

Capítulo 4

El manicomio judicial de la Coméia: análisis de casos

El régimen legal de la Coméia

Los sujetos sometidos al régimen legal particular de la medida de seguridad en el Distrito Federal brasileño ocupan un sector particular de la cárcel llamada Coméia, localizada en la ciudad de Gama, vecina a la ciudad de Brasilia y parte del Distrito Federal.

Según datos del Ministerio de Justicia brasileño, existían allí, hasta el año 2006, 67 sujetos en esa situación –66 hombres y 1 mujer, ésta última alojada en el sector femenino junto a las presas comunes. De esta población se consideraron sólo a las personas en situación de reclusión efectiva. Aproximadamente 20 sujetos que cumplían medida de seguridad lo hacían en tratamiento ambulatorial mientras 21 estaban en desinternación condicional –no existían datos precisos a este respecto. Algunos de los sujetos en situación de desinternación condicional ya habían pasado por ese régimen, volviendo posteriormente al de reclusión por falta de condiciones –familiares y/o institucionales– que permitiesen su reinserción social.

La cárcel de la Coméia se localiza en un sector alejado del Distrito Federal, siendo, por lo tanto, un lugar de difícil acceso. El único transporte que permite llegar allí obliga a una caminata de aproximadamente 1.500 metros hasta la puerta de acceso a la misma. La custodia del local estaba a cargo, en la época en que se realizó esta aproximación, de la Policía Civil, existiendo también un pequeño destacamento de la Policía Militar que colaboraba con la seguridad externa.³

3 Estos son los tipos de policía existentes en Brasil a nivel de cada Estado.

La estructura de la cárcel tenía cuatro predios principales. En el primero se ubicaban la administración y el sector de reclusión de la población femenina; en el medio del terreno existía una estructura pequeña con cinco oficinas destinadas a actividades educativas y trabajos de artesanías de las presas; más atrás, y enfrentados el uno con el otro, se localizaban los predios que albergaban a los presos en situación de progresión de penas o semi-libertad, y el sector psiquiátrico. Estas dos últimas edificaciones, así como la primera, constaban de dos pisos y un pequeño patio interior. El amplio espacio verde que existía entre las edificaciones era transitado por agentes de custodia y presos comunes en régimen de semi-libertad.

Para ingresar al predio del sector de tratamiento psiquiátrico era necesario pasar por una revista personal. Una vez dentro, una escalera estrecha conducía al primer piso, donde se ubicaban las celdas y una pequeña sala de custodia. La edificación era antigua y estaba, en la época de estas visitas, en malas condiciones. Las paredes mostraban señales de deterioro y el ambiente estaba cargado por un fuerte y desagradable olor, una mezcla de creolina con humedad que invadía el lugar, principalmente en el sector de alojamientos. El patio utilizado para las salidas cotidianas, denominadas baños de sol, estaba cercado por paredes altas que no permitían el acceso ni la visión del espacio verde exterior.

Una puerta de metal franqueaba el acceso a las celdas de los internos. Estas últimas estaban separadas por un corredor y precedidas por un espacio común sin ventanas, que poseía como único mueble lo que alguna vez fue un sofá. En total había allí ocho celdas, una de ellas destinada al castigo de los sujetos indisciplinados. Todas, excepto esta última, poseían dos camas dobles que permitían alojar a cuatro sujetos por celda. Existía una celda destinada a los internos de mayor edad; otra para los internos considerados más problemáticos y una tercera para los sujetos que tenían autorización para realizar trabajos dentro del predio. Otras dos eran las denominadas de reposo, para los sujetos que sufrían alguna crisis. En otras dos celdas se hacinaba el resto de la población allí recluida.

Una última celda servía de alojamiento a dos presos comunes que se encontraban en este sector trabajando como auxiliares, ganando así un día de descuento en su pena por cada tres días trabajados. Este hecho es particularmente curioso: es reconocido como trabajo para el preso común la tarea de cuidar de la población en situación de medida

de seguridad, confundiéndose así administrativamente dos espacios institucionales que en teoría no tienen relación entre sí.

En la primera visita realizada, cuando la puerta del sector de alojamiento se abrió un olor fuerte y desagradable golpeó con fuerza, precediendo esta impresión a cualquier otra. En ese momento circulaban alrededor de quince a veinte sujetos, la mayoría con señales de compromiso psíquico grave, lo que daba al lugar un aspecto manicomial.

En este proceso de interacción fue posible tomar contacto con los diversos agentes institucionales que transitaban por ese sector: los internos, agentes penitenciarios, autoridades y profesionales responsables por el tratamiento y cuidado de esta población, lo que hizo posible recoger algunas impresiones y relatos que permitieron entender mejor las relaciones que allí se construían.

El ingreso del equipo de investigación provocó un interés inmediato y la aproximación de algunos de los internos que preguntaban el motivo de nuestra presencia. Se intentó explicar los objetivos del trabajo a realizar, pero esto se tornó una tarea difícil, principalmente por la insistencia de varios internos al demandar algún tipo de intermediación con el juez o su presencia. Los sujetos que aparentaban un mayor compromiso psíquico eran separados del diálogo por los otros internos, a veces con una cierta violencia.

Cabe destacar la claridad de estos sujetos en torno a su situación institucional. Ellos se sabían presos, demandaban como tal y reclamaban como interlocutor necesario al juez. Sus demandas eran jurídicas y se identificaban como sujetos penalizados, no como objeto de medidas supuestamente destinadas a protegerlos o tratarlos.

Llamaba la atención la presencia de varios sujetos que aparentaban una edad avanzada, algunos de ellos con aspecto octogenario. Uno de estos ancianos estaba, en el momento de la primera visita, acostado en el piso frío y húmedo del patio y con la mirada perdida, señales de un compromiso psíquico importante y una posible impregnación química. El aspecto general del lugar correspondía con la imagen clásica de los manicomios.

Cabe citar, a modo comparativo, la descripción que Esquirol realizó de la población manicomial francesa en el año 1818:

[...] los he visto desnudos, cubiertos de harapos, con un poco de paja nada más para protegerse de la fría humedad de suelo sobre el que están tumbados. [...] Los he visto en reductos estrechos, sucios, repugnantes, sin aire, sin

luz, confinados en antros en los que no se encerraría ni a los animales salvajes (Galende y Kraut, 2006 : 54).

Los internos que parecían estar en mejores condiciones se preocuparon de inmediato en tomar distancia de los “locos”, que incomodaban la conversación. Esta diferenciación hecha por los propios sujetos es relatada también por Tourinho (1997) en una investigación realizada en el Hospital de Custodia y Tratamiento de la ciudad de Salvador, Brasil.

Esos sujetos reciben entre sus propios compañeros el nombre de “pepezones” –término asociado a psicópatas– y fueron, en épocas anteriores, objeto de tentativas de tratamiento institucional diferenciado por parte de la psiquiatría, insistiéndose así en la idea de crear más instituciones especializadas para dar cuenta de esta población. Es sugestivo el hecho de que la aparición de manifestaciones de heterogeneidad en una población definida como homogénea –en términos psiquiátrico-legales– sea interpretada desde la necesidad de profundizar y ampliar ese modelo, y no como reveladora de su fracaso.

En estas primeras visitas fue posible establecer de forma precaria un espacio de diálogo con algunos de los internos, que se mostraron interesados en relatar sus historias de vida y los motivos de su situación institucional actual. Algunos de ellos hicieron referencia a los hechos que los llevaron a esa situación legal, predominando los relatos de crímenes que incluían algún tipo de violencia física. La mayoría mostró estar consciente de la relación entre el crimen cometido y su situación institucional, observando que el tipo de medida legal adoptada contra ellos prolongaba indefinidamente su reclusión y les impedía reintegrarse a la sociedad.

Al mismo tiempo, fueron hechos muchos reclamos contra la falta de atención en salud, principalmente para “los más locos”. Muchos de los internos justificaban su demanda de libertad amparados en la sensación de sentirse mejor, de poder llevar una vida normal y no tener deseos de atentar contra otras personas ni de infringir la ley. De esta forma, los propios sujetos reproducen el discurso de la institución vinculado a la relación entre su enfermedad mental y la peligrosidad que la misma implicaría, manteniendo siempre el tono jurídico de sus demandas.

Los agentes se mostraron, en general, cooperativos y abiertos al diálogo. La mayoría relató las dificultades que tenían para lidiar

con esta población, ya que sentían no tener la formación necesaria para ese tipo de trabajo. Uno de ellos, en particular, manifestó haber comenzado a interesarse en la psicología a partir de esta convivencia forzada con los internos del sector psiquiátrico. A partir de sus lecturas de Freud, intentaba aproximar las características psíquicas de algunos de los internos con ciertos casos freudianos.

De esta forma, la violencia institucional va dirigida también contra los agentes responsables por el cuidado de esta población, pues son obligados a cumplir una función para la cual no fueron preparados y que excede la mera tarea de la custodia y vigilancia. Por estos motivos, Goffman (1967) destacó la insatisfacción de los profesionales que trabajan en las *instituciones totales* en relación con sus condiciones de trabajo.

Estas características de la institución se asemejan a las descritas por Machado, como propias de las instituciones carcelarias en general, donde se destacan:

[...] padrones rígidos de funcionamiento, sistemas de poder basados en la coerción, órganos de poder centralizados y autocráticos, funcionarios conformistas y no seleccionados técnicamente, estructura interna basada en relaciones de autoridad coercitiva, desobediencia a las reglas vistas como insubordinaciones que deberían ser punidas (2003 : 23).

Tanto en cárceles como en manicomios, o en instituciones híbridas como la aquí descrita, la ausencia de privacidad es una característica significativa. También tienen en común el manejo de la cuestión temporal, la organización rígida y alienante del tiempo. Esta socialización forzada, así como la imposición de rutinas horarias vacías, constituyen factores patologizantes que contribuyen a anular la subjetividad de las personas recluidas en estas instituciones.

Pocas familias, la mayoría de origen humilde, visitaban a los parientes alojados en el sector psiquiátrico. Los visitantes estaban sujetos a un régimen particular e incómodo: eran revisados de forma exhaustiva al llegar y debían permanecer encerrados en el patio junto a los internos hasta que el responsable por la custodia decidiese abrir las puertas. El grupo de investigación pasó también por esta situación, que sólo fue solucionada después de muchas discusiones.

Dentro de este espacio de interacción informal, la psicóloga y la trabajadora social de la prisión manifestaron sus dificultades para trabajar con esta población. La trabajadora social había intentado varias veces aproximar a los internos que no recibían visita de sus familiares, pero la mayoría de ellos no demostraba interés en mantener vínculo alguno. La psicóloga, formada en el área organizacional, relató haber comenzado a interesarse por algunas cuestiones clínicas a partir de su trabajo en el sector psiquiátrico.

Cabe aquí reflexionar sobre los criterios de selección de personal utilizados para componer estos equipos técnicos, que no parecen responder a las necesidades reales de la institución. Por otro lado, el hecho de que este equipo de profesionales no debiese responder ante nadie por su trabajo, ya que no eran exigidos informes sobre sus acciones, facilitaba que sus límites e impedimentos no generasen reclamos o malestar institucional alguno.

Con la psiquiatra no fue posible establecer contactos dado su régimen de trabajo, que consistía en una rápida visita semanal, con la única función de proveer la medicación a los internos. Esta medicación era entregada a los presos comunes, alojados en ese sector, que la administraban sin ningún tipo de control, según el relato de los propios agentes penitenciarios y la asistente social. En una investigación reciente realizada por Weber (2008) sobre la misma población e institución aquí consideradas, se destacó que la administración de la medicación era ejercida en ese momento por los policías responsables de la custodia de los internos, manteniéndose la arbitrariedad en los criterios de distribución de la misma.

La directora de la cárcel reconoció el déficit existente en el tratamiento y acompañamiento de los internos. Sin embargo, manifestó estar a gusto con ellos por “ser los más tranquilos”. Así, en la opinión de esta funcionaria, una cosa parece no tener que ver con la otra: estaban “tranquilos” por el exceso de medicación administrada y el estado de cronificación en que se encontraban; una intervención terapéutica que facilitase la expresión de los sujetos y permitiese explicitar sus demandas contribuiría probablemente a alterar esa tranquilidad institucional.

Los profesionales del área psicosocial del juzgado, responsables de acompañar la situación de esta población, estuvieron de acuerdo en que el diagnóstico de peligrosidad que permite la internación de los sujetos inimputables en este tipo de espacios institucionales era hecho de forma exagerada y abusiva, pues muchos de los internos

considerados peligrosos estaban en condiciones de retornar a la convivencia social sin ningún tipo de inconvenientes. De hecho, las opiniones de estos profesionales permitieron que el juez autorizase la salida progresiva de muchos internos y el contacto con sus familias. El espacio de actuación de este equipo era muy limitado, ya que debían acompañar la situación de los internos pero no podían intervenir de forma efectiva en el tratamiento. El carácter vertical de la institución judicial dificulta también la ejecución de algunas acciones, sujetas siempre a negociaciones con el juez de turno. Por eso, cuando un espacio de actuación es conquistado y legitimado, a partir de un trabajo laborioso de convencimiento, un cambio de juez puede obligar a comenzar todo nuevamente.

El juez responsable de evaluar estos pedidos y la situación del sector psiquiátrico en general, y que autorizó el acceso al material documental en el cual se basa buena parte de este trabajo, consideraba también que la realidad de esta población distaba mucho de ser la que la ley y las necesidades de los internos requerían. No obstante, no tomaba ninguna iniciativa dirigida a solucionar estos problemas.

Uno de los peritos del Instituto Médico Legal, institución responsable por la realización de las pericias, contactado en el contexto de esta aproximación inicial a los actores institucionales vinculados de una u otra forma al sector psiquiátrico, estuvo de acuerdo con la necesidad de mejorar la situación de los internos. No obstante, defendió la continuidad de la realización de las pericias que tenían como objetivo central el establecimiento del diagnóstico de peligrosidad de esta población y la propia existencia de instituciones específicas de custodia y tratamiento para los sujetos que cumplen medidas de seguridad. Este profesional consideró que algunos instrumentos técnicos permitían determinar el grado de peligrosidad de un sujeto portador de enfermedad mental infractor a la ley.

Aceptando o discrepando de su aplicación, todos los consultados coincidieron en que el diagnóstico de peligrosidad era fundamental para la continuidad de la existencia de los manicomios judiciales. Toda la arquitectura discursiva e institucional que sustenta la existencia del sector de tratamiento psiquiátrico aquí considerado, así como la de los otros establecimientos destinados a esta población específica y la reclusión de los internos en medida de seguridad, reposa en esta práctica institucional. Por lo

tanto, indagar sobre sus características discursivas, su forma de utilización y su asociación con otros discursos y prácticas resultaba fundamental para poder comprenderla.

Con este propósito, fueron considerados como base del análisis de estos discursos y prácticas las pericias presentes en 48 procesos penales, sobre un total de 61 procesos radicados en el juzgado de referencia de ese momento, correspondientes a internos que cumplían medida de seguridad en el sector de tratamiento psiquiátrico del Distrito Federal brasileño. Los otros procesos no se encontraban disponibles por diversos motivos: tramitación en otros juzgados, situación procesal, etc.

El foco del análisis fue puesto sobre las pericias psiquiátricas, por ser los instrumentos institucionales que definen la inimputabilidad de los sujetos infractores y relacionan la peligrosidad de los sujetos con su patología psíquica y el tipo de crimen cometido, determinando también sus posibilidades y condiciones de retorno a la vida social. Esa definición del perito psiquiatra es acatada por el juez, según lo constatado en la lectura de las pericias, constituyendo por eso la base principal del funcionamiento jurídico e institucional del tratamiento dado a esa población.

Los 48 procesos considerados en esta investigación comprendieron una población que, desde el punto de vista legal y clínico, era muy diversa, pero que mantenía un perfil socioeconómico definido, vinculado a una situación de exclusión social y a la falta de acceso a capitales sociales y económicos.

Cabe destacar algunas características generales de esta población que tomamos en consideración para el análisis: con relación a la edad, 13 de los sujetos considerados en esta muestra tenían menos de treinta años, 24 entre treinta y cincuenta, y 11 más de cincuenta años de edad. 38 eran migrantes; 39 de ellos eran solteros; 35 no tenían empleo en la época en que cometieron el crimen; 10 eran analfabetos y 35 no habían completado el ciclo primario. Sólo 18 de ellos mantenían algún contacto regular con su familia.

Se intentó determinar también la época del ingreso y el tiempo de permanencia en el sector de tratamiento psiquiátrico de cada uno de los sujetos considerados en esta investigación, pero no fue posible establecer esas fechas con precisión, dada la forma confusa e incompleta en que esta información aparecía en varios de los procesos consultados.

Jóvenes, sin empleo, con un precario acceso a educación: estas características permiten relacionar el perfil de esta población con el mapa de la exclusión social del país, ya que el sector social y etario más castigado socialmente mantiene características similares a las de la población penitenciaria en general, y a los internos del sector psiquiátrico en particular.

En función de la complejidad del material legal y clínico analizado, fue necesario construir indicadores que permitiesen seleccionar aquellos casos que pudieran reflejar también esa diversidad.

Con ese propósito, se consideraron cuatro cuestiones principales: el tipo de crimen cometido, las categorías clínicas utilizadas, las diversas definiciones de peligrosidad aplicadas y la presencia del uso de alcohol y otras drogas en la historia de los sujetos. Los tipos de crimen no se agruparon siguiendo una lógica jurídica o legal sino obedeciendo al posible lazo social relacionado con cada uno. De esta manera, fueron definidos cinco tipos, considerando sólo el último delito cometido:

1. Los relacionados exclusivamente con el tema de drogas, como el consumo y/o el tráfico (2 casos).
2. Los delitos contra la propiedad individual, que afectaron directamente a una *persona física*, como robo y latrocinio (15 casos).
3. Los delitos contra personas, caracterizados por agresión a su integridad física, como el asesinato (23 casos).
4. Los cometidos contra el Estado o contra la propiedad, como la estafa (3 casos).
5. Los de carácter sexual, como las violaciones (5 casos).

Con relación a las categorías clínicas utilizadas en las pericias, se tomó como referencia las que aparecían en el primer diagnóstico, por ser, en general, las que determinaban la inimputabilidad de los sujetos y el inicio de las medidas de seguridad. La gran cantidad de figuras clínicas utilizadas obligó a que se adoptase un criterio de selección particular, lo que llevó a agruparlas en tres categorías:

1. La de los diagnósticos de exclusiva base física –como oligofrenia, por ejemplo.
2. Las de trastornos psiquiátricos específicos.
3. Las de las descripciones sintomáticas que no incluían la definición de una patología particular.

Considerando ese criterio, los diagnósticos iniciales de patologías de base orgánica, sumaron 6 casos; los trastornos psiquiátricos, 26 casos; las simples descripciones sintomáticas sumaron 16 casos.

En relación con el uso de alcohol y otras drogas asociadas a la historia clínica o al crimen cometido, 26 de los sujetos tenían, según las pericias, un histórico de consumo de drogas contra 22 que no registraron antecedentes de consumo.

Sobre el tipo de peligrosidad definida, fue necesario también establecer un criterio de agrupamiento en torno a características comunes. Se establecieron así tres tipos de peligrosidad presentes en las pericias:

1. Las que definían la peligrosidad del sujeto de forma simple y sin otras consideraciones adicionales.
2. Las que sumaban a esa definición algún adjetivo que dimensionaba ese carácter, por ejemplo extremadamente peligroso.
3. Y las que detallaban los motivos de esa peligrosidad, por ejemplo peligrosidad por falta de empeño escolar.

Los que recibieron un primer diagnóstico simple de peligrosidad sumaron 23 casos. En 14 casos esa condición de peligrosidad fue relacionada con alguna causa en particular, y en 11 casos fue utilizado algún adjetivo que sobredimensionaba ese carácter.

A partir de esos indicadores fueron seleccionados diez casos, considerados representativos de esta diversidad, que constituyeron la base del análisis realizado. Dentro de esa muestra existieron, de acuerdo con el primer diagnóstico realizado, 2 casos de patologías de base orgánica, 3 de carácter psiquiátrico y 5 de simple descripción de síntomas no asociadas a una patología en particular. Con relación al criterio de peligrosidad, se identificaron 5 casos en donde ese diagnóstico se realizó de manera simple, sin otras

consideraciones, 3 que tuvieron esa peligrosidad asociada a algún motivo y 2 que fueron considerados peligrosos en grado superlativo. Con relación al uso de drogas, 6 de los sujetos registraban historial de consumo de alcohol y/u otras drogas frente a 4 que no presentaron antecedentes de ese consumo. En cuanto al tipo de crimen cometido, 4 sujetos habían cometido crimen contra personas físicas; 1 contra el Estado, 2 infringieron la ley de drogas (aquella que penaliza la venta y/o consumo de sustancias), 1 había cometido un delito de carácter sexual y 2 habían realizado crímenes contra la propiedad. Esos casos seleccionados presentaron aún una gran cantidad de pericias realizadas en cada uno de ellos y correspondieron a sujetos de edades diversas.

En el análisis de la información colectada fueron considerados:

1. El diagnóstico de peligrosidad, atendiendo a la definición de la misma como potencial, actual o latente.
2. Las categorías nosográficas utilizadas y la relación entre las mismas
3. La relación entre tipo de crimen, categorías nosográficas y diagnóstico de peligrosidad.
4. Las indicaciones terapéuticas, cuando existentes, y su adecuación al contexto.

Previamente, fue hecho un análisis de la definición de peligrosidad utilizada y los criterios técnico-legales que la fundamentaban. Esta definición fue tomada de las pericias consultadas y fue ratificada como actual por el psiquiatra del Instituto Médico Legal consultado, institución ésta responsable por la realización de estas pericias.

Junto al análisis de los casos seleccionados, y para poder entender las similitudes y diferencias, así como las diferentes formas históricas de construcción de esos discursos, se incluyó, a modo comparativo, la información surgida de algunas pericias realizadas entre la población en medida de seguridad del Manicomio Judicial Heitor Carrilho de Río de Janeiro, entre los años 1930 y 1963, disponibles en las publicaciones producidas en esa época por los técnicos de la institución.

Criterios de evaluación de peligrosidad

Los criterios de evaluación de peligrosidad considerados aparecen de forma explícita en muchas de las pericias consultadas, operando como una especie de guía en torno a la cual son hechas otras consideraciones.⁴ La definición y características de peligrosidad, tomadas de estos documentos, son las siguientes:

Peligrosidad es el conjunto de síntomas que indican la posibilidad de alguien practicar o tornar a practicar un crimen, o sea, las posibilidades delictuosas del individuo.

Indicadores de peligrosidad:

- En cuanto a la curva vital: inconstancia en el trabajo, integración con grupos sin actividades constructivas, existencia de criminalidad precoz, número elevado de incidentes jurídicos y policiales, reincidencia rápida, inicio precoz de la enfermedad.
- En cuanto a la morfología del crimen: crimen practicado con agravantes legales, crimen sin motivo psicológico explicable, crímenes con multiplicidad de golpes, crímenes practicados con frialdad de sentimientos, crímenes practicados contra personas indefensas.
- En cuanto a los signos psiquiátricos: agitación psicomotora, brotes y episodios psicóticos, crímenes de irascibilidad, necesidad de altas dosis de fármacos.
- En cuanto al examen psíquico actual: humor explosivo, falta de crítica al acto delictivo que practicó, falta de planes para el futuro, alucinaciones, delirios, falta de remordimientos, falta de sentimientos superiores, sentimientos egocéntricos. Es importante también que sea evaluada la relación del examinado con la familia y el deseo y el interés de convivir con la misma. La intoxicación aguda por el alcohol que se

4 No fue posible encontrar el origen de esta definición, presente en muchas de las pericias consultadas. La misma no pertenece a los manuales actuales de referencia diagnóstica de la psiquiatría, como el DSM IV o el CID 10.

encuentra muchas veces en íntima relación con actos heteroagresivos (alcoholismo crónico), tiende a llevar a la persona a un estado de destrucción progresiva en el cual él se distancia de la convivencia social y se sumerge poco a poco en el mundo de la miseria personal y de la enfermedad. Se habla de un suicidio social, dado que el individuo permite que el alcohol gradualmente destruya su vida, su organismo, su respeto y su futuro.

En el análisis de este instrumento de evaluación de peligrosidad se percibe una combinación del discurso jurídico con el terapéutico, con predominio del primero. Esta relación se expresa en la definición de peligrosidad, según la cual este carácter está vinculado a la posibilidad de que el individuo cometa un crimen o reincida en el mismo. La peligrosidad está así relacionada a una noción general de crimen, donde podrían incluirse desde aquellos que comprenden violencia interpersonal, como asesinato o violación— hasta los de menor potencial ofensivo, como la estafa o el hurto, por ejemplo.

Esa caracterización contempla aún un rasgo potencial: la posibilidad de prever conductas delictivas antes de su ejecución, lo que en teoría podría validar la aplicación de medidas de seguridad sin que exista delito previo, como fue la aspiración del lombrosismo, acción que las actuales legislaciones penales no permiten. De esta forma, se estigmatiza un tipo particular de conductas y tipos personalológicos y se legitiman mecanismos psiquiátrico-legales para su contención y control.

La relación actual o potencial de determinados sujetos con la ley, que los tornaría socialmente peligrosos, se evalúa a partir de un conjunto definido de síntomas, siempre según la definición considerada. Esta manifestación sindrómica se basa en determinados indicadores que reúnen también diferentes discursos.

El primero, basado en la evaluación de la curva vital del sujeto, destaca en primer lugar, la cuestión de la inconstancia en el trabajo y la integración con grupos sin actividades constructivas, cuestiones que hoy en día aparecen relacionadas más al deterioro de las relaciones laborales y al desempleo que a alguna tendencia patológica.

Los otros criterios de análisis de la curva vital tienen carácter jurídico y consideran principalmente el inicio precoz de la actividad delictiva y la reincidencia, aspectos éstos más propios de una lectura sociológica o criminológica que clínica. El último *item* sorprende con la inclusión del inicio precoz de la enfermedad, que no es especificada. Este último punto modifica la comprensión de los anteriores pareciendo indicar que todas las cuestiones previas tienen que ver con una enfermedad o que ellas mismas constituyen trazos significativos de algún disturbio psíquico. La consideración del carácter precoz de las actividades criminales y de la enfermedad indica la existencia de una tendencia íntima que permite resignificar la historia del sujeto, permitiendo explicar sus actos a partir de esta disposición inicial.

El indicador siguiente toma como criterio la morfología del crimen cometido. Entre los aspectos citados, el único que podría ser considerado de algún interés analítico con relación a la salud mental del sujeto infractor es el que hace referencia a los crímenes cometidos sin motivos psicológicos explicables. Este *item*, no obstante, no está bien definido, ya que debería aclarar que se refiere a aquellos crímenes caracterizados por violencia interpersonal, considerando que en los otros la motivación está explícita en el acto, como en los casos de hurto o tráfico de drogas.

La referencia particular a crímenes con multiplicidad de golpes está en relación con el supuesto psiquiátrico de que la epilepsia podría provocar estados de inconsciencia y agresividad, donde esta agresión sería practicada de forma mecánica y reiterada. Esta afirmación va a ser discutida en el análisis del conjunto de las pericias.

El indicador referido al análisis de signos psiquiátricos pretende evaluar aspectos clínicos relacionados a cuadros de psicosis. Esta evaluación es en sí misma correcta si tiene como propósito considerar la falta de comprensión del carácter ilegal de un acto por parte del autor del mismo o la imposibilidad de adecuar su conducta a la norma. No obstante, esta consideración no debería depender del tipo de crimen, pudiendo atender apenas a algunos aspectos de su modalidad de ejecución. El *item* que acerca de crímenes de irascibilidad es muy amplio, siendo necesario discriminar tanto algunos aspectos clínicos como situacionales y relacionales. El señalamiento acerca de que “la necesidad de altas dosis de fármacos es un indicador de peligrosidad” es al menos confuso, dado que

éste es un mecanismo terapéutico que la psiquiatría de corte organicista aplica en un amplio espectro de patologías psiquiátricas.

Los indicadores correspondientes al examen psíquico actual están, en general, bien enfocados, ya que parecen apuntar a cuestiones clínicas relacionadas al estado general del sujeto y a la relación entre su patología probable y el acto infraccional cometido. El *item* que pretende evaluar la falta de planes para el futuro llama la atención sobre otros aspectos, más vinculados a la exigencia de determinado tipo de integración social –que aparece en otras partes del examen. A este respecto, Bourdieu (2008) asocia esta imposibilidad de construir planes racionales para el futuro como una condición propia del lumpenproletariado en general con lo cual él le otorga a esta cuestión un carácter social que resulta más apropiado que el criterio pseudoclínico utilizado aquí.

Actualmente, se utiliza también el concepto de riesgo como predictor posible de conductas violentas (Tejada y Escobar-Córdoba, 2005), a través de la utilización de instrumentos de evaluación tales como el *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), la *MacArthur Guided Decision Making Scale* o la *Psychopathy Checklist Revised*. A pesar de intentar relativizar, en mayor o menor medida, la relación entre patología y peligrosidad, estos modelos mantienen las características generales de los anteriores, basándose en criterios sociales y jurídicos para establecer ese supuesto riesgo de agresividad y conducta asocial. El primero de ellos incurre en un simplismo notable al afirmar que el mejor predictor de violencia en el futuro es la presencia de hechos violentos en el pasado del sujeto.

Análisis de casos

A continuación se presentará el análisis de los casos seleccionados, sobre los cuales fue aplicado el *criterio de evaluación de peligrosidad* aquí estudiado.

A: primitivo y peligroso

A, de 31 años de edad, fue preso acusado de violar a un menor de seis años en la ciudad de Paranoá, donde residía desde que llegó con su familia proveniente de la región nordeste de Brasil. La víctima era un vecino del acusado. Luego de cometido el delito, huyó; una vez detenido negó haber sido el responsable.

A no tenía familia constituida en la época del crimen. Su esposa lo había abandonado porque “lo creía loco”. Sin haber completado el ciclo primario, trabajaba ocasionalmente como jardinero. Según constaba en el proceso, el acusado era consumidor habitual de alcohol, como su padre. No registraba antecedentes psiquiátricos, a pesar de que la madre relató conductas extrañas desde la adolescencia.

La primera pericia se realizó en el año 1998, época de su ingreso al sector psiquiátrico. El diagnóstico inicial fue de oligofrenia, a pesar de que en el mismo análisis se considera la posibilidad de que fuese fronterizo o *border-line*, diagnóstico incompatible con el anterior. Este examen consideró al acusado primitivo y peligroso.

La pericia del año 1999 reiteró el carácter peligroso del periciado, destacando que esa condición tenía que ver con su comportamiento primitivo. Se destacaba allí que el sujeto presentaba problemas para dormir, precisando de medicación.

El examen del año 2000 diagnosticó un retardo mental leve, sin que el estado mental del sujeto hubiese manifestado progreso.

La última de las pericias analizadas fue realizada en el año 2001 y no incluyó un diagnóstico definido, apenas destacando la asociación entre la impulsividad derivada del comportamiento primitivo y su carácter peligroso.

Estos exámenes insistían en asociar la supuesta peligrosidad del sujeto con su carácter primitivo. Esta asociación se imponía a la ya establecida entre el diagnóstico de oligofrenia o debilidad mental y peligrosidad.

Esta caracterización de primitivo y peligroso supone un momento ontológico del desarrollo social y humano, supuestamente ya superado por la sociedad actual. Un sujeto con una patología psiquiátrica derivada de causas físicas, como sería la oligofrenia o la debilidad mental, integraría este estadio pre-social que determinaría su conducta criminal, en este caso, la violación a un niño.

Dos de las pericias indicaban la falta de progreso del estado mental del sujeto pero sin preocupación alguna por indagar sobre sus condiciones institucionales ni sobre el tipo de tratamiento que recibía o debería recibir, como si estas cuestiones no tuvieran relación. Por otra parte, el tipo de tratamiento institucional recibido por A, basado apenas en su reclusión, impedía cualquier elaboración posterior del hecho que lo llevó a esa situación, mucho

menos elaborar la culpa y asumir la responsabilidad del mismo, proceso indispensable para evitar la reincidencia penal y parte necesaria de un proceso terapéutico.

La historia de vida de A, transformada por el proceso y las pericias apenas en la historia de un crimen y una patología, muestra un grado importante de exclusión social y dificultades de acceso material y simbólico a una atención en salud mental y de salud en general.

Considerando que los diagnósticos se refieren a patologías de base somática A debería, según la lógica de estos textos, permanecer en el sector psiquiátrico indefinidamente, dada la asociación entre su enfermedad –incurable– y su peligrosidad.

Existen aquí, en definitiva, tres operadores discursivos e institucionales principales: peligrosidad, primitivismo y los diagnósticos de base física. Entre los tres, los dos primeros tienen más peso, teniendo el último un carácter casi accesorio, complementario de esa asociación inicial.

B: peligroso por falta de familia

B, de sesenta y cuatro años, y su familia llegaron de la región nordeste del país a Sobradinho, ciudad donde vivían en la época del crimen. En el año 1966, B agredió a una vecina con un cuchillo sin motivo aparente, causándole graves heridas. Él ya presentaba, según constaba en las pericias, antecedentes de internaciones psiquiátricas en los años 1964 y 1966.

Ingresado en la prisión del Distrito Federal en ese mismo año, es encaminado para la realización de un examen psiquiátrico, dado el comportamiento bizarro que mostraba en la prisión. Esta primera pericia consideró al interno peligroso para la comunidad carcelaria, siendo diagnosticado como débil mental. En el final del mismo texto, aparece otro diagnóstico diferente al primero: el de esquizofrenia.

El examen siguiente es muy posterior, del año 1979, y fue realizado en el Manicomio Judicial Heitor Carrilho de Río de Janeiro, sin que conste en el proceso la causa o la época de la transferencia. B es considerado aquí como portador de esquizofrenia paranoide y peligroso.

Del Heitor Carrilho, B pasó al Hospital Psiquiátrico de Anápolis y de allí al de Paranoá, donde vivía su hermano, registrando

también un período de internación en la Clínica São Miguel. En 1994, B recibió autorización para una salida temporaria, yendo a vivir con su padre en el Estado de Piauí. Con él comenzó a trabajar como pescador, aparentemente sin presentar problemas de conducta o de salud. No obstante esto, y por el hecho de haber violado las condiciones de su régimen legal —no se presentó en el período previsto—, B es requerido nuevamente por la justicia, debiendo volver al sector de tratamiento psiquiátrico.

El examen siguiente, del año 1995, diagnostica esquizofrenia terminal, sin cesación de peligrosidad. La pericia del año 1996 mantiene este diagnóstico, aclarando que aún es considerado peligroso “por falta de familia dispuesta a recibirlo”. Dos años después, en otra pericia, la conducta del sujeto es considerada excelente, así como su relación con las autoridades y los compañeros, siendo ratificada su condición de esquizofrénico.

El enunciado de peligrosidad de B es relacionado en una primera instancia a una patología psiquiátrica. Más tarde, esa condición de peligroso se mantiene, ahora en función de la falta de familiares que pudiesen recibirlo. La funcionalidad y plasticidad institucional de este enunciado aparece aquí claramente: el diagnóstico de peligrosidad sirve para un propósito administrativo, relacionado a la exigencia de un soporte familiar para poder otorgar salidas temporarias y altas definitivas a los sujetos que cumplen medidas de seguridad.

Paradójicamente, B había pasado un tiempo con un familiar, mostrando tener condiciones para el reintegro a una vida social plena. La justicia, absurdamente, le exigió su retorno al sector de tratamiento psiquiátrico, para después exigirle el mismo vínculo del cual se lo había privado. Es posible ver aquí cómo el diagnóstico de peligrosidad no mantiene una lógica de asociación con determinadas categorías clínicas o conductas, sino que opera con un propósito jurídico-institucional. El enunciado de peligrosidad, definido y operacionalizado por el discurso médico-psiquiátrico, se relaciona aquí con un simple propósito jurídico-burocrático.

C: el drogado peligroso

C, de 41 años de edad, nativo de la ciudad de Ceilandia, ingresó en el sector de tratamiento psiquiátrico en el año 1993. Originalmente fue detenido por porte de drogas, incluyéndose después una

acusación por intento de homicidio. C vivía en la época con su hermana, tenía estudios primarios incompletos y no presentaba antecedentes laborales. Era separado de su esposa con la cual tenía dos hijos. En el proceso se destaca que era, en el momento del crimen, un consumidor habitual de drogas, principalmente de “merla” –derivado de la cocaína–, registrando también antecedentes psiquiátricos.

El primer examen, realizado en el año de ingreso del periciado al sector psiquiátrico, lo considera esquizofrénico paranoide y peligroso, a pesar de aclarar que estaba psíquicamente bien orientado al momento del examen. El mismo texto indica la presencia de ideas delirantes en el sujeto, que habrían comenzado con el consumo de drogas. Cabe destacar aquí que en el Distrito Federal brasileño se registra un alto consumo de merla, que presenta efectos rápidos y devastadores y entre cuyos síntomas aparecen con frecuencia manifestaciones delirantes y persecutorias –denominadas “noia” por los propios usuarios.

La pericia siguiente, hecha en el año 1998, diagnostica a C como portador de una psicosis procesual, asociada a su peligrosidad. El mismo texto considera el cuadro psicótico anterior como transitorio e inducido por el uso de alcohol y drogas. El examen del año 1999 consideraba que el periciado estaba bien orientado, manteniendo capacidad de juicio crítico para con sus actos, siendo nuevamente considerado no peligroso.

En el año 1999 fue autorizado a visitar a su madre enferma. Posteriormente, ya en tratamiento ambulatorio, “peleaba mucho” según la pericia y no compareció ante la justicia en la fecha prevista. Por ese motivo, volvió al sector de tratamiento psiquiátrico en el año 2000. En el último examen, hecho en el año 2002, se vuelve al diagnóstico inicial de esquizofrenia, insistiendo en la cesación de peligrosidad del sujeto.

En el caso de C llaman la atención los sucesivos diagnósticos de cesación de peligrosidad, que no parecen influir en su condición institucional. Hay también una cierta insistencia en relacionar los diferentes diagnósticos con la condición de usuario de drogas del sujeto. En este caso, esta asociación entre una patología psiquiátrica –cualquiera– y el uso de drogas parece determinar su condición inicial de peligroso. Una vez en reclusión la condición de peligroso desaparece, probablemente por la suposición de que el consumo de drogas había cesado.

A pesar de que la relación entre los crímenes cometidos, principalmente aquél que involucraba agresión interpersonal, y los cuadros patológicos definidos podrían determinar una condición de peligrosidad más estable y duradera, como acontece en los otros casos y siempre considerando la lógica que guía estos discursos, la cuestión del consumo de drogas parece ser aquí el determinante principal para esta caracterización temporal de peligrosidad.

El diagnóstico de dependencia de drogas es el responsable de muchos de los ingresos de sujetos infractores a los manicomios judiciales en los últimos años. La presencia del uso de drogas parece “[...] precipitar un saber y causar una prisa por concluir” siendo el toxicómano “[...] efecto de una elaboración secundaria fundada en una tentativa retratística” (Le Poulichet, 1990 : 27).

Stevenson en su obra *O médico e o monstro: Dr. Jekyll e Mr. Hide* (1966) relata la historia de un científico creador de una droga capaz de transformar a un sujeto honesto en un peligroso criminal. Una vez cesado el efecto, la persona retornaba a su estado normal de inmediato. Este es el presupuesto que parece guiar esta serie de diagnósticos y con frecuencia a la clínica de la toxicomanía –principalmente aquella basada en la abstinencia como único propósito– que centra el análisis solamente en la cuestión del objeto o, peor, apunta a reintegrar al usuario a determinados circuitos familiares o sociales con un objetivo más disciplinario que clínico. De una u otra forma se ignoran o relegan otras cuestiones clínicas, como la discriminación entre usuario y dependiente y posibles manifestaciones co-mórbidas asociadas a ese consumo.

Una vez más en el caso de C, la solución institucional es la reclusión del sujeto, sin preocupación alguna por tratamiento o acompañamiento clínico.

D: el peligroso latente

D, de 43 años de edad, vivía en una ciudad satélite de Brasília en la época que cometió el crimen que lo llevó al sector de tratamiento psiquiátrico. No consiguió completar el ciclo primario debido a frecuentes crisis de nervios, según su proceso. Trabajó por poco tiempo en el Servicio de Limpieza Urbana; después de forma independiente, en trabajos ocasionales.

En el año 1985, en estado de ebriedad, D asesinó a su hijo de tres años con una barra de hierro. Antes de cometer ese acto,

había ido a la policía a denunciar que cometería un crimen de ese tipo, denuncia que no fue atendida. Originalmente destinado a prisión común, agredió sin motivo a un agente penitenciario, según los exámenes. En la época del crimen, tenía dificultades para dormir y manifestaba su voluntad de cometer suicidio. Su familia no lo visitaba.

La primera pericia, del año 1985, considera a D epiléptico, citando crisis que comenzaron a los ocho años de edad. Este examen destaca también la historia familiar: el casamiento posterior a la muerte del padre, las peleas frecuentes con su esposa y la prohibición de los suegros de que la hija lo acompañase a trabajar en otro Estado, lo que habría desencadenado la crisis que lo llevó a cometer el crimen.

Se consideró en este examen que el crimen fue cometido en situación de estado crepuscular, definida por Ey (1978) como el momento en el cual se pierde la conciencia de los actos realizados. El diagnóstico fue el de personalidad epileptoide con inestabilidad emocional, sin autocontrol y violento en las relaciones interpersonales, con poco grado de recuperación. Por todo esto, D es considerado peligroso en alto grado.

La próxima pericia es del año 1992. El estado del periciado parece haber empeorado, sufriendo ahora de delirios persecutorios y convulsiones frecuentes. Considerado nuevamente peligroso, este texto termina con una conclusión sorprendente: la de que aún no existen sistemas penitenciarios que puedan dar cuenta de casos como este.

El examen del año 1993 cambia la caracterización clínica: D es diagnosticado ahora como portador de esquizofrenia residual, sociopatía y oligofrenia, diagnósticos estos incompatibles entre sí.

Las dos pericias siguientes, realizadas en los años 1993 y 1994, apenas ratifican la necesidad de la continuidad de D en el sector de tratamiento psiquiátrico. El examen del año 1996 destaca su progreso, encontrándose el periciado trabajando normalmente en el penal y manteniendo una buena relación con las autoridades y los otros internos. No obstante, se consideró que mantenía su peligrosidad en estado latente, estando la misma inhibida por la rutina carcelaria, según el texto.

En el año 1997 es nuevamente considerado peligroso, asociada esa condición al diagnóstico de epilepsia esquizoide. Apenas en

el examen realizado en el año 1998, y frente a la inminente apertura de una Casa Abrigo destinada a población psiquiátrica, se recomienda tratamiento. D había acumulado, en la época de esta recomendación, 13 años de reclusión en el sector de tratamiento psiquiátrico.

Sufriendo ya de un notable deterioro físico y psíquico, se considera en el examen del año 1998 que el sujeto tendría su peligrosidad cesada desde que tuviese acompañamiento clínico y familiar. Los exámenes posteriores autorizaron salidas temporarias, que se cumplieron con frecuencia irregular.

El caso de D reúne casi todas las formas posibles de diagnóstico de peligrosidad: peligroso en alto grado, peligrosidad en estado latente, peligroso –sin otras consideraciones– y peligrosidad cesada. Estas caracterizaciones se suceden sin un orden lógico aparente, siendo que cambian de una pericia a otra sin un motivo o asociación definida con otros indicadores. De la peligrosidad latente del año 1996, se pasa nuevamente a la condición de peligroso al año siguiente y a la cesación de peligrosidad en el posterior.

Los diagnósticos clínicos son diferentes y hasta contradictorios. Epiléptico en un primer momento, D pasa a ser esquizofrénico posteriormente –probablemente, por manifestar delirios– siendo también, y en un mismo examen, considerado sociópata y oligofrénico. Nuevamente, estos diagnósticos operan apenas como complemento de la sanción jurídico-médica de peligrosidad. El enunciado presente en la pericia del año 1992, que refiere a la inexistencia de sistemas penales capaces de alojar a este tipo de sujetos, se inscribe en un discurso histórico de la psiquiatría centrado en la exigencia permanente de creación de nuevos sistemas de reclusión para poblaciones cada vez más específicas. Llama la atención aun que la demanda sea por sistemas penitenciarios y no terapéuticos, como serían en teoría el sector psiquiátrico aquí considerado y los manicomios judiciales en general.

El mismo tipo de caracterización de ese espacio institucional aparece en el enunciado que define a la rutina carcelaria como un inhibidor de la peligrosidad del sujeto. Rutina carcelaria, ni siquiera manicomial, que acabó inhibiendo no sólo su peligrosidad sino también su condición humana en general. Ese deterioro es lo que permitió la autorización para salidas temporarias, que no fueron producto de un progreso clínico.

En la novela de Zolá *La bestia humana* (1969) el protagonista sufre el impulso irrefrenable de cometer un crimen. En la lucha contra esa compulsión deja señales de su propósito, con la esperanza de ser detenido. De la misma forma, D intentó llamar la atención sobre el crimen que finalmente cometió, más no tuvo otra institución que la policía adonde encaminar su angustia, que se tradujo fatalmente en el acto que lo llevó a su reclusión.

Tavolaro (2002) observó, en un estudio hecho en el Manicomico Judicial Franco da Rocha, que el 52% de los internos en esa institución habían buscado ayuda en instituciones públicas antes de cometer el hecho que los llevó a juicio, sin ser atendidos.

E: extremadamente peligroso

E, de 31 años de edad, nació en la ciudad de Gama, siendo el cuarto hijo de siete. No consiguió completar el ciclo primario y nunca trabajó en empleos estables.

En el año 1991 le disparó a una persona en una fiesta, huyendo posteriormente. En el año 1993 robó una caja de cerveza a una persona junto con unos amigos. Un allegado al asaltado, que había salido en la búsqueda de los ladrones, fue agredido brutalmente por E y su grupo: primero lo golpearon, después lo lanzaron al piso, lo apedrearon y le dispararon, matándolo. En el juicio, intentó justificar su inocencia con un lenguaje bien articulado, según consta en el proceso.

E fue condenado a 18 años y seis meses de prisión. En la prisión sufrió varias sanciones disciplinarias por posesión de un arma blanca y agredir a otro detenido con la misma. Por ese motivo, fue trasladado al sector denominado “Seguro”, reservada a los presos que sufren amenazas de muerte de sus compañeros. También en esa época comenzó a manifestar problemas mentales, siendo tratado tres veces en el servicio de Emergencia del Hospital de Taguatinga.

Finalmente, en el año 1999, es considerado inimputable y transferido al sector de tratamiento psiquiátrico. El primer examen hecho en 1999 encuentra a E en malas condiciones de higiene, delirante y predicando la Biblia. Según el relato de una funcionaria del Juzgado de Ejecuciones Criminales –responsable legal de estos procesos– que complementa este examen, E lanzaba la comida a la basura y la buscaba nuevamente.

La pericia realizada en el año 2000 cita antecedentes de epilepsia en el sujeto y habla de la ausencia de delirios o alucinaciones, destacando su fluidez verbal. Describe su patología como una epilepsia con episodios psicóticos, en fase de intercrisis. E es considerado en este momento extremadamente peligroso y con pocas oportunidades de curación. En el mismo año, la opinión de una asistente social lo encuentra apto para encaminarlo a la Clínica Psiquiátrica de Planalto. En este último examen consta también la gran cantidad de medicación psiquiátrica que E estaba tomando.

E fue una de las personas contactadas por el equipo en las esporádicas visitas realizadas a la institución. Su aspecto distaba mucho de ser aquél descrito en los informes. En la época de este contacto, E se encontraba en estado casi catatónico, sin poder articular palabra de forma coherente o prolongada, y siendo víctima de burlas y agresiones por parte de otros internos. La participación en los hechos que lo llevaron a prisión, así como su discurso de defensa bien articulado en el juicio, parecen haber pertenecido a otra persona. Algunos años en la institución junto a la brutal medicación aplicada deterioró física y psíquicamente a E. Aun así, E es todavía es considerado extremadamente peligroso por el examen pericial, que una vez más parece centrarse en el crimen cometido y no en la persona.

Nuevamente, esta supuesta peligrosidad extrema no mantiene relación con los cuadros diagnósticos presentes en los exámenes, que además distan de ser coherentes con la trayectoria de deterioro psíquico de E, poco asimilable a una epilepsia.

En la novela *La Metamorfosis*, Kafka (1961) describe la historia de Gregor Samsa, que amaneció un día transformado en insecto, lo que lo llevó a su progresiva desaparición social y familiar y finalmente a su muerte, considerada un alivio para todos. E, que en libertad era denominado Cucaracha, parece encaminado a cumplir también el triste destino de la figura del relato kafkiano, estando su destino limitado al sector psiquiátrico o a un asilo, formas ambas de muerte social.

F: peligroso por rebelde

F tenía 40 años de edad en la época en que fue hecha esta investigación. Nacido en el nordeste brasileño, se mudó al Distrito Federal junto con su familia cuando era niño. Comenzó a trabajar

a los 12 años de edad, casi siempre en empleos informales, no habiendo completado el ciclo primario de educación. F era soltero y tenía un hijo al que no conocía. Su padre, alcohólico, había fallecido hacía mucho tiempo; su madre y hermanas vivían aún en el Distrito Federal.

F fue condenado por robo seguido de muerte en 1986, año en que invadió la casa donde trabajaba su pareja y junto con ella amordazaron a la empleada que trabajaba allí, que murió asfixiada. En el año 1991 recibió libertad condicional cuyos términos no cumplió, lo que lo llevó de vuelta a la prisión.

En 1997, ya en régimen ambulatorial, volvió a consumir drogas, lo que le provocó problemas con su familia. Aun en semilibertad, integró un grupo, dirigido por su propio abogado, que robaba carros, hecho por el cual fue nuevamente preso. Ya en prisión, comenzó, según la pericia, a mostrar algunos comportamientos bizarros, agrediendo a un agente penitenciario. Por ese motivo fue transferido al sector de tratamiento psiquiátrico.

F pasó por muchos exámenes en su extensa trayectoria psiquiátrico-penal. En el primero, hecho en el año 1986, relató escuchar voces. El psiquiatra consideró que esta manifestación clínica fue inventada por el periciado considerándolo, aun así, portador de disturbios psiquiátricos graves, dependiente de marihuana y peligroso.

La pericia siguiente, del año 1989, lo considera egocéntrico e inseguro y lo diagnostica como obsesivo compulsivo, recomendando salidas temporarias.

En un nuevo examen, realizado en el año 1994, F es considerado portador de esquizofrenia hebefrénica y peligroso, destacándose el uso prolongado de drogas entre sus antecedentes. En la pericia de 1996 el diagnóstico cambia, pasando a ser el de trastorno de personalidad con predominio de manifestaciones psicopáticas.

La pericia de 1997 hace mención de un examen toxicológico obligatorio, que dio resultado negativo. A pesar de mantener el diagnóstico de sociopatía, este examen considera cesada la peligrosidad, desde que el periciado tenga apoyo de su familia para salidas parciales.

La pericia realizada en el año 1998 considera a F nuevamente peligroso e impulsivo, no recomendando salidas temporarias. La explicación para este cambio aparece explicada en el texto: se negó

a tomar la medicación indicada por la psiquiatra por suponer que también era droga, evidenciando así, según el perito, su dificultad de lidiar con la realidad de forma satisfactoria.

En el año 2000 es ratificada su peligrosidad, siendo declarado portador de trastorno de personalidad. El diagnóstico de peligrosidad fue ratificado en el examen del año 2002, aclarando que este carácter se relacionaba a su falta de empeño escolar y laboral.

El caso de F es revelador de algunas características de los mecanismos discursivos que operan en estos exámenes y en el discurso psiquiátrico en general. Nuevamente, existe aquí una falta de coherencia entre los sucesivos diagnósticos, que cambian de una figura patológica a otra.

El discurso psiquiátrico consideró aquí como factor revelador de la peligrosidad de F su negativa a seguir tomando medicación, asociada por el perito a su falta de adecuación a la realidad y, más tarde, a la falta de deseos de trabajar y estudiar.

Esta negativa, de una lucidez notable, la responde el discurso psiquiátrico con una doble condena: la de reclusión y la de medicación forzada. Algunas contradicciones pueden ser aquí destacadas: considerado dependiente de drogas y habiendo sido objeto hasta de exámenes toxicológicos obligatorios por ese motivo, F muestra un cierto progreso clínico en ese sentido, al negarse a consumir las drogas que más lo perjudicaban en ese momento: las administradas en el sector de tratamiento psiquiátrico. El discurso psiquiátrico parece no poder establecer otra dimensión posible para los sujetos considerados inimputables que no sea la de la peligrosidad o la del deterioro psíquico, factor éste que parece permitir el fin de aquella.

Cuando F plantea una demanda que cuestiona el criterio de verdad absoluta de la psiquiatría, ésta produce una sanción que apunta a anular la denuncia e impedir un posible progreso del individuo.

El periciado es obligado a mostrar interés en trabajar y estudiar, siendo exigida así una intención de recuperación y reinserción social que por otra parte es considerada como una manifestación patológica, por cuanto se expresa como una dimensión crítica hacia la autoridad del discurso psiquiátrico.

F, quizás culpable del pecado de creer que los pájaros pueden dispararle a las escopetas, tomaba, en la época del último examen y según las pericias Haldol, Fenegan, Prometazina, Larbamazepina

e Amitriptilina. F era también portador del virus del VIH, y no recibía la medicación necesaria ni los cuidados especiales para su enfermedad.

G: el peligroso pecador

G, de 25 años de edad, vivía en la ciudad de Taguatinga en la época en que cometió el hecho que lo llevó al sector de tratamiento psiquiátrico, después de haber emigrado del nordeste brasileño a esa ciudad. En el Distrito Federal sólo tenía como familiar a una tía. Era soltero y no tenía hijos. En las pericias, manifestó haber sido criado por una familia adoptiva, con la que no tenía contacto actual.

Este sujeto no completó el ciclo primario debido a problemas de aprendizaje, según su relato. Trabajó a partir de los 14 años en empleos informales, principalmente como lavador de carros.

G robó un reloj en el año 2000. Anteriormente había cometido dos robos, uno de ellos armado con un cuchillo. Estos hechos lo llevaron al sector de tratamiento psiquiátrico por primera vez en el año 1996. En la época del último robo estaba aún en situación de desinternación condicional. Cuando fue preso en su último robo portaba marihuana.

La primera pericia que consta en los procesos es del año 1996. En ella G es considerado “drogodependiente”, sin mayores precisiones clínicas. En el año 1997, al diagnóstico de dependencia de drogas se suma el de epilepsia siendo, por todo esto, considerado peligroso.

En este mismo año se consideró cesada su peligrosidad. En la pericia del año 1998 se indicó, como condición para conseguir la desinternación provisoria, su acompañamiento médico y religioso.

En su segundo ingreso al sector de tratamiento psiquiátrico, la pericia del año 2000 encuentra a G “agitado y con el contenido ideico empobrecido”. En el mismo año, la delegación de la Policía Civil responsable por la prisión de la Comécía sugiere su traslado, debido a su mala conducta. Una nueva pericia diagnostica deficiencia leve o moderada y epilepsia, ratificando la condición de peligroso del sujeto. El examen siguiente cambia esa caracterización clínica por la de sociopatía, describiendo a G como primitivo, inmaduro y, una vez más, peligroso.

El proceso diagnóstico-legal de G parece reconocer dos momentos diferenciados, relacionados a sus dos internaciones en el sector de tratamiento psiquiátrico. En el primero, el diagnóstico de drogadependencia ocupa un lugar central en los textos, eventualmente asociado a otras patologías. En este primer momento el periciado tiene decretada la cesación de peligrosidad de un año a otro sin motivos claros, coincidiendo aproximadamente esa cesación con los plazos legales correspondientes al delito cometido.

La recomendación del perito que condiciona la desinternación condicional sorprende al sugerir acompañamiento médico y religioso para G. Esta supuesta necesidad de acompañamiento religioso puede estar relacionada al diagnóstico de drogadependencia y a la posibilidad de internación en una comunidad terapéutica con ese perfil o a la simple y directa demanda de un tratamiento moral, que permitiría imponer otras pautas de acción y convivencia social al sujeto.

De cualquier forma, esa intención muestra un carácter disciplinador que nada tiene que ver con una preocupación clínica. La película *Los cuentos prohibidos del Marqués de Sade* (Industry Entertainment, 2000) muestra la tensión existente, en la época de la afirmación institucional de la psiquiatría, entre ésta última y el modelo de tratamiento-reclusión monopolizado hasta entonces por la Iglesia. La sugerencia de acompañamiento religioso a G, como requisito clínico-legal, parece retroceder a aquella época.

La apelación a otras instancias disciplinadoras, de carácter religioso, aparece actualmente en otros espacios penales. Una de las instituciones destinadas a la custodia y reinserción social de los adolescentes infractores en el Distrito Federal tuvo su administración cedida a una congregación religiosa, ignorándose así el principio básico de la necesidad del carácter laico de las acciones del Estado.

En la segunda internación de G en el sector de tratamiento psiquiátrico la reincidencia penal, junto con los informes de su mala conducta, parece determinar diagnósticos más categóricos y la afirmación de su carácter de peligroso. De esta forma, el operador discursivo de la peligrosidad actúa en este caso sancionando una reincidencia penal, y está asociado, para ese fin, a determinados diagnósticos clínicos.

H: peligroso por mentiroso

H tenía 63 años de edad en el momento en que se realizó esta investigación. Nació en el Núcleo Bandeirante, ciudad del Distrito Federal donde vivía en la época de su condena. Pocos años atrás, se había separado de su esposa, con quien tuvo dos hijos.

El periciado cursó el ciclo primario completo y se jubiló como empleado público debido, según el proceso, a problemas de alcoholismo y de salud mental en general.

H ingresó en el sector psiquiátrico en 1996. En esta época, su familia pidió el traslado al Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Anápolis, solicitando también que esta institución realizase un examen para establecer la cesación de peligrosidad del sujeto. Más tarde, su abogado solicitó la prescripción de la pena, pedido que fue negado por el Ministerio Público. En el año 2000, y después de haber conseguido su desinternación condicional, ingresa nuevamente al sector psiquiátrico por haber repetido el crimen anterior.

Este sujeto fue puesto preso por haber vendido a distintas personas, y en distintas oportunidades, el mismo inmueble, delito este que requiere una cierta capacidad de simbolización y lucidez.

En el proceso de H no existían muchas pericias disponibles. Las realizadas en la época de su primer ingreso al sector de tratamiento psiquiátrico eran citadas de forma general en el material analizado. A pesar del poco material disponible, se decidió incluir ese caso por estar relacionado a un tipo de crimen particular –estafa– que no merece en general sanción de inimputabilidad.

La primera de las pericias, hecha por un psicólogo, sugiere que el periciado tiene una patología, pero que parece fingir que es peor. Ese examen es muy impreciso y no define a qué tipo de patología se refiere ni la relación posible entre ese supuesto fingimiento del sujeto y el tipo de crimen cometido. La pericia del psiquiatra es más detallada, pero no ofrece un diagnóstico claro, basándose, por lo tanto, en las anteriores. En ese sentido, H acumula diagnósticos de neurosis, epilepsia, alcoholismo, esquizofrenia y sociopatía. En este último diagnóstico H fue considerado no peligroso.

El caso de H muestra, con relación a la primera pericia, una búsqueda de información más jurídica que clínica, ya que el perito destaca apenas la actitud del periciado en el examen y su disposición para decir la verdad, sin mayores preocupaciones clínicas. En la pericia del psiquiatra aparecen nuevamente las contradic-

ciones entre los sucesivos diagnósticos en la historia clínico-legal del sujeto periciado. Las mismas sirvieron apenas para mantener a H lejos de la convivencia social, actuando como una forma de punición. En este caso, la peligrosidad de H se extinguió en un tiempo similar al de la pena correspondiente al crimen cometido.

La relación posible entre la capacidad de fingir, destacada en el primer examen, y la impostura necesaria para la realización de las estafas cometidas no fue profundizada. Ahondar en ese vínculo habría permitido una aproximación diagnóstica más precisa, así como posibilitaría trazar una dirección posible para una intervención clínica.

Felix Krull, personaje de Mann (1981), representa las varias facetas personológicas que algunos estafadores poseen con relación a su capacidad para adoptar diversas personalidades según su conveniencia. Zuleta (1986) compara la personalidad de los estafadores con la de aquellos artistas que desarrollan una capacidad de impostura permanente.

I: tutelado por peligroso

I tenía 43 años de edad, en el momento que se lo contactó en el sector de tratamiento psiquiátrico. Habitaba en la ciudad de Gama desde que llegó al Distrito Federal algunos años atrás, proveniente de un Estado de la región norte del país.

El periciado era analfabeto y trabajaba ocasionalmente como labrador. No tenía contacto con su familia ni otros vínculos afectivos.

La historia criminal de I comenzó en 1985. En total, había sido condenado por tráfico de drogas –seis veces–, robo y hurto –cuatro veces. Registra también un ingreso anterior al sector psiquiátrico en el año 1994 (no fue posible encontrar las pericias relacionadas a ese período). En el año 1998 fue beneficiado por un indulto.

En el año 1999 ingresa nuevamente en el sector psiquiátrico. La primera pericia que constaba en su proceso era anterior, del año 1996, y tenía como objetivo evaluar un posible beneficio de salidas temporarias para este sujeto. El perito no aconseja la salida de I por creer que la falta de familia, de oficio y su “poca inteligencia” –según los propios términos utilizados por el profesional– dificultarían su reinserción social.

En el año 1998 es realizada una nueva pericia. Nuevamente, y sin mayores consideraciones clínicas, se ratifica que I no está preparado para la vida social por motivos familiares, psíquicos y económicos, negándose nuevamente el derecho a las salidas.

La pericia del año 1999, realizada después del traslado del sujeto al sector de tratamiento psiquiátrico, incluye un diagnóstico: el de esquizofrenia asociada a déficit mental. Se sugiere tratamiento y se afirma su falta de peligrosidad. Se informa también que el periciado es usuario de marihuana y sufre de alucinaciones.

La última pericia disponible en el proceso, hecha en el año 2000, niega también la posibilidad de un cambio de régimen legal, dado que dejarlo libre sería, citando nuevamente la expresión del perito “como abandonar a un niño a su propia suerte”.

En estos textos se mezclan dos discursos, característicos de la psiquiatría: el de la tutela y el de la sanción. Los argumentos puestos en esos exámenes para justificar la permanencia de I en el sector de tratamiento tienen un carácter supuestamente tutelar, lo que lleva al absurdo la distancia entre esos propósitos con la realidad institucional del periciado, ya que resulta imposible pensar que un espacio manicomial-prisional como el aquí analizado pueda servir de protección para un sujeto portador de una supuesta incapacidad psíquica y social.

Pronunciándose estas pericias en la dirección de una supuesta defensa de la sociedad —como es el caso de las sanciones de peligrosidad— o en defensa del sujeto —como sería este caso—, las consecuencias institucionales son las mismas.

J: familiarmente peligroso

J nació en el año 1939. En la época que comenzó su trayectoria institucional por presidios y hospitales psiquiátricos vivía en la ciudad de Ceilandia, Distrito Federal. Era casado y con dos hijos. Nacido en el nordeste brasileño, no completó el ciclo primario ni tuvo profesión conocida o empleo estable.

En 1975 le disparó a una persona sin motivo aparente, matándola. En ese momento, J acababa de salir de una internación psiquiátrica. En los diez años anteriores, J había sido internado varias veces.

A pesar de haber ingresado en el sector de tratamiento psiquiátrico en 1977, la primera pericia que constaba en su proceso era

del año 1986. En la misma es considerado paranoide, teniendo su cuadro cronificado y sin cesación de peligrosidad. Al año siguiente, J es descrito como ansioso y delirante, siendo considerado por esto paranoico, por lo cual se sugiere su internación.

En la pericia del año 1988, el periciado se mostraba ansioso y delirante. En la opinión del perito, era portador de una psicosis crónica y aún peligroso. En la pericia siguiente, de 1989 J parece haber mejorado, estando supuestamente compensado a pesar de su cronificación. No obstante, continuaba siendo considerado peligroso.

La próxima pericia que constaba en el proceso había sido realizada en el año 1994. En esos seis años transcurridos desde el examen anterior, J parece haber empeorado: es descrito como portador de un compromiso psíquico irreversible de todas las funciones y enfermo mental crónico, más precisamente, esquizofrénico en fase residual.

En la pericia realizada en el año 1995 hablaba incesantemente y se mostraba poco cooperativo y lúcido, con delirios y alucinaciones. El diagnóstico es el de mitomanía y esquizofrenia paranoide, con continuidad de su peligrosidad.

En 1996 se repite la descripción sintomática y el diagnóstico. El hijo de J, que acababa de salir de la prisión en la época, lo aceptaría en su casa, pero su esposa no estuvo de acuerdo. El periciado tenía dos hermanos, también presos. Su padre también había pasado un largo tiempo en la prisión.

En 1998 las alucinaciones cesaron pero, según la pericia, continuaba delirando. En ese texto fue declarado el fin de su peligrosidad, desde que tuviese acompañamiento familiar. La pericia del año 1999 repite esas consideraciones.

En el año 2000 fue liberado, pero no compareció al tratamiento indicado y amenazó a su familia, hecho por el cual volvió a ser recluido en el sector de tratamiento psiquiátrico. La pericia del año 2001 repite las consideraciones anteriores, con la diferencia de que ahora es considerado nuevamente peligroso. La última pericia, hecha en el año 2002, mantiene ese diagnóstico y recomienda la administración de medicación por vía inyectable.

J pasó una gran parte de su vida en instituciones psiquiátricas o penales, todas ellas supuestamente destinadas a su tratamiento y reinserción social. No obstante, desde el año 1986 las pericias

lo consideran cronificado, mostrando así el verdadero papel que esas instituciones cumplen y sus efectos.

El estigma de la peligrosidad lo acompaña desde su ingreso en esos circuitos psiquiátrico-legales. Esa condición se mantiene inalterable a pesar de que el periciado tendría, según el examen hecho en el año 1994, un compromiso profundo e irreversible de todas sus funciones.

Con 64 años de edad, J sólo puede ser definido por el discurso que lo determinó durante la mayor parte de su vida: el de enfermo mental y peligroso.

Este sujeto integra una familia que tuvo a padres, hijos y nietos presos –el padre del periciado, sus dos hermanos, su hijo y él mismo–, siendo su relación conflictiva con la justicia, común también a su entorno.

Zuleta (2001) destaca que en *Don Quijote de la Mancha un nuevo sentido* para la aventura el hecho de que el personaje tiene su vida determinada por un texto, el de la caballería antigua, que lo constituye como sujeto e incluye su delirio dentro de una lógica de acción, identidad y pertenencia. De forma involuntaria y menos épica J tuvo su existencia determinada por un discurso jurídico-legal, sin chances de construir otro destino que el de la cronificación y reclusión.

Otros discursos, las mismas prácticas: el Manicomio Judicial Heitor Carrilho de Rio de Janeiro

En 1929, la población del Manicomio Judicial Heitor Carrilho de Río de Janeiro estaba constituida por 21,4% de esquizofrénicos; 21,4% de psicóticos alcohólicos; 18,2% de oligofrénicos; 8,2% de paralíticos en general; 5% de sífilíticos cerebrales y 6% de otros tipos de psicóticos, siendo que el 8% no eran considerados alienados. De este total, 22% de los sujetos fueron procesados por vagabundos (Carrilho, 1930). En esta primera época, el Manicomio Judicial era descrito como el lugar de reclusión de los terribles, de los incorregibles, de los amorales constitucionales, teniendo como propósito ofrecer a esa población la “[...] ortopedia moral de la que carecen” (Carrilho, 1931 : 30).

De uno de estos sujetos, un perito opinaba que “[...] su fisonomía refleja de algún modo su simplicidad mental que recuerda, hasta cierto punto, a los individuos del campo” (Carrilho, 1930 :

107). Esta consideración por el origen social del periciado aparece también en otros exámenes del mismo año, en la preocupación de uno de los peritos por el efecto que un libro como la Biblia puede causar “[...] en individuos incultos carentes de sentido crítico” (153).

La peligrosidad de esta población –definida también en una época como temibilidad– está relacionada con una inclinación natural al mal, que en los casos de alcoholismo constituía “[...] un peligro individual y social” (Carrilho, 1931 : 35).

Los exámenes de aquella época dan especial atención a los signos somáticos de degeneración, como la distribución irregular del vello corporal y los dientes o la forma de los pabellones auriculares.

En una pericia del año 1934, el perito destaca la ineficacia de las penas aplicadas a aquel tipo de sujeto que “[...] vive en constante repugnancia al esfuerzo” (Carrilho, 1934 : 23), merecedor por esto de medidas de seguridad. En uno de los sujetos sometidos a peritaje, diagnosticado como portador de hemiplejía orgánica, se destaca el hecho de que “[...] pasó a frecuentar mujeres de vida dudosa” adquiriendo “[...] el hábito de entrar en casas de bebida” (54).

En el año 1937, el doctor Bourgois de Mendonça pone como propósito de la psiquiatría la profilaxia de la criminalidad, y la necesidad de actuar contra los “[...] bandidos de origen étnico, económico-social y patológico” (de Mendonça, 1937 : 15). Por eso, Nobre de Mello considera necesario que el “[...] delincuente sea encarcelado, no por lo que ha hecho, sino por lo que es” (1937 : 30).

En algunos exámenes se afirma la relación entre sífilis y tuberculosis como origen de perturbaciones psíquicas y de conductas antisociales.

Algunos relatos sobre los hechos que llevaron a los sujetos a involucrarse con la justicia llaman la atención. En el año 1939 una persona recurrió a la delegación policial para denunciar que se sentía perseguida, y en una discusión posterior con los policías acabó siendo herida por un disparo. El examen consideró a este sujeto como inimputable, no dejando claro cuál fue el crimen cometido.

En el mismo año, en uno de los textos se destacan, en el campo jurídico, “[...] las reformas provocadas por la revolución fascista en Italia” (Carrilho, 1939 : 99).

Dos años después, un artículo que intenta profundizar la cuestión de la responsabilidad criminal de los sujetos se preocupa

por recordar “[...] que un indio bárbaro puede ser inteligente” (Carrilho, 1941 : 86). Otros sujetos periciados no merecen tantas consideraciones, ya que el examen verifica que “[...] su hábitat natural es la escoria y sus compañeros son todos maleantes y alborotadores” (161). Sobre esta misma población se afirma que “[...] tienen encarnado el espíritu de la mentira y de la astucia” (Duarte, 1940 : 96).

Intentando descubrir la etiología de estas alteraciones morales se realizó, años más tarde, una consideración sobre la tuberculosis y la conducta delictiva, llegando a la conclusión de que el delincuente tuberculoso puede transformarse en un “[...] oportunista con el sentido moral afectado”, siendo que esta enfermedad “[...] da una cierta perversidad al individuo”, observando también que en ellos “[...] el sentido religioso decae o disminuye” (Arruda, 1959 : 27).

Otras causas externas podrían concurrir para generar este tipo de conducta y personalidad, como por ejemplo el uso de marihuana, considerada una “[...] planta asesina que libera la agresividad natural del hombre” (Arruda, 1959 : 62).

Las pericias realizadas en el Manicomio judicial Heitor Carrilho de Rio de Janeiro, y las consideraciones anexas a las mismas, permiten establecer proximidades y familiaridades con las pericias realizadas entre los internos del sector psiquiátrico de la Coméia, del Distrito Federal brasileño. Esta proximidad tiene que ver con el matiz jurídico de los discursos utilizados en ambos casos, cuyos propósitos generales los aproximan a un vago principio de defensa social contra la supuesta amenaza presente en la locura, coincidencia esta que permite poner en un segundo plano las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados en cada institución y época. Las prácticas comunes de reclusión y de aislamiento dirigidas a ambas poblaciones parte de este supuesto. El análisis de estos mecanismos discursivos - institucionales será objeto de estudio en el próximo capítulo.