts, be it alcoholics or drug addicts.

Key-words

drugs · psychiatrization · medicalization · social control

Introducción

Las relaciones entre medicina y justicia o derecho han sido objeto de muchos estudios filosóficos, políticos y sociológicos. En este trabajo pretendemos abordar las conexiones entre medicalización y judicialización del consumo de sustancias denominadas jurídicamente “estupefacientes”. El interrogante desde el que parte esta investigación es si a partir de estas internaciones por consumo de sustancias, se genera un nuevo campo de ejercicio de poder y de producción de verdad que excede aspectos terapéuticos. Nos preguntamos cómo opera el entrecruzamiento de las prácticas jurídicas y psiquiátricas y si ello construiría una superficie más amplia de actuación e intervención que excede el marco de las prescripciones legales.

En el curso de esta indagación hemos analizado los modos en que se produjeron algunas internaciones judiciales ordenadas por juzgados penales, cumplidas en una institución psiquiátrica y en las cuales se alega consumo de drogas. Presentamos seis casos judiciales en los que se ha ordenado la internación psiquiátrica por consumo de drogas y alcohol, con la intención de ejemplificar e ilustrar algunas de nuestras conclusiones. De estos casos, analizamos los oficios judiciales en los que se plasma la orden de internación y los informes médicos o psiquiátricos adjuntados; de allí se relevaron dos aspectos: 1) los argumentos provenientes del campo de la medicina y de la salud mental en los que se fundaría la orden de internación; 2) la indicación del para qué de la internación, su finalidad.

Cabe destacar que todo el proceso -médico y judicial- de los casos presentados, opera bajo el marco de la Ley N° 23.737 sobre tenencia y tráfico de estupefacientes, del año 1989, actualizada en el año 2005. La actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, de diciembre de 2010, presenta un cambio de paradigma respecto de una concepción general del padecimiento psíquico y de la intervención respecto de éste, incluyendo también aspectos relativos al tratamiento en materia de “adicciones”. Más adelante, se mencionarán algunos lineamientos básicos en relación con la temática, teniendo presente que la Ley N° 26.657 señala que las adicciones “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”.

Conceptualizaciones

Para lograr nuestros objetivos recurrimos a autores clásicos así como también a los aportes de quienes han trabajado particularmente relaciones entre drogodependencia, derechos y libertades.

Foucault considera que las relaciones de poder refieren al Estado moderno, aunque no necesariamente derivadas de manera vertical y mecánica. La “estatalización continua de las relaciones de poder” (Foucault, 1988:242) adquiere distintas formas de acuerdo a los órdenes que involucre. El poder, más que coacción violenta pura o consenso racional voluntario, es una cuestión de gobierno en el sentido de “estructurar el posible campo de acción de los otros” y requiere un mínimo de libertad al modo de una precondition para su ejercicio (Foucault, 1988:239). En este trabajo, trataremos de examinar las implicancias del ejercicio de poder en relación con el dispositivo que llamaremos psiquiátrico-jurídico, el objetivo de control social y los usos de la noción de enfermedad mental.

En relación con el control social, encontramos que a fines de la Primera Guerra Mundial el problema de la cohesión y el control social adquiere una presencia nodal en el pensamiento de Mead y Dewey. Para ellos, el control social está basado en la interacción social y rechazan la idea de un punto privilegiado del control sosteniendo que éste y el yo son la base del mismo proceso. El control social como concepto socio-psicológico no se limitaría a las instituciones políticas, sino que el auténtico control social sería el proceso de “socialización”, y su eficacia varía según el grado hasta el cual los individuos son capaces de asumir las actitudes de los otros interactuantes en el marco de significados generales que la comunicación sostiene (Melossi, 1992). En la década del '50, Parsons teoriza sobre los mecanismos del control social como la tendencia a delimitar las posibilidades de acción de grupos o individuos para la conservación de un orden social. Menciona a las psicoterapias como elementos fundamentales para “contrarrestar las tendencias desviadas” (Parsons, 1986:280) y distingue al delito de la enfermedad a través de la responsabilidad que se le puede adjudicar a quien realiza la acción: en el delito, el acto desviado es producido por un criminal responsable al que se lo excluye del grupo social, al enfermo, en cambio, no lo considera responsable, su condición, en tanto rol, lo aísla e incomunica exponiéndolo a fuerzas reintegradoras. A través de la psicoterapia, un actor que desempeñe el rol de enfermo se encuentra expuesto a una situación en la que entran en juego fuerzas capaces de romper el círculo vicioso de la creación de conductas desviadas (Parsons, 1986:294).

En relación con la noción de enfermedad mental, para Szasz ésta remite a conductas que violan “ciertas normas éticas, políticas y sociales” (Szasz, 2000:33). Se trata de una expresión metafórica y no refiere a un hecho real, aunque la psiquiatría intenta mostrarla como un concepto biológico irrefutable. Se trataría de un constructo de valoraciones morales asentadas sobre una ideología con contenidos laicos pero en su forma mantiene resabios religiosos. También se sostiene que la enfermedad mental es el emergente de un proceso de interacción donde determinadas características de los señalados como pacientes son interpretadas desde los estereotipos sociales (Goffman, 1972).

Para comprender la noción de “dispositivo”, tomamos tres aspectos trabajados por Foucault. Uno refiere al conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos que forman una red: “discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes y medidas administrativas, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1983:184 y ss). Otro aspecto alude a la naturaleza del vínculo entre esos elementos; existe entre ellos una especie de juego, “cambios de posición, modificaciones de funciones, que pueden, también ellos, ser muy diferentes”. El tercero se relaciona con la función estratégica dominante del dispositivo, la cual ha sido, principalmente, responder a la urgencia.

Al pensar las relaciones de poder, Foucault no centraliza la mirada en los agentes que operan a través de la represión o de la exclusión de una manera general, sino que individualiza a los agentes reales, tales como los médicos, la familia, los educadores, etc. Es necesario indicar cómo estos mecanismos de poder, en un determinado momento y en una coyuntura precisa, fueron o son ventajosos desde el punto de vista económico y político para ciertos sectores sociales dominantes. La medicalización de la delincuencia y la locura constituye, a la par de otros mecanismos, una “micromecánica del poder” (Foucault, 1993:29). Los controles que las sociedades ejercen sobre las personas operan no sólo por la conciencia, sino a través del cuerpo y con el cuerpo. Éste se transforma en “una realidad biopolítica” y la medicina en “una estrategia biopolítica”, es decir, en una práctica social que se fundamenta en “cierta tecnología del cuerpo social”, cuyo objeto es la regulación y la disciplina de la población (Foucault, 1990:124 y 125). Al estudiar los procesos de disciplinamiento de las poblaciones, Foucault advierte sobre la relevancia que adquiere el cruce de los dispositivos jurídico y médico, constituyéndose en un aspecto central de lo que denomina las “sociedades de normalización”. En éstas, los discursos nacidos de las disciplinas invaden el derecho, con sus técnicas y discursos específicamente médicos y generan procedimientos que tienden a normalizar a los sujetos, no únicamente a castigarlos (Foucault, 1993:33).

Castel observa que tras la Revolución Francesa, los alienados son liberados de la arbitrariedad del encierro y comienzan a ser vistos como objeto científico, a los efectos de ser estudiados y corregidos mediante un “tratamiento moral” a cargo de médicos alienistas. La psiquiatría se constituiría como parte de una estrategia de control social que no impone una coacción brutal física (técnicas autoritario-coercitivas), sino que se produce una metamorfosis hacia una relación de tutela con una política de asistencia (técnicas persuasivo-manipuladoras). De allí, entiende que la filiación de la psiquiatría es asistencial y política tanto como médica, considerándola como una Ciencia Política que administra la locura. La existencia de esta disciplina estaría reducida a una gestión llevada a cabo por funcionarios estatales en un marco técnico (instituciones, saberes, profesiona-

les especializados, leyes). A partir de esta configuración, el uso de la violencia se argumenta en pos del beneficio de los sometidos, ubicados en un lugar de dependencia bajo la categoría de “irresponsable”, en contraposición al “delincuente castigado”.

Acerca del dispositivo médico-psiquiátrico

Los dispositivos médico y penal tienen puntos de anclaje importantes en el positivismo. Así, por ejemplo, nociones tales como “enfermedades sociales”, “peligrosidad”, “defensa social”, “resocialización”, permiten una articulación entre ambos dispositivos partiendo de ciertas premisas básicas del positivismo.

La noción de peligrosidad en nuestro ordenamiento penal, tiene una vinculación con los debates teóricos criminológicos que nacen a fines del siglo XIX. En este sentido, se plantea que la criminología positivista puede verse, de alguna manera, como el resultado “del proceso de nacimiento y consolidación de la intersección entre dispositivo psiquiátrico y dispositivo penal” (Sozzo, 1999:166). En lo que significó este proceso, los congresos de antropología criminal, desarrollados entre 1885 y 1911, marcaron una fuerte impronta tanto en Europa como en América Latina respecto de cuestiones atinentes al control de la delincuencia. Uno de los temas discutidos más destacados tiene que ver con las “características físicas” de los delincuentes y su desviación física y moral y la relación entre locura y delincuencia. La escuela positivista, en cabeza de Lombroso y Ferri, no dejó de bregar por el reconocimiento del delincuente como un enfermo que podía ser curado a través de un “tratamiento”: los delincuentes no eran iguales a los otros seres humanos ni biológica, ni psicológica, ni socialmente (Del Olmo, 1987:70).

A la par de los congresos se funda la Unión Internacional de Derecho Penal la cual trabajó, a grandes rasgos, el delito y sus causas, los medios para combatirlo asociados a la idea del estado peligroso, las medidas de seguridad y la sentencia indeterminada. Las directivas de la Unión Internacional repercutieron en los códigos penales del mundo.

A partir del año 1872 se realizan congresos penitenciarios internacionales. En el II Congreso Penitenciario, la delegación argentina informa sobre la situación de sus prisiones y se puede observar cómo se van imponiendo ciertas técnicas de control social: “las decisiones que se tomen en ese Congreso (...) serán como el tratamiento que el médico indica para combatir cualquier enfermedad. Si estamos más enfermos que otros pueblos, debemos buscar manifestarlo e indicar los síntomas de nuestras enfermedades sociales para que se nos ayude a encontrar su remedio” (Del Olmo, 1987:63; subrayado de la autora).

La utilización de nociones médicas para abordar el problema de la delincuencia hace notar la concepción organicista de la sociedad, la cual implicó la implementación de una serie de acciones educativas, correctivas con fines moralizantes, entre otros (Del Olmo, 1987:63 y 64).

La ideología de la defensa social nació al mismo tiempo en que la “ciencia y la codificación penal se imponían como elemento esencial del sistema jurídico burgués” (Baratta, 1993:36). Por otra parte, Pavarini plantea que la ideología de la defensa social justifica, racionalizando, el sistema de control social. El aparato represivo se legitima como práctica racional en tanto no hace más que defender a la sociedad del crimen (Pavarini, 1993:49 y 50). También Foucault menciona que bajo esta premisa se vuelve posible la articulación de una serie de controles que hacen ejes en aspectos psicológicos y morales a ser reformados en relación con el comportamiento de los individuos. La penalidad del siglo XIX introduce la posibilidad de regular las actitudes de los individuos en términos de sus virtualidades y no de sus actos: no lo que hacen sino lo que “pueden hacer, son capaces de hacer, están dispuestos a hacer o están a punto de hacer” (Foucault, 1991:97).

La configuración del nuevo orden mundial, post Segunda Guerra, conlleva a una transformación de la política criminal. La defensa social no sólo es analizada como una ideología (Pavarini, 1993; Baratta, 1993), sino que también constituyó un movimiento que bregó por el reemplazo de la pena por una medida curativa y de seguridad. Este movimiento se consolida entre 1945 y 1948, logrando su reconocimiento internacional al establecerse la Sección de Defensa Social de las Naciones Unidas. Ésta define su objetivo como “la prevención del delito y el tratamiento del delincuente” (Del Olmo, 1987:89 y ss). Marc Ancel, sostiene que “la defensa social presupone (...) un sistema de protección de la sociedad contra los hechos delictivos (...), esa protección social la logra por medio de un conjunto de medidas que generalmente están fuera del ámbito del derecho penal y están diseñadas para ‘neutralizar’ al delincuente, ya sea removiéndolo o segregándolo o aplicando métodos educativos o remediadores” (*apud* Del Olmo, 1987:90).

En el último congreso de la Unión Internacional de Derecho Penal en 1913, se mencionó como peligrosos a reincidentes, alcohólicos, deficientes de toda clase, mendigos y vagabundos. Entre los múltiples y variados análisis sobre la peligrosidad, Hernández hace notar los aspectos que algunas legislaciones incluyen para valorar la peligrosidad: motivo, personalidad, habitualidad, condiciones de vida social y familiar, gravedad del hecho, antecedentes penales. El Derecho Penal toma la noción de peligrosidad social de la Criminología en el momento histórico en que se necesitó implementar otras maneras de control social para mantener el sistema económico y político mundial que se resquebrajaba (Hernández, 1977:33). La incorporación de esta noción justificó, de alguna manera, la adopción de las medidas de seguridad, por lo que la función del concepto de peligrosidad sería la base de los nuevos mecanismos de control social, ocultando lo

represivo de ellos. Desde el momento en que las medidas de seguridad adoptan una apariencia humanitaria quedarían recubiertas de la finalidad de rehabilitación y cura y el control se puede extender a conductas consideradas como “no delictivas” (Hernández, 1977:32 y ss).

Del Olmo señala que la adopción de los paradigmas gestados en Europa continuó siendo una constante, destacándose en Buenos Aires una adhesión mayor a desarrollar el problema de la peligrosidad como explicación al problema de la delincuencia (Del Olmo, 1987:159). Algunos argentinos adherentes a la criminología positivista, crearon en 1888 la Sociedad de Antropología Jurídica. Entre sus planteos figuraba la necesidad de estudiar la personalidad del delincuente a fin de proyectar las reformas de las leyes penales. En 1907 se crea el primer Instituto de Criminología de toda Latinoamérica dirigido por José Ingenieros. El problema de detectar y conocer al “individuo delincuente” era una inquietud fundamental para la comunidad internacional. Esta preocupación también fue adoptada por los intelectuales de Latinoamérica y, al respecto, Pavarini y Del Olmo entienden que dicha preocupación de intelectuales europeos y latinoamericanos tenía como objetivo neutralizar la acción de los “resistentes” al nuevo orden económico capitalista que se imponía luego de la primera guerra mundial. Entre 1938 y 1947 se celebraron cuatro encuentros latinoamericanos de criminología y ya, para este último año, estaba expresada en el continente la fórmula política de la criminología: “el delincuente es un psicópata que necesita ser estudiado detenidamente para determinar su grado de peligrosidad y el tipo de sanción que se le debe aplicar: pena o medida de seguridad” (Del Olmo, 1987:173).

El cruce de nociones provenientes del campo de lo jurídico y de lo médico -delincuente como enfermo mental- muestra cómo el positivismo criminológico, hacia finales del siglo XVIII¹⁸ y principios del XX, “sentó las bases del surgimiento de un estado médico legal en la Argentina” (Salvatore, 2001:84). La criminología positivista se ha desarrollado como una “empresa de colonización”, en el sentido de que ciertos técnicos e intelectuales con pretensiones reformadoras comienzan a ejercer el control de áreas marginales del Estado. Desde allí empiezan a delinear “las redes sociales, los programas y el prestigio que necesitan para influir sobre las políticas del Estado y, a largo plazo, transformar las prácticas de éste” (Salvatore, 2001:104 y 105).

Vezzetti (1985) señala que hacia 1880 se expande una conciencia médica europeizada consolidadora del aparato del Estado que sirvió para la construcción de un aparato sanitario y de higiene pública cuyo destinatario principal era la población pobre, entendida como un conjunto gregario anónimo cuyas conductas debían ser sometidas al control médico-estatal. La medicina como práctica de Estado se sostiene en la intervención normalizadora sobre las conductas y, dentro de esta práctica, la psiquiatría tomó a su cargo un rol relevante en estrecha vinculación con la criminología.

Un aspecto central que enlaza a la medicina mental con el dispositivo jurídico es el elemento responsabilidad. A partir de éste, los especialistas del dispositivo judicial advierten la incompletud del saber jurídico respecto de la inteligibilidad de lo patológico. Desde finales del siglo XIX, la criminología positivista va instaurando la noción de responsabilidad social que implica el relegamiento de la responsabilidad penal basada en el libre albedrío: los sujetos ya no van a ser responsables en razón de su culpabilidad en sus propias acciones, sino por cuán peligrosos y temibles sean de acuerdo a su personalidad. A decir verdad, el positivismo no ha copado la totalidad de las prácticas y normativas penales sino que se instituye, a partir de la intervención, desde un lugar intersticial donde se confunde locura y crimen (Sozzo, 1999:171). El pasaje de la valoración de actos a actores queda bien claro con Paz Anchorena cuando al interrogarse sobre el estado peligroso, responde que se puede detectar una “naturaleza intelectual especial” que hace que determinados individuos sean naturalmente criminales y, en consecuencia, peligrosos para la sociedad, por lo que el castigo deberá apuntar a punir las maneras de hacer y de vivir, y no solamente tal o cual acción (Sozzo, 1999:167).

Psiquiatrización y judicialización del consumo

Foucault ha señalado que no habría un territorio exterior a la mirada médica sino que más bien la vida, en sus múltiples manifestaciones, se ha vuelto objeto de su jurisdicción (Foucault, 1990:104). Desde esta perspectiva, el consumo de drogas estaría bajo la intervención jurídica y médica, “recortando para el campo de la psicopatología un objeto, la drogadependencia, cuyo estatuto nosográfico sería convalidado desde el saber científico” (Dimov, 2005:88).

El “problema de las drogas” ha tenido un gran desarrollo a lo largo del siglo XX, provocando la proliferación de una gran maquinaria compuesta de discursos, instituciones y normativas múltiples. Para Dimov la decisión política de transformar al consumo de drogas en enfermedad trajo como consecuencia una serie de disposiciones administrativas, normativas legales, desarrollos teóricos (psicológicos, sociales, farmacológicos, etc.); definió categorías de consumo como patológicas y de consumidores como drogadependientes, drogadictos, adictos, etc. En este proceso se ha llegado a la conformación de lo que ella denomina “dispositivo drogadependencia”, el cual implicaría una presencia estratégica de control sostenida en base a ciertas prácticas: prevención, asistencia y represión del consumo, lucha contra el narcotráfico, polémica sobre la pertinencia o no de “lucha contra las drogas”, etc. (Dimov, 2005:89, 90 y 94).

Las acciones políticas y jurídicas, destinadas a la sujeción y control de los individuos que ingieren estupefacientes, centran la “lucha contra las drogas” en

el consumo personal -contra "los drogadictos"- no así en el narcotráfico. Dada su atribución de enfermos, se "naturalizó en el imaginario colectivo el 'deber social' de ejercer una relación de tutela sobre ellos" (Dimov, 2005:94; subrayado de la autora).

Llegamos entonces a ver cómo la ingesta de drogas, además de transformarse en enfermedad, se ha criminalizado. La ley sobre estupefacientes N° 23.737 establece la doble configuración de delincuente y enfermo, mantiene la visión del consumo de drogas como enfermedad/enfermo y como delito/delincuente, por tanto, la persona será reprimida penalmente y controlada terapéuticamente. Al producirse esta fusión de enfermedad y delito, se genera una intersección de criterios de control del campo de lo médico y de lo jurídico. Castigo (por trasgresión) y tratamiento (por enfermedad), quedan con/fundidos. Dentro de las instituciones hay regímenes que responden a estas dos miradas, estableciéndose un nexo inescindible que genera la figura del enfermo-delincente. Las figuras del drogadependiente, adicto, consumidor se sostienen en un dispositivo médico-jurídico consolidado en base a los argumentos aportados por el positivismo criminológico. En este dispositivo, los enunciados aparecen vinculados a proyectos políticos, en alguna medida relacionados con los procesos de consolidación del Estado o con la necesidad de intervención estatal sobre poblaciones específicas consideradas peligrosas.

La idea extendida de que una persona bajo los efectos de la droga puede delinquir no queda sólo como representación mental, sino que se traduce en prácticas de control, entre ellas, las internaciones compulsivas en instituciones de "rehabilitación", donde la noción de tratamiento implica todo un régimen moralizador disciplinario que apunta a modificar hábitos y comportamientos.

Tal como señalan Pegoraro y Fernández (1993), la penalización del consumo de drogas ilegales obedece a la puesta en práctica de una política penal selectiva; se distingue en cuanto al tipo de drogas -las definidas como legales o ilegales- y en cuanto al tipo de individuo a reprimir. Pero, al mismo tiempo, se trata del ejercicio de una política penal colonizada por el discurso médico.

La internación en una institución manicomial, no prevista en la Ley N° 23.737, se legitima con relación a equiparar consumo de drogas con enfermedad mental. El dispositivo médico-penal entra en funcionamiento para controlar un nuevo objeto, introduciendo el viejo dispositivo manicomial en torno a la figura del drogadependiente. Por su parte, la nueva Ley de Salud Mental, en el art. 4 señala que "las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental". Es posible establecer, sin embargo, una diferencia entre esta ley y la de estupefacientes, ya que la Ley N° 26.657 establece no sólo la prohibición de "nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados", sino que los que ya existen deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la ley hasta la sustitución definitiva por dispo-

sitivos alternativos (art. 27). Aunque aún no hay estudios ni evidencias extendidas sobre la implementación de esta ley en relación con las adicciones, cabe advertir la diferencia sustancial en cuanto al reconocimiento de derechos: “Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (art. 4, última parte).

De cada uno de los seis casos de internaciones en la colonia psiquiátrica se relevan, como mencionáramos, dos aspectos: 1) los argumentos esgrimidos para justificar la internación; y 2) la finalidad de la misma, en el sentido de analizar ciertas fórmulas expresadas en los documentos judiciales que indican los objetivos que se esperan alcanzar con la internación.

Los seis casos seleccionados han sido identificados con una letra distinta:

1. Caso N. Diagnóstico: “etilismo crónico, presenta excitación psicomotriz e inestabilidad emocional”; “síndrome de abstinencia alcohólica con *delirium tremens*”. La causa judicial se inicia por infracción al art. 89 del Código de Faltas que refiere al “Ebrio habitual”. Finalidad de la internación: “internación preventiva”.

2. Caso E. “Padece alcoholismo crónico, sin conciencia de enfermedad, es peligroso para sí y para terceros, le impide comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones”. El informe médico acompañado afirma: “Estado psicológico normal. Aliento alcohólico”. La causa judicial penal se inicia por amenazas. Finalidad de la internación: “habiéndose dispuesto tomar una medida de seguridad sobre el mismo, debiendo ser internado en esa Institución”.

3. Caso C. El único escrito enviado a la colonia psiquiátrica es un oficio dirigido al Director del Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria solicitándole colaboración para el traslado de C a la colonia. El argumento es: “la patología que presenta”. La causa judicial penal es por “tentativa de hurto”. Finalidad de la internación: brindarle el adecuado tratamiento respecto a la patología que presenta.

4. Caso F. No hay oficio dirigido a la colonia sino al titular de la Comisaría donde se hallaba alojado F. A su vez, la Comisaría dirige un oficio a la colonia. En ninguno de los dos se mencionan los motivos de la internación. La causa judicial penal es robo. Finalidad de la internación: “se ha dispuesto el traslado del detenido F, al Pabellón de Tratamiento de Adicciones de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, para su internación y tratamiento”.

5. Caso L. Al oficio judicial se acompañó una copia de la resolución del juzgado por la cual se ordena la internación. Los argumentos señalados son: “sufre diferentes cuadros depresivos, posiblemente resultado de una alteración psiquiátrica producto de su dependencia a las drogas”; “Haberse tornado peligroso para sí y para terceros”. Se desconoce el delito imputado. Finalidad de la internación: se menciona que la situación de L debe encuadrarse como medida de

seguridad, de acuerdo a su peligrosidad, conforme a lo previsto por art. 330, quinto párrafo del Código Procesal Penal de la Provincia, concluyendo que “es por ello que se deberá derivar a una institución especializada a las afecciones de dependencia que sufre” .

6. Caso M. El oficio dirigido a la colonia dice que se ordena la internación en función a lo dictaminado por el médico forense. Se mencionan dos tipos de argumentos: uno clínico, “para adelantarnos a los síntomas probables que la abstinencia le provocará” y el otro refiere a “la actitud colaborativa [de M que] sigue siendo óptima y en base a ello” se deriva al Hospital. Pero “debido a la peligrosidad [de M] (...) se ha ordenado la custodia policial del mismo”. La causa judicial penal fue por robo calificado y resistencia calificada a la autoridad. Finalidad de la internación: “a los efectos de que sea compensado definitivamente, tarea a cargo de profesionales especializados”.

Argumentos clínicos y jurídicos de la internación

Los criterios que los profesionales de la salud informan a la Justicia al evaluar el estado de una persona operan como justificantes de la aplicación o no de una medida curativa. Tal como lo señalan las leyes de procedimiento, los magistrados se valen de los informes de técnicos, es decir, de un saber reconocido como científico que ellos no portan, para poder legitimar jurídicamente la medida a ejecutar. En estas situaciones, las posibilidades son: aplicar pena de prisión o medida curativa y, en su caso, internar o no en una institución especializada de acuerdo a los principios de la Ley Nº 23.737.

En los seis casos analizados vemos la explicitación de enunciados diagnósticos sin desarrollo ni mención de los procedimientos o técnicas utilizadas por el perito o profesional interviniente en la evaluación. Por ejemplo, en los casos F y C no se mencionan los motivos clínicos que sustentan la internación. En el caso de C se indica “brindarle el adecuado tratamiento respecto a la patología que presenta”. La expresión “respecto a la patología que presenta” hace presumir la evidencia y nitidez de la enfermedad, reconocible a simple vista por los profesionales que reciben a la persona en la institución y no ameritaría la explicitación de ningún tipo de argumento clínico.

La aceptación por parte de la Justicia de formulaciones diagnósticas realizadas en estos términos y condiciones, nos hace suponer que se instala una creencia ciega, como demostración de fe hacia el conocimiento técnico por parte de quien presenta esos enunciados. Estos tienen, por decirlo de manera sencilla, una fuerza fundamental en el proceso de análisis de los jueces, ya que los habilita a decidir una internación coactiva. Esas fórmulas operan como si en ellas se condensara toda una condición de peligrosidad, riesgo y severidad en la salud

del sujeto y como si, además, no fuera necesario contextualizar el estado subjetivo, la repercusión de ciertos “signos”, etc. Pareciera que al decir, por ejemplo, “cuadros depresivos”, “etilismo crónico”, “inestabilidad emocional”, estos estados fueran abarcativos de una serie de signos, rasgos, caracteres definidos, cerrados en sí mismos y unívocos en el sentido de que no varían, de persona en persona, la forma en que se manifiestan o que son vividos. Por ejemplo, el término “inestabilidad emocional” resulta de uso corriente y, muchas veces, impreciso y refiere a diversos estados de una persona. De otro modo, la expresión “etilismo crónico” indica claramente a qué se refiere, aunque en estos casos el diagnóstico se plantea de manera indeterminada y vaga, ya que los límites que hacen que un hábito pase de ser considerado consumo de alcohol a alcoholismo, queda a criterio casi intuitivo del observador, así como determinar si ese consumo es crónico o agudo. A tal punto se presenta impreciso aquello que haría patológico el consumo de alcohol que en el caso E se hace una débil y rápida referencia a un estado de “aliento alcohólico”. En otras palabras, todo parece fluir y funcionar de una manera tan espontánea que, por ejemplo, un “cuadro depresivo” por sí mismo habilita una internación psiquiátrica.

Hablar de enfermedad, síntoma, psiquismo, implica establecer un juicio en el que se combinan ciertas cuestiones referidas tanto a la persona examinada como a los estereotipos del evaluador que surgen de la sociedad en la cual conviven. Es decir, designar algo como “síntoma psíquico” no es referirse a un dato observable e identificable por una mirada “experta” de la realidad, portador de una esencia patológica, sino que surge de un contexto social y ético como una construcción y asignación hecha en una relación de poder desigual (Szasz, 2000:24). Por medio de esta operación de atribución, se ha constituido en “problema de salud mental” el consumo de determinadas sustancias, tales como cocaína, marihuana, alcohol etílico de curación, asepto bron, etc. Consecuentemente, se hace aparecer la necesidad de un abordaje específico y especializado por el cual el Estado actúa, al mismo tiempo y paradójicamente, castigando y cuidando. La ley de estupefacientes establece que no es cualquier profesional de la salud quien estaría habilitado para llevar adelante el tratamiento terapéutico por adicciones, sino un equipo interdisciplinario y establecimientos adecuados, reconocidos oficialmente. El art. 19, al indicar “tratamiento de desintoxicación y rehabilitación”, refiere al campo de lo médico -desintoxicación y rehabilitación- y al campo de lo jurídico/penal -rehabilitación-, esperando que la persona modifique su conducta a través del tratamiento con una medida curativa.

La interrelación entre elementos del ámbito de la salud con ciertos objetivos que se propone el régimen penal se puede observar también en la noción de peligrosidad para sí y para terceros, usada como elemento determinante de la decisión de internar. En el caso E, al mencionar el diagnóstico de “alcoholismo crónico” se expresa que es “peligroso para sí y para terceros”, lo cual “le impide

comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones”, también en el caso L “haberse tornado peligroso para sí y para terceros”. Estos elementos, que por definición conceptual son ajenos al campo de lo médico aunque utilizados por médicos, terminan funcionando como decisivos de la medida de seguridad. Como fue expuesto más arriba, Castel y Foucault muestran que la noción de peligrosidad remite a una supuesta cualidad inmanente al sujeto: será juzgado, evaluado, diagnosticado también en el nivel de sus virtualidades; no por lo que hizo sino por lo que es. La peligrosidad refiere a un campo de potencialidades donde existe “una relación más o menos probable, entre tales o cuales síntomas actuales y tal o cual acto futuro” (Castel, 1986:222).

Así como con la figura del adicto ciertos hábitos son considerados enfermedad y delito al mismo tiempo, de manera similar ocurre con la figura penal del ebrio habitual mencionada en el caso N. No obstante, recordemos que el alcohol es un objeto lítico, a diferencia de los estupefacientes. Con la figura del ebrio habitual se articulan los discursos médicos y psiquiátricos, en tanto no sólo se es un infractor a la ley penal, habilitante de una sanción punitiva (arresto) sino que, a la vez, se es un “enfermo” sobre el cual se autoriza la aplicación de una medida de internación. Paradójicamente, mientras el arresto puede durar hasta quince días, la medida curativa se puede extender hasta noventa días.

El nexo indisoluble de patología/enfermedad mental/infracción penal habilita un juego de saberes y poderes respecto de las elecciones de las personas en torno a las sustancias que consumen, y excede el marco de la ley sobre estupefacientes. La ley jurídica ha sido poblada por el discurso médico sometiendo a encierro psiquiátrico a algunas personas de acuerdo a lo que elijan consumir y en tanto ello se considere peligroso para sí y para terceros. Más fuerte aún resulta esa convivencia discursiva, cuando observamos que en los casos E, C y N, la levedad de las penas de prisión o arresto que correspondería al delito/contravención acarrearía la aplicación de la medida procesal de libertad condicional. De esta manera, aplicar una medida de seguridad curativa, constituye un reaseguro del encierro, ya no por delincuente sino por enfermo, adicto, ebrio. Se patologiza al delincuente sin que su nueva condición de enfermo borre o haga desaparecer su carácter de delincuente; también su infracción es vista como una expresión de su enfermedad. Esta operación constituye una garantía del ejercicio de poder casi incondicional de las prácticas médicas. En este sentido, Szasz sugiere que el concepto enfermedad ahora es también una categoría política, además de médica: “algunas enfermedades son médicas (por ejemplo, el cáncer de próstata), algunas son legales y políticas (por ejemplo, la demencia criminal, el uso no aprobado de drogas), y algunas son mentales (por ejemplo, la agorafobia)” (Szasz, 1994b:126). Szasz ha puesto énfasis en analizar las respuestas que se vehiculizan para resolver lo que se considera “desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas”. El autor afirma que estas respuestas médicas no son apropiadas

frente a un tema que proviene de un lugar distinto del campo de las definiciones médicas. Si en la base de actuación de la medicina estaría funcionando un discurso protector de la salud, entonces ¿por qué no se aplican también internaciones compulsivas para “desintoxicar y rehabilitar” a quienes ingieren alimentos en condiciones y cantidades fuertemente nocivas para el organismo? En este sentido, el DSM IV patologiza el consumo de cafeína, pero parecería descabellado pensar que una persona que consume 15 tazas diarias de café pueda ser internada compulsivamente por esta razón. También el cigarrillo es un elemento reconocido incluso legalmente como “perjudicial para la salud”. Sin embargo, ninguno de estos hábitos de consumo que provocan trastornos en la salud constituyen motivo de sujeción o de internación involuntaria.

Finalidad de la internación

Si bien el art. 19 de la ley 23.737 establece que el tratamiento puede “ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso”, en los seis casos trabajados la opción elegida fue la internación. Se observaron, asimismo, razones para internar que no responden ni a lo jurídico ni a lo médico, sino a una cuestión de índole administrativa: “el servicio local no cuenta con instalaciones ni recursos humanos para una adecuada atención del internado, recomendando su derivación a un centro de atención psiquiátrico” (caso N). En el caso E -quien tenía 24 años al momento de la internación- se indica que “padece alcoholismo crónico”. ¿Qué implica afirmar que tal conducta es crónica? Si este concepto es entendido como irreversible porque proviene de larga data, ¿cuál sería la finalidad de la internación psiquiátrica? Y si la internación se hubiera indicado, supongamos, en un hospital general, ¿se puede encerrar coactivamente a alguien para que se trate médicamente, por ejemplo, por cirrosis? Si se espera que se aplique un tratamiento dirigido a modificar el hábito o conducta de consumir alcohol, ¿por qué se habilita a la medicina a intervenir contra la voluntad de las personas sobre aspectos subjetivos?

En cuanto al límite temporal de la internación, tanto en el caso M como en el E se evidencia que el mismo depende exclusivamente de criterios médicos. En los oficios se indica que la internación tiene la finalidad de lograr una compensación definitiva (caso M), o hasta que “resulte médicamente posible su externación” (caso E).

Mencionamos anteriormente que el art. 19 de la Ley N° 23.737 señala que “el tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás”. En este postulado se advierte el encadenamiento de los conceptos “prevención” y “peligrosidad” o “daño”. Si la persona no da el consentimiento, la

internación podría tener la finalidad de prevenir un daño para sí mismo o para la sociedad. Se enlaza la pretensión de prevenir las consecuencias de un peligro que no se puede precisar de qué se trata, ni su origen, ni sus efectos, ni su manera de abordarlo técnicamente. En esta línea, Szasz considera que “la función preventiva del gobierno (...) está mucho más expuesta a los abusos contra la libertad que la función punitiva” (Szasz, 1994b:124).

La reciente Ley de Salud Mental introduce una modificación importante en el art. 482 del Código Civil fijando un límite respecto a la privación de la libertad, la cual sólo podrá afectarse en el caso de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Se percibe un cambio de terminología al reemplazarse el concepto de peligrosidad o daño por el de riesgo cierto e inminente. Excede el objetivo de este trabajo analizar estas diferencias, aunque entendemos que es posible que este cambio de nominación no produzca efectos sustanciales si, al mismo tiempo, no se transforman las representaciones e intervenciones clínicas -psiquiátricas o no- y jurídicas respecto del consumo de drogas. Hacemos notar que en la provincia de Santa Fe, desde el año 1991, existe la Ley de Salud Mental N° 10.772, la cual establece derechos y garantías respecto de la internación. Así, por ejemplo, el art. 3 al indicar los requisitos de la internación, señala que “el establecimiento donde tenga lugar la internación disponga y brinde un programa de tratamiento adecuado” y que la misma esté “orientada a la recuperación de la salud del internado y a su egreso en el tiempo más breve posible”. Ninguna de estas prescripciones previstas por la Ley N° 10.772 se ha cumplido en los seis casos presentados.

En estos casos, la decisión de finalizar el encierro institucional queda estrechamente asociada a un saber médico que opera como una práctica preocupada por la “seguridad” más que por la salud, como auxiliar de la Justicia en el arte de controlar y castigar a las personas. Este accionar médico se vincula con las personas como si existiera un deber natural de curarse, una obligación (¿social?) de que la persona sea tratada terapéuticamente. Podemos entrever que, además, el sujeto tiene la responsabilidad de llevar a cabo su propio tratamiento. En el caso M se resaltó cierta actitud “colaborativa” por el médico, lo cual lo haría meritorio de una derivación al hospital. No obstante, como además de ser un paciente es un delincuente, el juez dictamina que “debido a la peligrosidad (...) se ha ordenado la custodia policial del mismo”.

Szasz ha sugerido que las formas actuales de encierro se constituyen como dispositivo social a través del cual una parte de la sociedad se asegura “ciertas ventajas a expensas de otra”. La internación psiquiátrica parte de suponer que existe posibilidad de curar o de que, al menos, un tratamiento terapéutico es viable con el objeto de “restituirle al “paciente” su “salud mental” (Szasz, 2000:125). El elemento determinante de este tipo de internaciones, cualquiera fuese la justificación médica, es la coacción, entendida por Szasz como ejercicio de poder

con carácter moral y político. En sus propias palabras, “enfermedad y tratamiento se han flexibilizado y politizado” (Szasz, 1994b:125), “la internación es en lo fundamental un fenómeno moral y político”.

Gobierno de los sujetos

Foucault (1990) ha trabajado extensamente cómo en el siglo XIX se comenzó a gestar una sociedad que ya no es la de la ley, sino la de la norma, haciéndose un esfuerzo por producir una continua distinción entre lo normal y anormal con un permanente interés de restitución de la normalidad. En este proyecto juega un papel preponderante la medicina, quien convierte a la enfermedad en un modo de regulación social. Así como también la medicina genera un especie de “estados médicos abiertos” en los cuales la capacidad de medicalización pierde su exterioridad. Otra de las piezas fundamentales de este proceso fue la invención del hospital como “aparato de medicalización colectiva”.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía y el Estado asume la tarea de invertir grandes sumas de dinero para garantizar al individuo condiciones de salud. Se ve aparecer “la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una política del cuerpo” emergiendo, en la actualidad, una “somatocracia” (Foucault, 1990:96 y 97). Uno de los efectos de esta transformación es lo que Foucault denomina el fenómeno de “medicalización indefinida”. La medicina actúa por fuera de lo que se le atribuye tradicionalmente como su campo: la demanda individual, una serie de síntomas y malestares que delimitan más o menos las intervenciones profesionales a una serie de objetos denominados enfermedades. En la actualidad, la salud -no la enfermedad- se ha convertido en su objeto de intervención, patologizando condiciones de existencia, situaciones, estilos de vida, pobreza, desocupación, marginalidad, infracciones a la ley penal, etc. En este proceso la psiquiatría desempeña un papel importante a través de dos aspectos: la pericia psiquiátrica como forma de afirmarse en el ejercicio del poder y la internación psiquiátrica-judicial en tanto operación identificatoria de cura y sanción. Cuando se sustrae a alguien de la sanción penal, la psiquiatría “ofrece” una modalidad de control (Pavarini y Betti, 1999:99) más maleable, tal como podría ser la medida de seguridad curativa de la Ley N° 23.737. En este marco, el concepto de tratamiento se asemeja al de castigo y de hospital como prisión (Dimov, 2005).

Se advierte una actuación arbitraria de las agencias del Estado, que atraviesa los cuerpos y los fija a una indeterminación temporal de la internación a través de una medida de seguridad curativa, la que sólo podrá ser levantada a criterio de los “especialistas”. En estos casos trabajados de personas adictas o alcohólicas, la puesta en tutela, en términos de Castel, se inscribe como un mecanismo

eficaz generando, desde el mismo derecho, cierto estado de “no-derecho”. El Estado, en lugar de proteger los derechos individuales de libertad, autonomía, privacidad, reubica a los sujetos en condiciones de minusvalía y desvalimiento al considerar anómalas sus conductas y sus consumos. Se produce un efecto de infantilización en lo que Szasz denomina “estado terapéutico” y por el cual se le otorga “poderes policiales a los médicos para privar a la gente de su libre elección a ingerir ciertas sustancias” (Szasz, 1993:151).

Este poder otorgado a los peritos médicos subroga al poder judicial en su competencia de poner fin a un encierro, potenciando la idea de un sujeto irresponsable -por su enfermedad- y como tal en estado de “minoría absoluta” (Castel, 1980:26). Si se designa que ciertos sujetos están necesitados de ayuda y sin la cual no podrían sobrevivir, correlativamente habrá sujetos aptos para ofrecerla y motivados para hacerlo (Szasz, 1994a:194).

Resulta paradójico que a las personas signadas como psicóticas les sea impuesta la toma de drogas legales, aunque no lo deseen, al mismo tiempo que, y como característica fundamental del llamado estado terapéutico, “impide a los adultos sanos tomar las drogas que desean, y a los adultos enfermos rechazar las drogas que no desean” (Szasz, 1994b:186). Al analizar la política de “lucha contra las drogas”, Szasz hace notar que ello habla de la falta de libertad que tenemos para “poner en nuestros cuerpos cualquier cosa que queramos”, del mismo modo en que tenemos la “libertad de poner en nuestras mentes cualquier cosa que queramos” (Szasz, 1993:151 y ss.).

La ramificación que la medicina hace de sus técnicas de control y sometimiento de los sujetos, a través de la fabricación de nuevas patologías y sujetos enfermos, se desplaza hacia zonas donde se diluye la idea del sujeto del que habla el discurso jurídico: el sujeto de razón dotado de libertad. Goffman, al trabajar el concepto de “paciente mental”, desde un sentido sociológico, muestra cómo la persona ve interrumpido su destino social al ser sometida a una hospitalización compulsiva luego de ser atrapada por “la pesada maquinaria del servicio hospitalario para enfermos mentales” (Goffman, 172:134).

El pasaje de un sujeto pensado con relación al contrato social hacia un sujeto al que se debe tutelar por su minusvalía subjetiva tiene profundas consecuencias negativas, marcando un retroceso respecto de los derechos fundamentales que las sociedades modernas han conquistado. Se ha visto que la relación entre drogas y salud mental ha pretendido ser puesta en cuestión. No obstante, consideramos que la Ley Nacional de Salud Mental señala un avance en cuanto a un cambio de paradigma respecto de las intervenciones y de los derechos y garantías de las personas atravesadas por las prácticas de los agentes de salud y de la justicia. Pero, tal como señalamos más arriba, un nuevo abordaje de la temática se construye no sólo con nuevas leyes, sino con nuevos sistemas simbólicos y nuevas representaciones y prácticas de quienes participan de ese campo.

Referencias bibliográficas

- BARATTA, A. *Criminología crítica y crítica del derecho penal*. México DF, Siglo XXI Editores, 1993.
- CASTEL, R. *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid, La Piqueta, 1980.
- CASTEL, R. "De la peligrosidad al riesgo", en: VARELA, J. y ALVAREZ URÍA F. (Eds.). *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid, La Piqueta, 1986, pp. 219-243.
- DEL OLMO, R. *América Latina y su Criminología*. México DF, Siglo XXI Editores, 1987.
- DIMOV, M. "El dispositivo 'drogadependencia'", en: Revista *Psicoanálisis y el Hospital*. Año 14, N° 27. Buenos Aires, Ediciones del Seminario, 2005, pp. 88-96.
- FOUCAULT, M. *El discurso del poder*. México DF, Folios, 1983.
- FOUCAULT, M. "El sujeto y el poder, en: DREYFUS H.; RABINOW P. y FOUCAULT, M. *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. México DF, UNAM, 1988, pp. 227-244.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Madrid, La Piqueta, 1990.
- FOUCAULT, M. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona, Gedisa, 1991.
- FOUCAULT, M. *Genealogía del racismo*. Montevideo, Nordan, 1993.
- GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu, 1972.
- MELOSSI, D. *El estado del control social*. México DF, Siglo XXI Editores, 1992.
- HERNÁNDEZ, T. *La ideologización del delito y de la pena*. Caracas, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad Central de Venezuela, 1977.
- PARSONS, T. *El sistema social*. Madrid, Alianza, 1986.
- PAVARINI, M. *Control y Dominación*. México DF, Siglo XXI Editores, 1993.
- PAVARINI, M. y BETTI, M. "La tutela social de la / a la locura" en: *Delito y Sociedad*. Revista de Ciencias Sociales, Año 8 - N° 13. Buenos Aires, La Colmena. 1999, pp. 93 a 109.
- PEGORARO, J. y FERNÁNDEZ, A. "El orden y el sujeto en una relación social alternativa" en: *Delito y Sociedad*. Revista de Ciencias Sociales, Año 3 - N° 4/5. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1993, pp. 133 a 150.
- SALVATORE, R. "Sobre el surgimiento del estado médico-legal en la Argentina" en: Revista *Estudios Sociales* N° 20. Santa Fe, Centro de publicaciones Universidad Nacional del Litoral, 2001, pp. 81-114.

SOZZO, M. "A manera de epílogo. Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina" en: *Delito y Sociedad*. Revista de Ciencias Sociales, Año 8 - N° 13. Buenos Aires, La Colmena, 1999, pp. 163 a 181.

SZASZ, T. "Contra el estado terapéutico: derechos individuales y drogas" en: *Delito y Sociedad*. Revista de Ciencias Sociales, Año 3 - N° 4/5. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1993, pp. 151-162.

SZASZ, T. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrortu, 1994a.

SZASZ, T. *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona, Anagrama, 1994b.

SZASZ, T. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrortu, 2000.

VEZZETTI, H. *La locura en Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1985.