

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Conceptos y conceptuados. De la imposición categórica al encierro.

Juan Manuel Iglesias Frecha.

Cita:

Juan Manuel Iglesias Frecha (2015). *Conceptos y conceptuados. De la imposición categórica al encierro. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/621>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Título: “Conceptos y conceptuados: De la imposición categórica al encierro.”

Autor: Juan Manuel Iglesias Frecha, Facultad de Cs. Sociales, UBA.

Correo electrónico: jjmiglesias@gmail.com

Resumen:

Argentina, 2015. A más de cuatro años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la práctica del encierro sigue siendo frecuente en el ámbito de la salud mental. Mediante el empleo de una metodología cualitativa -análisis hermenéutico del texto jurídico como estadísticas sobre discapacidad- y, entendiendo la instancia del diagnóstico como base de legitimación del saber-poder biomédico, se intentará: a) Describir las fundamentaciones epistemológicas de la enfermedad mental y cuáles son las condiciones que habilitan el encierro en la ley actual. b) Establecer en qué medida las nociones de “Discapacidad/enfermedad mental” son construcciones de sentido subjetivas que tienen más que ver con el mantenimiento/reproducción de un orden social, cultural y discursivo que con un criterio científico de evaluación objetivo. c) Indagar si hay algún tipo de vinculación/relación hermenéutica entre el concepto de estigma y los “conceptuados”. Describir cómo es esta vinculación. Los objetivos serán abordados desde un marco teórico crítico tomando autores como Hacking, Foucault, Popper, y Laing. Como adelanto, efectivamente se corrobora una relación concepto-conceptuado en donde el primero, además de ser un concepto impuesto de manera arbitraria, puede identificarse como un elemento constituyente del estigma que profundiza la exclusión, civil y económica.

Palabras claves: Saber bio-médico, internaciones, discapacidad, enfermedad mental, prácticas médicas.

Desarrollo:

Este es un trabajo que se identificar sintéticamente la trayectoria del concepto de discapacidad en la Argentina, los procedimientos por los cuales una persona puede ser declarada como discapacitada, sus vinculaciones con el concepto de ciudadanía y los mecanismos de inclusión/exclusión que en ellos se originan y se derivan.

I. El concepto: el surgimiento de la “discapacidad” como fenómeno extraordinario.

La cuestión de la capacidad e incapacidad de las personas ha sido siempre un asunto central y controversial en la Argentina. Tal es así, que ya figuraba en la primera página del Código Civil (CC) redactado por el Dr. Dalmacio Vélez Sársfield durante la década de 1860¹: “La capacidad o incapacidad de las personas domiciliadas en el territorio de la República, sean nacionales o extranjeras, será juzgada por las leyes de este código, aun cuando se trate de actos ejecutados o de bienes existentes en el país extranjero”. Asimismo, establece que “la capacidad o incapacidad de las personas domiciliadas fuera del territorio de la República, será juzgada por las leyes de su respectivo domicilio aun cuando se trate de actos ejecutados o de bienes existentes la república”.² La cuestión de la capacidad o incapacidad de las personas fue, en primer lugar, una cuestión territorial. Los actos de las personas, sus (des)motivaciones, eran juzgadas en y por el orden local y tenían, en caso de ser declaradas, efectos directos sobre sus bienes y derechos civiles. Para que una persona sea declarada incapaz, la “demencia” tiene que ser “previamente verificada y declarada por juez competente”. Pero también podía ser a pedido de parte, esto es: cualquiera de los cónyuges no separado personalmente o divorciado vincularmente, los parientes del demente, el Ministerio de Menores, el respectivo cónsul (si el demente fuese extranjero) y cualquiera persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incomode a sus vecinos. ¿Cómo es llevada a cabo la verificación? Mediante un “examen de facultativos” que, empero, reconoce que “ninguna persona será habida por demente sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente.” Si de este “resultare ser efectiva la demencia, deberá ser calificada en su respectivo carácter, y si fuese manía, deberá decirse si es parcial o total.” Para los menores de edad la demencia no podría ser pedida, quedando estos excluidos de asumir dicha categoría. Pero hay casos donde pareciera no haber matices y la “demencia” se torna un fenómeno claro y evidente: “cuando la demencia aparezca notoria e indudable, el juez mandará inmediatamente recaudar los bienes del demente denunciado, y entregarlos bajo inventario, a un curador provisorio, para que los administre”. La particularidad que reviste este Código, radica en que en su seno surge un trinomio conceptual claramente diferenciado para identificar un estado de cosas que no es normal ni esperado: la “manía” por un lado, aparece separada del concepto de “demencia”, y

¹ El Cód. Civil argentino fue promulgado en 1869 y se comenzó a observar como ley en 1871.

² Disponible en “Títulos preliminares, Título I, De las leyes, arts. 6 y 7” del Cód.Civil.

luego “demencia” de “enfermedad mental” respectivamente. Mientras que la demencia aparece como la figura más cercana a la locura (“aquellas personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”), como una caracterización negativa de la locura que es concebida como ausencia de razón, la persona maníaca se caracteriza por estar invadida por un flujo de pensamientos impetuosos. La “enfermedad mental” es la más general y engloba a todas ellas manifestándose como un desorden general y masivo (confusiones espacio-temporales, desconexión entre las conductas, etc.). De este modo, asistimos al nacimiento de lo que se podría denominar “psiquiatría jurídica argentina” donde los conceptos que son empleados para determinar la capacidad o incapacidad de las personas carecen de cualquier tipo de definiciones explícitas y quedan sujetas al examen de facultativos, que por otro lado, no está reglado por ningún lado. Son subjetivistas in extremis. Tanto la expresión “dirigir” (la persona), como “administrar” (bienes), están indicando que existe in situ una y sólo una manera -o al menos una mejor- de dirigirla y administrarlos. Estamos ante un fenómeno excepcional ya que asistimos a la ramificación - ¡cuánto no al nacimiento!- de una patología psiquiátrica en el seno de un texto jurídico. Es un hecho extraordinario. Para entender mejor esta idea, es necesario no agotar la interpretación de la ley en un análisis lógico-gramatical y tomar en cuenta los problemas metodológicos que se derivan de la análisis epistemológico que intentamos hacer. Como dice Castro (2011), podríamos definir a los dispositivos jurídicos como una red de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos -como pueden ser los discursos, las leyes, enunciados científicos, morales, etc.-, y que establecen un nexo entre estos mismos elementos, donde los discursos o leyes pueden funcionar para justificar una práctica como pueden ser la declaración de incapacidad de una persona: “Se trata de una formación que en un momento dado tiene que responder a una urgencia. Cumple así una función estratégica, como la reabsorción de una masa de población flotante que resulta excesiva para una economía mercantilista (...).” (Castro,2011:114).

Hasta aquí hemos hecho una interpretación gramatical del texto jurídico en su conjunto, no tomando en consideración de manera aislada las palabras presentes en los artículos sino observando atentamente la articulación armónica del contenido semántico como así también su objeto para comprender el verdadero “espíritu” de la norma. Esta corriente interpretativa tiene un nombre propio y es denominada sociología jurídica. Viene a complementar los análisis lógico-gramaticales del texto enriqueciéndolos con ricas

descripciones en términos cualitativos de los factores sociales en los cuales tuvo lugar la norma (*ocasio legis*), como así también los motivos del legislador (*ratio legis*) a la hora de sancionarla. En este sentido, la segunda mitad del siglo XIX se asiste a un proceso económico-social la transición del capitalismo pacífico y librecambista a la fase proteccionista e imperialista. Es en este proceso de mutación del sistema de acumulación capitalista propio de la segunda fase de la revolución industrial donde tiene lugar la consolidación de los Estados nacionales, como así también sus Constituciones y Códigos Civiles. En Hispanoamérica este fenómeno reviste un particular interés, ya que los procesos identitarios “nacionalistas” subsiguientes se dan en el marco de procesos independentistas y la adquisición de “ciudadanía” (en el sentido tomado por Marshall en 1960), va a ser particularmente costosa para los “inmigrantes”, quienes a menudo son considerados como portadores de ideas revolucionarias y amenazadoras del orden social. “Las leyes son obligatorias para todos los que habitan el territorio de la República, sean ciudadanos o extranjeros, domiciliados o transeúntes.”, reza el art. 1 del C.C. Para V. Sarsfield, “si una cuestión no puede resolverse ni por las palabras ni por el espíritu de la ley se atenderá los principios de leyes análogas y si aún la cuestión fuere dudosa, se resolverá por los principios generales del derecho, teniendo en consideración las circunstancias del caso.”³ Cuando Sarsfield justifica la aplicación del principio de territorialidad para la reglamentación de la capacidad y el estado de las personas⁴ y con consecuentemente las nociones de anormalidad/normalidad. No es sino a partir de Freitas a su vez criticaba el art. 9 del Cód.Civil Francés por confundir “domicilio” con “nacionalidad” para juzgar los actos de la persona. De este modo, la Familia, vecinos, y demás personas adquiere una función psicológica de vigilancia, como encargados de controlar gestos, actitudes, etc. No puede aislarse la realidad del “enfermo” del medio en el que se encuentra y se originan las “condiciones” de su enfermedad; “no se puede hablar de “enfermedad mental” a partir de una metapatología, es decir, un cuadro conceptual común a la patología orgánica y la patología mental, sino sólo a partir de una reflexión sobre el hombre mismo” (Castro; 2011:240). Esta abstracción dejaría de lado el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática, ya que la coherencia psicológica es diferente de la orgánica. Es imposible dar cuenta de las

³ Art. 16, Cód. Civil.

⁴ Comentarios del Dr. Vélez Sarsfield de los arts. 6, 7 y 8 del Cód. Civil.

patologías mentales sin hacer referencia a las estructuras sociales como condiciones reales de la enfermedad. Edgardo Castro distingue a partir de Foucault cuatro formas de “conciencia” en la constitución de la experiencia de la locura: 1) La *conciencia crítica*: no se trata de aquella conciencia que define la locura sino de aquella que experimenta una oposición inmediata en relación con ella y la denuncia a partir de lo moralmente sabio y lo razonable. Carece de definiciones, de conceptos y de puntos fijos corriendo el riesgo de revertirse; 2) La *conciencia práctica* de la locura: aquella conciencia inmediata entre la locura y la razón a partir del grupo considerado como portador de las normas de la razón. Es social y normativa, y acalla el lenguaje de la locura reduciéndola al silencio. 3) La *conciencia enunciativa* de la locura: es una simple aprehensión perceptiva que afirma o niega, líricamente, la existencia de la locura, a la que reconoce inmediatamente a partir de la supuesta cordura de quien la percibe. No es del orden del conocimiento sino del reconocimiento. Designa a lo Otro, sin instaurar ningún tipo de dialéctica. 4) La *conciencia analítica* de la locura: se trata de una conciencia que conoce, que funda la posibilidad de un saber. No hay diálogo, ni ritual, ni lirismo del reconocimiento. No se trata de reducir las experiencias históricas de la locura en estas cuatro tipologías de conciencia sino que más bien entendemos que funcionan como tipos ideales, tendientes a facilitar el registro de las prácticas (rituales y formas institucionales), del lenguaje sobre la locura a partir de la razón en sus diferentes formas, donde en cada época es necesario ver cómo se da la combinación de estos cuatro tipos. El empleo de ciertos conceptos específicos como son la “incapacidad”, “demencia” o “manía” pueden entenderse a partir de las condiciones y las prácticas sociales que tienen lugar en un contexto histórico determinado.

El año 1948 es el de la creación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un organismo dependiente de la ONU (Organización de las Naciones Unidas). Se asiste a un proceso internacional de patologización y normalización social de los Estados Parte. Inicialmente esta tarea fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. En 1968 tiene lugar en la Argentina la reforma del Cód. Civ. en donde el Título X del deja de llamarse “De los dementes” para llamarse “De los dementes e inhabilitados”. La incorporación de esta nueva figura está dirigida para “quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio” y “quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Solo procederá en este caso la inhabilitación si la persona

imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes”.⁵ Las principales fuentes de derecho, esto es, aquellos principios rectores que en última instancia deben orientar la interpretación de las leyes y su aplicación, son la costumbre y otras leyes. La noción de “drama jurídico” (Foucault, 1960), es decir, el procedimiento ritual mediante el cual el Juez y los facultativos van a juzgar la capacidad o incapacidad de las personas, subraya nuevamente la idea de la preservación de la Familia como así también su centralidad para efectuar un diagnóstico. Asimismo, en 1981 es sancionada por Videla la Ley Nacional N° 22.431⁶ durante el gobierno de facto autodenominado Proceso de Reorganización Nacional (PRN) comprendido entre los años 1976 y 1983 que tuvo lugar tras la toma del poder por un Golpe de Estado . Como todos sabemos, dicho Estado adoptó la denominada “Doctrina de Seguridad Nacional” para determinar su política interna afirmando la existencia de el “enemigo” residía dentro de la sociedad y debía ser eliminado. Era este uno de los argumentos que pretendían fundamentar su legitimidad y a menudo era graficado apelando a una metáfora biologicista en la cual se asociaba al comunista/subversivo como un cáncer que se alojaba en el cuerpo social y que debía ser extirpado so peso de expandirse. Es en este contexto donde tiene lugar la redacción de una definición de “persona discapacitada”: “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.” Asimismo, establece que el objetivo de la ley es desarrollar “un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales”. Es clara aquí la presencia de una conciencia crítica que define a la normalidad por oposición expresado en el binomio personas discapacitadas-persona normales; una conciencia práctica de la locura que se origina en y a partir del grupo considerado como portador de las normas de la razón (PRN), silenciando a la

⁵ Arts. 152 y 152 Bis, C.C.

⁶ Denominada Ley de Protección Integral de los Discapacitados.

Otredad y una conciencia enunciativa de la locura como simple aprehensión perceptiva que afirma de manera lírica la existencia de la locura, reconocida inmediatamente y no permitiendo ningún tipo de modificación⁷. Los tipos de conciencia foucaultianas retomados por Castro nos permiten entender así este proceso histórico-social de (re)configuración de las subjetividades modernas. La integración familiar/social/laboral sin distinciones cualitativas parece ser instituciones naturales e inmutables. De hecho, una de las leyes sancionadas en el último año del PNR (1983) -la Ley N° 22.914- Regula la internación de personas en establecimientos de salud mental, públicos o privados, y de alcohólicos crónicos y toxicómanos en establecimientos adecuados, también públicos o privados. Regula tanto la internación como los egresos de los establecimientos de salud mental: “La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá: a) Por orden judicial; b) A pedido del propio interesado o su representante legal; c) Por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del artículo 482 del Código Civil”. Vemos como en el pedido de internación están implicadas instituciones como la Policía, la Familia, tendientes a asumir una función psicológica de vigilancia.

En el año 1987, ya en democracia, a través del Decreto N° 1101 se crea toda una normativa tendiente a “integrar” a las personas discapacitadas. Para ello se crea la COMISIÓN NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS. Éstas son personas “calificadas” formadas en áreas “competentes”, y “especializadas” para personas que requieren de la creación un fondo “especial” para su integración. Cada grupo conforma una mitad, una cara de una misma moneda. Recién en 1992, se establecerán sus funciones a través del artículo 4° del Decreto N° 984, que (además de las mencionadas), serán la de ratificar la ley N°22.431 sancionada durante el PNR y velar por su cumplimiento. Recordemos que las funciones previstas en el Decreto N° 984/92 están en consonancia con el Art. 8° de la L.N 22.431 que establece: “El Estado nacional —entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos— están obligados a ocupar personas con discapacidad

⁷ Ver *supra*.

que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.” Vemos así como las diferentes conceptualizaciones sobre la “discapacidad” como así también las normativas que reglamentan su modo de intervenir tienen una función teleológica que es la inserción y/o reintegración del individuo en la sociedad, donde el concepto de “sociedad” pareciera quedar reducido a la inserción de las personas al mercado de trabajo en relación de dependencia.

En 1997, durante la segunda presidencia de Menem, se sanciona la LN°24.901[1]. Pese a que de este texto podemos inferir una tibia concepción dinámica de las personas discapacitadas, al referirse a ellas anteponiendo el prefijo “con” -hasta entonces simplemente personas “discapacitadas”-, no hace más que ratificar la definición de discapacidad presente en el art. 2 de la LN°22.431 ⁸ como así también la forma de identificarla: ésta se vuelve a definir por oposición a un equipo capacitado quien, a su vez, determinará la evolución, estancamiento o empeoramiento de un cuadro patológico. Asimismo, la ley viene a consolidar la centralidad que ocupa la Familia tradicional para el desenvolvimiento “normal” de las personas. La creación de “sistemas alternativos del grupo familiar”⁹(Residencias, Hogares y pequeños Hogares) no son más que un ejemplo de esto. Todo esto forma parte de un sistema de prestaciones de rehabilitación que tiene por objeto “la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social”¹⁰, basados en la instrumentación de un equipo interdisciplinario mediante “el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas”¹¹ que se encuentra en un estado de perfecta anomia y anarquía.

En el año 2001 se sancionó la Ley 25.504 – “Ley del Certificado Único de Discapacidad” que le otorga la responsabilidad al Ministerio de Salud de la Nación de elaborar un sistema que certifique la discapacidad considerando el grado, la naturaleza de la misma y las posibilidades de rehabilitación. Esta Ley se sancionó con la intención de unificar

⁸ Art. 9, Ley 24.901

⁹ Arts. 29 a 34, Ley 24.901

¹⁰ Art. 14, Ley 24.901

¹¹ *Ibidem*

los registros y evitar superposiciones, pero el proceso de adhesión y adecuación provincial no fue inmediato.

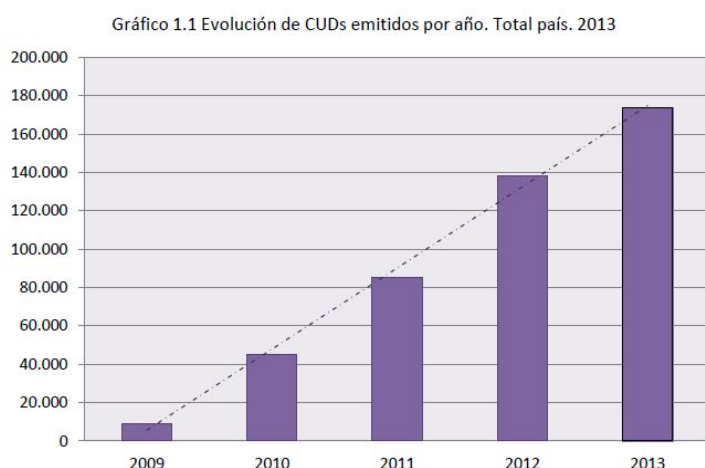
En el año 2008, durante la presidencia de Fernández, se pone en primer plano la política de Derechos Humanos, y es en este marco donde se sanciona la Ley 26.378 donde se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006, que entre otras cosas observa en uno de sus anexos “Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones”. Nuevamente aquí se hace patente la idea de la Familia como institución fundamental de cualquier ordenamiento social. En el año 2009 se dictó la Resolución N° 675/2009 desde el Ministerio de Salud de la Nación mediante la cual se aprueba el modelo de Certificado Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad, como así también la Unidad de Extensión Académica y Relaciones Interinstitucionales del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), el cual lleva adelante las instancias de capacitación de las Juntas Evaluadoras de la Discapacidad descentralizadas. El marco conceptual del que parte para definir la discapacidad, surge de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Dice que “Este concepto es tomado en los últimos documentos vigentes ya sea en materia de derechos -Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad- como en la producción de información sobre la realidad de las personas con discapacidad -Informe Mundial sobre discapacidad-, entre otros”. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). En el marco de la Certificación de la Discapacidad, se construyó un concepto de discapacidad que responde al objetivo general de recortar un grupo de población a la cual se le otorga, luego de una evaluación funcional, el Certificado de Discapacidad. Este concepto de discapacidad, que se encuentra enunciado en las normativas para la certificación de la discapacidad, permite agrupar a las distintas personas con alteración en el funcionamiento de

acuerdo a 5 categorías: motora, visceral, mental, auditiva y visual.” En el año 2010 se sanciona la Ley N°26.657 que deroga a la ley 22.914 sancionada durante el PNR. La presente ley tiene por objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.” Asimismo “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” También regula de qué manera exclusiva no se pueden hacer diagnósticos en el campo de la Salud Mental: Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; Elección o identidad sexual; la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.” De este modo la ley -al menos en términos nominales- retoma políticas pensadas desde la denominada corriente antipsiquiátrica, prohibiendo la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes sustituyéndolos por dispositivos alternativos y elimina la patologización sobre una base de tipo estructural-funcionalista -donde la adecuación o no a la norma es suficiente para considerar a un acto como patológico-. Por otra parte, también deja en claro explícitamente que las internaciones involuntarias deben entenderse como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo” pero no tanto sus condiciones ni plazos de manera taxativa: “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.” Si bien no podemos dejar de considerar que esta ley representa grandes avances en materia de reconocimiento de derechos humanos, no prohíbe las internaciones de carácter involuntario.

1. En 2011, mediante el Decreto 806/2011, se establece que la COMISIÓN NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS, creada por el Decreto N° 1101/87, pasará a denominarse "COMISIÓN NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADI)". Ésta tiene como función la generación, difusión, actualización y sistematización de la información que se recopile de las distintas fuentes, tanto públicas como privadas, en la materia y efectuar el seguimiento de la aplicación y cumplimiento en los distintos ámbitos de las cláusulas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo consagrado en la anterior ley. En este ámbito se crea el OBSERVATORIO de DISCAPACIDAD. . Así mismo, este organismo gubernamental encargado de las cuestiones relativas a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, ratificada por la Ley N° 26.378. No podemos dejar de resaltar que, por más que esto pueda significar una diferencia sutil, dejar de llamar a las personas “discapacitadas” y llamarlas “personas con discapacidad”, es sinónimo de una concepción más dinámica del fenómeno del padecimiento mental, al implicar la utilización de esta preposición un estado de cosas que es susceptible de ser cambiado, donde existe la posibilidad de superación y cesión de la “alteración”. Sin embargo, en el año 2012 mediante la Disposición N° 171/2012 del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), se define a la Discapacidad Mental como “un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado , tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas”. El diseño conceptual de este Servicio se basó en el enfoque de la discapacidad que propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Definido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), tomando en cuenta la definición que hace la OMS define a la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y

fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹² En 2014 mediante la Disposición N° 197/2014 se sustituye el Anexo IV, la Planilla de Salud Mental, que integraba la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad Mental aprobada por Disposición N° 171/2012 del Registro del SNR, pasando a formar parte del presente como Anexo I en dicho Acto Administrativo¹³. Esta disposición ratifica que “para evaluar personas se utilizan dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).” Asimismo, sugiere que para la identificación de las condiciones de salud de origen mental puede ser “enriquecedor” el uso del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IVTR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. La incorporación de estos anexos por parte de la dirección del SNR dejan más dudas que respuestas, donde el tratamiento psiquiátrico cabalga con la política identificatoria de los trastornos mentales y emisión de CUDs (que conllevan a la medicalización de los a-partir-de-entonces “pacientes”), insertándose en una lógica de mercado y favoreciendo a laboratorios extranjeros (Braunstein, 2013:49 y sigs.)

II. Conceptuados



El gráfico (1.1) del Anuario estadístico Nacional sobre Discapacidad del año 2013 revela un notorio incremento en la emisión de Certificados Únicos de Discapacidad (CUDs) emitidos en el período comprendido entre 2009-2013. La mayoría de ellos (40,8%) pertenecen a la categoría “discapacidad mental”. Como

hemos visto, la manera de intervenir sobre los cuerpos (clasificarlos, “tratarlos) no difirió mucho entre 1861 y 2010, hasta la sanción de la última ley de Salud Mental. Estas políticas

¹² http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es

¹³ Ver *supra*

preventivas, más que depender de un tipo de gobierno - de *iure* o de *facto*-, pareciera tener que ver con una concepción ontológica de la persona emanada de cada gobierno. Mientras los dispositivos jurídicos del siglo XVII, XVIII y XIX en Argentina procuraron ajustar los patrones de la normalidad de los individuos al proceso de acumulación del capital, durante el PRN intentarán integrar las anomalías al circuito económico mediante la medicalización y creación de un equipo de “profesionales” de la salud especializado cada vez más amplio y

Tabla 2.12 Distribución de las personas con discapacidad con CUD según tipo de orientación prestacional. República Argentina. Año 2013

Tipo de Orientación	Cant. de Prestaciones recomendadas	%
Rehabilitación	131.099	49,0%
Hospital De Día	4.367	1,6%
Centro de Día	11.245	4,2%
Centro Educativo Terapéutico	8.564	3,2%
Estimulación Temprana	6.462	2,4%
Prestaciones Educativas	24.314	9,1%
Formación Laboral y/o Profesional	11.597	4,3%
Hogar	5.297	2,0%
Residencia	1.833	0,7%
Pequeño Hogar	273	0,1%
Transporte	51.966	19,4%
Nuevas Orientaciones	10.324	3,9%
Total	267.341	100%

heterogéneo que se diferencia de la persona “discapacitada”.

Ella, su cuerpo, antes que ser un problema de conocimiento y curación, se presenta como un objeto de intervención que es necesario reubicar, codificar y registrar (Castro, 2011), mayoritariamente en dispositivos “especiales” y segregados de la comunidad

en su conjunto, práctica que persiste hasta hoy¹⁴. Podemos decir que la superposición, contradicción e inadecuación en las que ha estado inmerso - y está- el concepto de “discapacidad”, pueden ubicarse en la inexistencia de una definición operacional. Este adquiere las más de las veces un carácter de inconmensurabilidad (Kuhn, 1962), sobre todo al comparar la diversidad de definiciones tanto a nivel intra local como internacional. Esta vaguedad e incertidumbre viene a ser subsanada en 2014 a través de la disposición del SNR

Tabla 2.1 Distribución de las personas con discapacidad con CUD que fueron certificadas con un sólo tipo de discapacidad. República Argentina. Año 2013

Tipo de discapacidad	Cant. de Personas	%
Motora	47.938	32,7%
Mental	59.933	40,8%
Auditiva	13.443	9,2%
Visual	9.566	6,5%
Visceral	15.935	10,9%
Total	146.815	100,0%

como Anexo IV, sugiriendo el manual DSM cuyo marco teórico es harto

conocido, por ejemplo, por haber considerado a la homosexualidad como una enfermedad hasta 1989. Asimismo, los datos arrojan que las personas certificadas con un sólo tipo de

¹⁴ Ver tabla 2.12

discapacidad lo en su mayoría mentales (40,8%) en una distribución de más de 179.000 CUDs expedidos.¹⁵

¿Cómo puede darse un proceso autoevaluativo en personas que hasta la ley de 2010 estuvo puesta en tela de juicio su plena capacidad humana?

El concepto de autoestima introducido por William James (1890) viene a cuento aquí para referirse a la medida en que las personas se evalúan a sí mismas de acuerdo al éxito o fracaso percibido en alcanzar sus objetivos, que no pueden escindirse del medio social en que nacen, constituye su horizonte imaginario y condiciona el modo en que se da esta participación. La mayoría de los trabajos observan que la autoestima depende en gran medida de la percepción de autoeficacia, la capacidad de alcanzar los objetivos personales y de la valoración del entorno. Tajfel (1978:68) lo definió como "esa parte del autoconcepto del individuo que se deriva del conocimiento de pertenencia a grupos sociales, junto con el valor significativo otorgado a esa pertenencia". La identidad social estaría constituida por aquellos aspectos de la autoimagen de un individuo que proceden de las categorías sociales a las que pertenece. ¿Qué sucede cuando la creación de estos dispositivos -hospitales de día, etc- adquiere el carácter de subuniverso, de medio social segregado? ¿Cómo es posible entender instituciones sociales como la Familia, los vínculos que de ella emanan como un objetivo en sí mismo cuando su caracterización es de por sí problemática y encierra variables de las más diversas? Aún más: ¿cómo el saber bio-médico reconoce a un hombre dado previamente como normal y autor pleno de sus actos cuando éste está ineludiblemente atravesado por procesos de socialización primarios y secundarios que conforman diversas matrices o modelos internos de aprendizaje (en el sentido que lo toma Quiroga, 1991)? ¿Cómo se configuran los modos de producción simbólico de los "conceptuados"? Estas cuestiones nos abren más preguntas que respuestas, no obstante la actividad patologizante avanza y las internaciones involuntarias continúan.

Bibliografía:

Braunstein, N.A (2013) "*Clasificar en psiquiatría*" Ed. Siglo XXI, Bs.As, 2013.

Castro, E. (2011) "*Diccionario Foucault*" Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 2011.

Hacking, Ian (2001). *¿La construcción social de qué?*. Ed. Paidós Ibérica, caps. 2 y 3

¹⁵ *Ibidem*

Foucault (1975): “*Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*”. Ed. Siglo XXI, Bs.As, 2008.

Tajfel H. (1984). “*Grupos humanos y categorías sociales*”. Ed. Herder, Barcelona, 1984.

Quiroga, A. (1991).“*Matrices de aprendizaje. Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento*”. Edición, 3ª ed. Publicación, Buenos Aires : Ediciones Cinco, 1994

Popper (1972) “*Conjeturas y Refutaciones*”. Ed.Paidós Studio Ibérica, Barcelona, 1983.

Marshall, T.H. (1950) “*Ciudadanía y clase social*”. Ed. Alianza, 1998.

Romero, L.A “*Breve historia contemporánea de la Argentina*”. Ed. FCE, 2002

Kuhn, T.S. “*La estructura de las revoluciones científicas*”. Ed. FCE, 2006.

Todas las tablas y/o gráficos fueron tomados del “*Informes Anuario Estadísticos del Observatorio de Personas con Discapacidad, año 2013*” disponible en <http://www.snr.gob.ar/>.

Cód.Civ. argentino y leyes consultadas en <http://infoleg.mecon.gov.ar/>.