

Capítulo 6

Experiencias y alternativas de cambios institucionales

En *La Divina Comedia* (Alighieri, 1973), el poeta Virgilio guía a Dante por los sucesivos niveles infernales, mostrando las formas de castigo reservadas por los códigos divinos a los pecadores. Lo expuesto en este texto muestra una forma de castigo más terrenal, reservada por la sociedad a aquellos que cometieron el pecado de ser pobres, portadores de trastornos psíquicos e infractores a la ley. A diferencia del infierno de Dante, las instituciones responsables de vigilar y castigar a esas personas –en cuanto creaciones humanas– pueden estar sujetas a discusiones y cambios. En este último capítulo se abordará esta discusión.

Con este propósito, se analizan las observaciones realizadas en instituciones de Colombia y Brasil, tanto carcelarias como manicomiales, y algunas propuestas de cambio desarrolladas tanto en el aspecto de la intervención como en el plano político-legislativo, en ambos países.

En particular, en el ámbito brasileño, se consideraron la visita realizada al Hospital Penal de la ciudad de Curitiba, en el marco de una evaluación realizada a pedido del Ministerio de Salud de Brasil; los documentos e informes que muestran la experiencia del Programa de Atención Integral al Paciente Judicial Portador de Sufrimiento Mental Infractor del Estado de Minas Gerais (PAI-PJ); las propuestas de cambios legales e institucionales expresadas primero en la Resolución Interministerial número 628, reemplazada más tarde por la número 1777, en las que se disponen modificaciones específicas para la población en cumplimiento de medidas de seguridad, y la propia experiencia de interacción con

la principal institución objeto del análisis hasta aquí realizado: el sector de tratamiento psiquiátrico de la cárcel de Coméia, del Distrito Federal brasileño. Se incluyen también las discusiones y aportes surgidos del frecuente diálogo establecido frecuentemente, con los colegas del área psicosocial del Tribunal de Justicia del Distrito Federal, preocupados y comprometidos con cambiar la situación de esta población.

En Colombia, se consideraron las visitas realizadas al Hospital Psiquiátrico de Cali y a la cárcel de Villahermosa. Estas instituciones se visitaron en dos oportunidades –la primera en el año 2001 y la segunda en el 2010– así como las entrevistas realizadas a funcionarios del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional Penitenciario –INPEC– de ese país.

Hacia la construcción de un instituyente

El análisis de la información, surgida de las pericias analizadas, permitió entender cómo se constituye la figura del *loco peligroso* en torno al infractor a la ley considerado penalmente inimputable. Junto a la construcción de esa identidad, determinados discursos e instituciones justificaron una forma particular de tratamiento institucional para esa población basada en la reclusión y la exclusión social.

La psiquiatría, en su versión más tradicional y organicista, y el derecho penal se articulan para este propósito en torno al operador discursivo-institucional de la peligrosidad, base fundamental de esa estructura.

Esa articulación de discursos e instituciones constituye lo que el análisis institucional denomina como instituido. El análisis institucional, considerado como propuesta de intervención transformadora de los colectivos e instituciones, no se limita a establecer un diagnóstico de la situación de la realidad de la cual trata, procurando también construir alternativas transformadoras de esa realidad.

Ese proceso de transformación denominado instituyente, es entendido como “[...] la contestación, la capacidad de innovación y, en general, la práctica política como signifiante de la práctica social” (Altoé, 2004 : 47).

Esa definición comprende una dimensión clínica, ya que la transformación de las instituciones, en tanto matrices de subje-

tivación, abren también el espacio para la afirmación de nuevas formas de subjetividad.

Las prácticas instituyentes y libertarias que el análisis institucional impulsa han manifestado una cierta insistencia en el análisis y las propuestas de transformación de las denominadas instituciones totales por ser, en general, las más representativas del modelo social que las constituye y legitima, y por expresar las peores formas de maltrato y reduccionismo de las capacidades subjetivas de los sujetos que por ellas transitan.

Para la construcción de un instituyente, el análisis institucional no define fórmulas ni modelos, apenas destaca que ese proceso de transformación debe considerar a los actores y sectores institucionales interesados, junto a los cuales se construye esa propuesta. Esa construcción tiene un carácter político y debe, por lo tanto, considerar una temporalidad necesaria en su acción relacionada a las condiciones institucionales que la permitan.

Estas consideraciones generales permiten también distinguir, a la hora de intervenir en una institución de este tipo, entre el campo de análisis y el campo de intervención. El primero hace referencia a las condiciones generales, de carácter social y cultural que permiten y sostienen determinadas prácticas y discursos institucionales. El segundo comprende el espacio institucional y grupal donde la misma transcurre. Estos campos se interpenetran y condicionan mutuamente, pero la falta de discriminación entre ambos puede llevar a perder de vista los verdaderos motivos de la existencia de esas prácticas y discursos o a plantear propuestas muy amplias de transformación que, por situarse más allá de las condiciones reales de modificación del contexto inmediato, solo conducen a la decepción y el quietismo.

La situación en Brasil. Curitiba: los límites del discurso médico

El Complejo Médico Penal de Curitiba albergaba en el año 2003 a 240 sujetos, la mayoría de ellos cumpliendo medidas de seguridad. La estructura del hospital había pasado recientemente por un ciclo de reformas y ampliación que incluyó la construcción de nuevas salas de atención médica y odontológica y la mejoría de los pabellones de internación. Junto a esas reformas del predio, se ampliaron también las formas de atención y tratamiento a la

población, que pasaron a incluir actividades recreativas y laborales, casi inexistentes hasta entonces.

La población allí internada había sufrido un aumento significativo a partir de estas reformas, ya que la justicia consideraba que el lugar podía ahora albergar a más personas en mejores condiciones.

En la visita realizada en el interior de los pabellones, fue posible asistir a una escena común a otros hospitales de custodia y tratamiento, y a los manicomios en general: internos acostados en sus camas, muchos de ellos con señales de impregnación medicamentosa y cronificación institucional.

En uno de los patios, una de las internas había sido sentada en una silla para su “baño de sol”. Esa caracterización objetal –haber sido sentada– se ajusta a la realidad: esa interna tenía el cuerpo paralizado por un derrame cerebral reciente, presentando un estado casi vegetativo. A pesar de ese estado continuaba presa, recibiendo apenas, como beneficio adicional, esa salida al patio en función de su condición física. Por estos motivos, Gofmann considera que, en la visión del equipo dirigente de las instituciones totales “[...] las personas pueden adquirir características de objetos inanimados” (1961 : 78).

Uno de los psiquiatras de esa institución, en una conversación informal, se manifestó a favor de los criterios de peligrosidad que determinan el tratamiento institucional otorgado al portador de malestar psíquico infractor a la ley. Consultado sobre los motivos que fundamentaban esa posición, respondió que estaba de acuerdo con la reclusión de esa población porque no le gustaría encontrarse en la calle con ninguno de esos sujetos.

Esa experiencia de cambios acontecida en el Complejo Médico Penal de Curitiba permite percibir los límites del discurso médico y los riesgos de limitar también las propuestas de transformación de esos espacios institucionales a la simple ampliación y mejora de la estructura física del local y la implementación de algunos servicios de salud.

La transformación de un ambiente prisional en manicomial, mantiene inalteradas algunas cuestiones institucionales, como la cronificación de los sujetos y su identificación como peligrosos, manteniéndolos dependientes de los exámenes de cesación de peligrosidad para su reinserción social. Esa cesación de peligrosidad, a pesar de la mejora acontecida en algunos aspectos del

tratamiento, continuaba sucediendo aquí con mucha dificultad, sujeta también a otras cuestiones extra-clínicas, como condiciones sociales y familiares, por ejemplo.

Cabe destacar la lógica burocrático-administrativa que permitió aumentar la población internada en este establecimiento basada en un burdo imaginario tutelar que llevó a la justicia a pensar que en ese espacio algunos sujetos estarían mejor que en cualquier otro.

A pesar de la presencia de algunos símbolos de la medicina, como instrumentos clínicos y batas, este espacio seguía siendo prisional “pintar los barrotes de blanco”, darle rostro de hospital a un dispositivo carcelario, no contribuye para construir los cambios institucionales necesarios si no se consideran cuestiones anteriores y más amplias. El discurso médico-psiquiátrico tradicional muestra aquí sus límites, fundamentalmente con relación a la dificultad de abandonar un principio ideológico que, amparado en un supuesto criterio cientificista y objetivo de tratamiento de la enfermedad mental, acaba separando socialmente a los enfermos mentales, considerados peligrosos en función de esa condición.

El PAI-PJ: un punto de partida para pensar cambios necesarios
Desde el año 2000, el Programa de Atención Integral al Paciente Judicial Portador de Sufrimiento Mental Infractor –PAI-PJ– es desarrollado por el equipo psicotécnico del Tribunal de Justicia del Estado de Minas Gerais, Brasil. Ese programa se propone, desde su inicio, establecer una modificación substancial en el modelo de tratamiento dado al *loco infractor* en el ámbito de la justicia de ese Estado.

El equipo de profesionales, responsable por esa iniciativa, estipuló desde el comienzo un punto de ruptura con el discurso psiquiátrico-legal que justifica la reclusión del enfermo mental infractor a la ley. Excediendo el estrecho límite técnico que la designación judicial acostumbra imponer a sus funciones, ese equipo realiza una evaluación particular de cada sujeto que ingresa a las medidas de seguridad, apuntando a la construcción de un proyecto clínico junto a la red pública de salud. El proyecto tiene también una asesoría jurídica que permite encontrar los espacios legales necesarios para cada modalidad de tratamiento. Las familias de los internos son convocadas a hacer parte de ese proceso.

Ese espacio institucional fue conquistado mediante negociaciones con el poder judicial.

El PAI-PJ propone una cuestión fundamental y necesaria: la posibilidad de transformar el hecho criminal en un elemento que puede ser trabajado en una dirección clínica, no con el simple propósito jurídico de conseguir el arrepentimiento del sujeto, y evitar su reincidencia penal, si no por la necesidad de integrar ese hecho a una dimensión simbólica más amplia que permita resituar algunas coordenadas subjetivas en relación a sí mismo y a los otros. Ese reposicionamiento supone que el sujeto portador de sufrimiento psíquico infractor a la ley tiene también preservado su derecho a la salud y puede ser capaz de simbolizar sus acciones, recuperando así un aspecto de su propia subjetividad que quedó sofocado por su acto delictivo. De esa forma, se evita que se prive a los sujetos de aquello por lo cual se hacen reconocer por sus semejantes: la aceptación de la responsabilidad de sus actos.

Los internos del sector psiquiátrico del Distrito Federal brasileño contactados en las visitas, manifestaban su deseo de tener un espacio institucional para hablar del hecho ilegal cometido, reivindicando así su derecho de ser tratados como sujetos con la intención de cuestionar “[...] ese mensaje de peligrosidad que viene del campo del Otro” (Ottoni, 2001 : 11).

Acertadamente, ese programa define el peligro como parte del orden social y capaz de ser representado por algunos sujetos a partir de determinadas condiciones sociales y contextuales, donde los factores psíquicos relacionados son considerados como parte de esa fragilidad social y no como una disposición íntima y permanente.

Este programa toma distancia, así, del riesgo de aproximar su discurso y propósitos al simple análisis de una conducta ilegal considerada como una manifestación sintomática. Este tipo de discurso es muy común en los casos de abordajes jurídico-terapéuticos dados a los usuarios de drogas, en los cuales la intervención se concentra exclusivamente en el consumo, subordinando los objetivos clínicos a los jurídicos.

El mismo imaginario que considera al uso de drogas como acto ilegal-síntoma que habilita una intervención compulsiva, permitiría definir, algunos años atrás, formas especiales de tratamiento para los homosexuales, los adúlteros y los anarquistas, todos ellos representantes de prácticas de carácter íntimo o político, prohibi-

das por la ley. Con relación a este tipo de mecanismos, Basaglia, afirmó que:

[...] lo que se reveló anti-terapéutico y destructivo no fue una técnica cualquiera o un instrumento específico [...] siendo que [...] una nueva técnica en el viejo terreno enmascara contradicciones (Dias Barros, 1994 : 118).

La incorporación del hecho criminal cometido a la construcción de una dirección clínica permite también poner en cuestión la identificación del propio sujeto con la designación de peligroso que el discurso jurídico-psiquiátrico le otorgó. Para ese propósito, se torna fundamental la posibilidad de acceso del sujeto a determinados espacios de circulación social, partiéndose de la idea de que la ampliación del acceso a la experiencia ciudadana contribuye a la salud mental y a la convivencia con el orden social.

Esa elaboración se torna particularmente difícil en el caso de los migrantes pobres, ya que esos espacios de circulación social e intercambio simbólico están, en general, precarizados, al igual que su capital social y cultural. A esto se suman los preconceptos y estigmas que suelen sufrir estas poblaciones.

La necesidad que tiene el sujeto infractor, considerado penalmente inimputable, de elaborar el hecho cometido aparece con singular nitidez en el caso del filósofo francés Althusser, que en un momento de inconsciencia atribuido a su condición de melancólico, asesinó a su esposa Helene. Tres exámenes realizados permitieron determinar su inimputabilidad y lo llevaron a su internación en un manicomio judicial francés.

Una vez internado, escribió su obra *El porvenir es largo*, en la cual intenta elaborar de alguna forma su crimen, elaboración esta que la medida aplicada imposibilita ya que, según sus propias palabras “[...] es bajo la losa sepulcral del no lugar, del silencio y de la muerte pública bajo la que me he visto obligado a sobrevivir y a aprender a vivir” (1992 : 43). Lo que Althusser demanda es una inscripción en el registro simbólico que le permita evitar la condición de desaparecido –según su propia definición– que el confinamiento psiquiátrico le impuso. Esa limitación que la declaración de inimputabilidad y el tratamiento institucional posterior provocaron no implica suponer que la primera no debería

haber sido aplicada, sino que el segundo debería ser modificado radicalmente.

Es en esa dirección que el programa PAI-PJ intenta transitar, presentándose como una alternativa interesante a la simple práctica de la reclusión, confinamiento y medicalización forzada que se da en la institución aquí analizada y en el resto de los manicomios judiciales y hospitales de custodia y tratamiento. Se inscribe así en una práctica que se propone la rehabilitación psicosocial de esa población, entendiendo que la misma debe promover necesariamente espacios de contractualidad afectiva, económica y relacional que faciliten mejores niveles de autonomía para la vida en comunidad.

Esta experiencia, innovadora y progresista, es en su práctica cuestionadora del núcleo de justificación de la forma actual de tratamiento dispensado a los sujetos penalmente inimputables, pues lo considera, de acuerdo con Ottoni (2001), como un vestigio injustificable del derecho penal de autor. No obstante, ese movimiento institucional es insuficiente para lograr transformar los mecanismos institucionales que llevan a la reclusión y cronificación de los sujetos que cumplen medidas de seguridad en régimen de reclusión. Esa insuficiencia se vincula a la falta de modificaciones en las bases legales que rigen la aplicación de las medidas de seguridad, principalmente de la suposición de peligrosidad atribuida a la población comprendida en esa figura legal.

Sin conseguir alterar esa base, los cambios institucionales quedan sujetos a negociaciones particulares entre las partes interesadas, en este caso el juez y el equipo psicosocial del tribunal. De esa forma, nada garantiza que con una eventual salida del juez o alteraciones en la composición del equipo ese proceso de cambio pueda continuar, considerando que en la aplicación de la ley existe una amplitud de criterios tal que permite a un juez pensar y actuar de forma diferente de otro, sin que ninguno de los dos se distancie de la norma.

En ese sentido, es interesante mencionar la experiencia de Italia, donde la Corte Constitucional, máximo órgano jurídico, afirmó a través de la sentencia 139 del año 1982, la inexistencia de un vínculo directo entre peligrosidad y enfermedad mental en los portadores de trastorno mental infractores a la ley. De esta forma, se abrió el espacio legal para tratar a los sujetos declarados legalmente inimputables en los Servicios Psiquiátricos Territoria-

les y de acuerdo con la estrategia de intervención definida por el equipo terapéutico.

La experiencia del PAI-PJ de Minas Gerais contribuye a un proceso general de cambios en la situación de la población penal considerada inimputable por el hecho de constituirse como una práctica alternativa con relación a la forma de tratamiento que recibe generalmente esta población, estableciendo en ese espacio institucional otra hegemonía discursiva en torno a los supuestos y representaciones que la significan. Sin la conquista de una nueva hegemonía discursiva, el simple cambio en la ley y las disposiciones administrativas sería también insuficiente.

La situación legal e institucional en Brasil y en el Distrito Federal: espacios de construcción de alternativas

La situación de los sujetos que cumplen medidas de seguridad en Brasil ha sido objeto de críticas por parte de muchos sectores, entre ellos los Consejos de Psicología, ONGs, profesionales de la salud mental, y el área de Salud Mental y el Programa Nacional de DST/AIDs,⁷ dependientes estos últimos del Ministerio de Salud brasileño.

Esas críticas fueron manifestadas en la Conferencia Nacional de Salud Mental realizada en Brasilia en diciembre del año 2001 que, bajo el título *Cuidar sí, excluir no*, trató de los derechos de los portadores de enfermedad mental. En particular, la relatoría del grupo de trabajo que se ocupó de la situación del Distrito Federal destacó la necesidad de otorgar servicios de asistencia y residenciales para los sujetos con la cesación de peligrosidad decretada.

El Seminario para la Reorientación de los Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico, realizado en Brasilia en el año 2002, sugiere en su informe final la necesidad de integrar esas instituciones a las directrices generales de la reforma psiquiátrica así como la creación de un registro nacional para el control y seguimiento de las personas en medida de seguridad. Experiencias como las del PAI-PJ de Minas Gerais fueron destacadas como ejemplo de la posibilidad de tratar a los portadores de enfermedad mental infractores a la ley desde otros dispositivos que no sean los de la reclusión y la exclusión social.

7 Responsable de la prevención y el tratamiento al VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual, principalmente en poblaciones vulnerables.

En ese seminario fueron elaboradas varias propuestas a partir de tres grupos de trabajo, entre ellas la substitución de las medidas de seguridad por medidas de tratamiento; el fin de los exámenes de cesación de peligrosidad; la creación de un programa de deshospitalización de la población interna en manicomios judiciales; la exclusión del concepto de presunción de peligrosidad del código penal brasileño y la necesidad de promover esfuerzos para descriminalizar el consumo de drogas. Esas propuestas no fueron llevadas adelante posteriormente.

En el Distrito Federal en particular, el equipo psicosocial del Juzgado de Ejecuciones Criminales es un constante articulador de creación de espacios de discusión e interlocución en torno de este problema, desarrollando también un trabajo constante de sensibilización del juez responsable por el sector de tratamiento psiquiátrico que permitió conseguir la progresión de régimen legal de muchos de los internos. Por otro lado, el propio lugar institucional de ese equipo, integrado al ámbito de la justicia y subordinado al juez, dificulta y limita sus espacios de crítica y acción transformadora.

Los técnicos del Juzgado presentaron, en noviembre del año 2000, una propuesta de cambios para este sector de tratamiento que consistía fundamentalmente en la contratación de un equipo permanente de salud para esa población –integrado por profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y farmacia– así como la capacitación de ese equipo y de los agentes penitenciarios. Esa propuesta destacaba también la necesidad de introducir cambios en la estructura del lugar, a través de la adquisición de mesas, sillas, sofás y de una estufa que les permitiera a los internos preparar sus comidas en grupo. Con relación al tratamiento, se sugirió la realización periódica y continuada de actividades terapéuticas y de capacitación, así como la creación del Abrigo Fénix –institución de tratamiento a portadores de enfermedad mental– como alternativa de alojamiento para los sujetos con cesación de peligrosidad ya otorgada y sin apoyo familiar o social.

A esa propuesta fue anexada una exigencia del Ministerio Público del Distrito Federal, que requería la realización inmediata de exámenes de cesación de peligrosidad a los internos del sector psiquiátrico y su traslado, para tratamiento, al Hospital São Vicente de Paula de la ciudad de Taguatinga o al Instituto de Salud Mental del Distrito Federal.

Junto a estas iniciativas, el equipo psicosocial del Juzgado propuso también establecer convenios con instituciones de salud donde los internos pudiesen desarrollar actividades terapéuticas, establecer proyectos terapéuticos individualizados que permitiesen rescatar la singularidad y la historia de cada sujeto, realizar desinternaciones parciales y progresivas por medio de salidas especiales y restablecer el vínculo familiar de aquellos sujetos que lo perdieron.

En este sentido, el programa Vida en Casa, dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se ocupa de hacer visitas domiciliarias a aquellas familias en donde uno de sus miembros precisa de tratamiento y cuidados continuados en salud mental, por lo que podría complementar estas iniciativas anteriores.

Junto a esto, la implementación del Programa de Vuelta a Casa, instituido por la ley 10708/2003, que incluye a los internos del sector psiquiátrico del Distrito Federal entre sus beneficiarios específicos, facilitaría esta perspectiva de reinserción social. Ese programa otorga un auxilio-rehabilitación psicosocial con el valor de un salario mínimo para asistencia, seguimiento e integración social de los portadores de trastorno psíquico internados en unidades de salud u otras instituciones.

Esta serie de propuestas, ambiciosas y bien elaboradas, así como las surgidas en una reunión organizada por el Ministerio Público en el año 2001 junto a la ONG Inverso del Distrito Federal brasileño para discutir los cambios necesarios en el sector psiquiátrico, acababan chocando con el desinterés del gobierno local, cuyas políticas mantenían un tono extremadamente conservador. Los profesionales de la salud mental que trabajan en el Complejo Penitenciario de la Papuda del Distrito Federal brasileño, pertenecen a la Policía Civil y trabajan con chalecos identificadores de esa filiación institucional, lo que muestra de alguna forma el imaginario que atraviesa al tratamiento otorgado a la población penitenciaria –dentro de la cual se inscriben, de hecho, los internos del sector de tratamiento psiquiátrico–, más relacionado a la custodia que al tratamiento.

También opera como límite para esas propuestas la imposibilidad de problematizar, a nivel local, los presupuestos generales que dominan el tratamiento institucional dado a los sujetos infractores a la ley considerados penalmente inimputables, principalmente la obligatoriedad de la realización del diagnóstico de peligrosidad. A

partir de ese límite, es válido discutir lo que puede ser hecho con esa población después de que ingresa en ese circuito psiquiátrico-jurídico, pero no es posible poner en cuestión los fundamentos institucionales que la caracterizan.

Por otro lado, la demanda por cambios en el tratamiento institucional a los sujetos que cumplen medidas de seguridad es siempre hecha por otros; los propios sujetos no tienen una forma de expresión y demanda, bien sea a través de rebeliones, como en el caso de los presos comunes o por la acción de los familiares, que en la mayoría de los casos no están interesados en la situación.

De esa manera, el interés por la ejecución de esos proyectos de reforma está limitado a espacios de acción que tienen poca proyección y visibilidad política, lo que permite que el gobierno pueda tomar distancia de esta cuestión.

En el plano nacional, las propuestas de modificación de esa situación institucional encuentran también una serie de dificultades. Por ejemplo, en el año 2002 fue sancionada la Resolución Interministerial Número 628, que dispuso la desinternación progresiva de los sujetos en cumplimiento de medidas de seguridad dentro de un plazo de cuatro años. Esa resolución fue posteriormente substituida por la 1777 del año 2003, que mantuvo las directrices generales de la primera, pero destacando que la situación de esa población debería ser objeto de una legislación específica.

Esa cuestión, la necesidad de una ley específica que trate de las medidas de seguridad, representa también la dificultad de encuadrar a la figura del sujeto declarado penalmente inimputable dentro de una estrategia política e institucional de transformación de carácter más amplia. Esa estrategia debe considerar necesariamente la discusión de una modificación legal e institucional que elimine el supuesto de la peligrosidad del infractor a la ley portador de trastorno psíquico y los mecanismos institucionales asociados que determinan esa condición.

La ley brasileña 3657 / 89 trata de la ciudadanía de los enfermos mentales y los nuevos modelos de cuidado y tratamiento, basados en el paradigma de la reforma psiquiátrica. Esa ley no considera la situación de los sujetos que cumplen medida de seguridad, limitándose a discutir cambios en el ámbito de la ley civil, no de la ley penal.

De esa forma, se percibe que la exigencia de especificidad de los ámbitos de reclusión de la población psiquiátrico-penal, hecha históricamente por la psiquiatría en función de una supuesta diversidad de esa población, se traslada también a una indefinición sobre la táctica política a seguir para la construcción de alternativas. Las medidas de seguridad y los infractores a la ley considerados penalmente inimputables deberían ser objeto de una legislación específica según la resolución 1777, que no había sido establecida o sugerida, quedando así esa población definida de forma implícita por su condición negativa: cuando se habla de presos, son considerados locos; cuando se habla de locos, son encuadrados como presos. Así, continúan siendo “[...] condenados al limbo jurídico, donde el hecho substituye al derecho, que se diluye en formas indefinidas” (Andreucci, 1981 : 57).

En ese imaginario se inserta la retirada parcial de la cuestión de los manicomios judiciales de la resolución 1777 con relación a la propuesta anterior de la resolución 628. De esta manera, se pierde parcialmente el espacio de movilización política construida en torno a la aprobación de esas disposiciones legales, en función de una reivindicación futura que es, en alguna medida, discursivamente subsidiaria del modelo que pretende criticar.

La necesidad de la construcción de nuevas políticas y marcos legales que delimiten de forma clara los límites y atribuciones de las prácticas y discursos jurídicos y terapéuticos se torna necesaria, principalmente con relación a la situación actual de los usuarios de drogas, población particularmente sujeta a ser víctima de medidas de seguridad y otro tipo de sanciones de carácter jurídico-terapéutico.

En este sentido, las estrategias de prevención y tratamiento denominadas de reducción de daños ofrecen un punto de afirmación institucional y teórico interesante para discutir otro tipo de enfoque sobre el fenómeno del consumo de drogas. Las políticas de reducción de daños se caracterizan por no considerar al usuario de drogas como un enfermo que precisa de tratamiento compulsivo ni como portador de una enfermedad crónica e irreversible sobre la cual debe ser aplicada una terapia basada en la simple abstinencia. Considerando la opinión de los propios usuarios, se construyen desde esta perspectiva, estrategias de intervención que apuntan a disminuir los posibles daños derivados del consumo de drogas, como la exposición a la infección por el virus del VIH/

Sida, resultado del uso compartido de jeringas y otros instrumentos utilizados para consumir de forma grupal o las prácticas de sexo desprotegido.

De esta manera, esa forma de intervención enfrenta a los discursos comprendidos genéricamente dentro del espacio político de la “Guerra a las Drogas”, que entiende el consumo de drogas como una amenaza y un flagelo social y al usuario como un objeto de intervención de estrategias jurídico-terapéuticas. La asociación entre uso de drogas y peligrosidad tiene mucho que ver con esa construcción ideológica actual, que reconoció otras formas a lo largo de la historia.

Dentro de esa lectura, y en relación con los sujetos que cumplen medidas de seguridad, se puede afirmar que una política de reducción de daños dirigida a esa población debería reducir los daños derivados de la administración brutal y continuada de medicación psiquiátrica, que contribuye en buena medida para su cronificación institucional. De esa forma, se evita que la cuestión de la salud se torne presa de una trama de polaridades del tipo normal-enfermo, imputable-inimputable, inocente-culpado (Saunier, 1997).

La reducción de daños es una política oficial del Ministerio de Salud brasileño que se viene afirmando y creciendo a pesar de las resistencias de los sectores más conservadores del poder político y judicial. A partir de ese discurso y de los espacios institucionales y políticos conquistados, es posible también cuestionar la propia existencia de los manicomios judiciales y de las instituciones afines.

En definitiva, algunas propuestas de intervención, como la del PAI-PJ y los cambios legales en torno al tratamiento otorgado a la población penitenciaria en materia de salud, permiten pensar que en Brasil algunos cambios positivos se vienen sucediendo, que involucran directa o indirectamente a la población en situación de medida de seguridad.

Así mismo, las reiteradas indicaciones del Colegio de Psicólogos de Brasil, en el sentido de advertir a sus afiliados sobre la inconveniencia ética de realizar exámenes que apunten a determinar la supuesta peligrosidad de un paciente mental o un infractor a la ley, señalan que esa práctica forense muestra cuestionamientos severos y legítimos, que le merman legitimidad.

Cabe renovar las alertas para las formas de tratamiento a usuarios de drogas, tanto en comunidades terapéuticas como en

los modelos de Justicia Terapéutica aquí descritos. En esos espacios se perpetúan y renuevan los supuestos de peligrosidad y necesidad de defensa social contra sujetos “anormales”, como sucede con el tratamiento institucional de los sujetos en situación de medida de seguridad. Una versión empobrecida, obsoleta y confusa de tratamiento moral pineliano circula en estos espacios institucionales, mezclada de forma diversa con discursos religiosos de redención y prácticas psiquiátricas medicalizantes.

Los cambios institucionales en Colombia: construyendo un nuevo espacio jurídico-institucional

La situación de los infractores a la ley considerados penalmente inimputables en Colombia fue, hasta hace pocos años, objeto de consideración por parte de profesionales de salud mental y de juristas, siendo estos últimos los que realizaron las críticas más categóricas a los modelos institucionales de tratamiento de esta población.

En el año 1984, en el marco del Primer Seminario Nacional de Criminología realizado en la ciudad de Medellín, se presentaron las conclusiones preliminares de un estudio realizado en el Anexo Psiquiátrico de la prisión de La Picota de la ciudad de Bogotá, sector que albergaba a los presos considerados inimputables.

Salazar (1985) describe los doscientos diagnósticos diferentes aplicados en los exámenes de los sujetos presos en ese sector, que incluían, junto a figuras clásicas como la esquizofrenia o la paranoia, otras caracterizaciones más bizarras como el insomnio, por ejemplo. El tratamiento, basado exclusivamente en la administración forzada y masiva de medicación psiquiátrica, producía la rápida degradación física y psíquica de los internos, lo que llevó al autor a cuestionar el sentido del diagnóstico, ya que ese tratamiento otorgado era el mismo para todos.

La ley colombiana tenía en la época un agravante que dificultaba aún más la salida de los sujetos que cumplían medida de seguridad de las instituciones donde cumplían reclusión: para conseguir la cesación de las medidas de seguridad, debía ser comprobada no sólo la cesación de su peligrosidad, sino también de su patología. Por otro lado, muchos de los internos habían sido enviados de otras regiones del país, no estando prevista la posibilidad de apoyo económico para su retorno a la región de origen lo

que, en la práctica, impedía la salida de muchos de estos sujetos con el alta otorgada.

Así mismo, Salazar destaca que el papel del jurista frente a esta realidad no es intentar resolver la discusión histórica y formal de la diferenciación entre penas y medidas de seguridad, culpabilidad y responsabilidad, sino producir una acción legal concreta de defensa de esa población psiquiátrico-penal. Por este motivo, considera que:

[...] los juristas del mundo entero pueden seguir discutiendo el resto de su vida si la culpabilidad es el fundamento de la pena, pero el Estado mientras tanto sigue reprimiendo con igual fuerza y con igual violencia, con igual eficacia (1985 : 502).

Como producto de esas críticas, y con base en un discurso jurídico que en la época de esas modificaciones tenía un carácter progresista, sucedieron en el año 1993 modificaciones profundas en la forma de juzgar y tratar la inimputabilidad penal de los infractores a la ley.

La Ley 65 de 1993 en su artículo 24, ordena la supresión de los anexos psiquiátricos en las prisiones del país, pasando la responsabilidad por el cuidado y tratamiento de esa población al Ministerio de Salud, estipulando un plazo máximo de cinco años para incorporar ese tratamiento al Sistema Nacional de Salud, como ya fue comentado en el capítulo 2. Un Comité Interinstitucional de Evaluación, creado para ese fin y constituido por representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Justicia, del Instituto Nacional de Medicina y Prácticas Forenses, de la Defensoría del Pueblo y del Instituto Nacional Penitenciario, tuvo el propósito original de asesorar en la elección de los posibles centros de tratamiento para acoger a esa población, así como de evaluar los tipos de terapias utilizadas y los métodos escogidos para conseguir la reinserción social de los sujetos cumpliendo medidas de seguridad. Ese Comité también debía monitorear la adecuada ejecución de los contratos y convenios celebrados con las clínicas y hospitales que recibirían a los internos, los cuales debían ser relocalizados de acuerdo con su origen y condiciones familiares. También se sugirió la creación de Comités Regionales capaces de acompañar de cerca esos procesos, junto al juez y la Defensoría del Pueblo. Todo esto

redundó en la disminución de la cantidad de personas cumpliendo medidas de seguridad en situación de reclusión.

En las visitas realizadas al Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Cali en el año 2001 fue posible constatar el tratamiento recibido por los sujetos que se encontraban cumpliendo medidas de seguridad. Ese hospital contaba con un equipo interdisciplinario reforzado por la presencia de estudiantes en período de práctica de diferentes universidades, los cuales se ocupaban también de la atención de esta población.

El espacio físico disponible era reducido, con seis cuartos y cinco salas de atención, pero el equipo mantenía una rutina de salidas regulares de los pacientes a la ciudad, como parte de un proyecto de reinserción social progresiva, el cual incluía también la intención de restablecer el contacto con las familias.

El total de internos era, en el inicio del año 2002 –época de la última visita realizada–, de 27 personas, todas ellas encuadradas en los estratos sociales uno y dos. La mayoría –16 internos– estaba en esa situación por haber cometido homicidio, 9 de ellos contra personas de su círculo familiar o social. La mayoría –25– eran migrantes. Todos reconocieron haber usado algún tipo de drogas –19 de ellos alcohol, 8 otro tipo de drogas–, según la información disponible en la institución.

Este hospital psiquiátrico combina formas de tratamiento y modelos de atención al portador de sufrimiento psíquico con prácticas manicomiales clásicas, como la administración abusiva de medicación o el uso de *electroshocks* en algunos casos. El hecho de que esta institución sea objeto de una constante depredación por parte de políticos corruptos y sus representantes le provoca frecuentes crisis financieras y gremiales, dificultando la posibilidad de dar continuidad a políticas innovadoras y progresistas.

No obstante, en lo que hace a la población que cumple allí medida de seguridad, las formas de tratamiento practicadas muestran un tono más humanista y superador que el observado en otros espacios institucionales visitados.

Como ya fue dicho, estas modificaciones dispuestas en torno a la situación de los sujetos en situación de medida de seguridad indica también que cada prisión debe contar con unidades de salud mental destinadas al tratamiento de los presos portadores de sufrimiento psíquico lo que en la práctica habilitó la existencia de

espacios de reclusión de sujetos con graves trastornos mentales que acaban, en algunos casos, quedándose en esos sectores especiales más por la necesidad de ser protegidos de los otros presos —por las dificultades de convivencia derivadas de su condición—, que por motivos de tratamiento clínico.

En la prisión de Villahermosa de la ciudad de Cali, fue posible constatar esta situación a través del diálogo mantenido con el director de la institución, entrevistado en el año 2001. En la visita posterior, realizada al anexo de salud mental de la cárcel en el año 2010, esta situación fue confirmada. En ese momento se encontraban en ese sector 38 personas, muchas de ellas presentando señales de grave compromiso psíquico. Una enfermera era la encargada de administrar la medicación indicada por una psiquiatra, siendo su tarea extensiva a otros presos alojados en los patios comunes que también precisaban de medicación de forma regular (un total de 98 sujetos estaban en esta condición).

Un interno, representante de derechos humanos del sector, expuso de forma lúcida y fundamentada las necesidades de los sujetos allí reclusos, que incluían desde la necesidad de contar con una terapeuta ocupacional hasta la revisión de la situación administrativo-legal de muchos de ellos. Así como en el sector psiquiátrico de Brasil, muchas demandas de los internos tenían un carácter fundamentalmente jurídico.

Algunos sujetos estaban allí cumpliendo medida de seguridad. Esta situación es ilegal dado que, como ya fue comentado, la ley vigente prohíbe la presencia de personas declaradas inimputables en las cárceles. Varios internos reclamaron por la lejanía del centro de reclusión con relación a sus lugares de origen y familias, situación que poco contribuye a su reinserción social futura. El lugar parecía en varios aspectos con el sector de tratamiento psiquiátrico del Distrito Federal brasileño, lo que ratifica el riesgo de que este tipo de espacios termine recreando a los antiguos anexos psiquiátricos.

La experiencia por la que pasó Colombia respecto a los cambios en las formas legales y administrativas de las medidas de seguridad y en el tratamiento ofrecido a esta población se mostró como una alternativa interesante, pero insuficiente al considerársela en un contexto más amplio de análisis. La situación precaria de las prisiones colombianas y una política dura de castigos y reclusión ejercida por el Instituto Nacional Penitenciario, permiten que mu-

chos portadores de sufrimiento psíquico aún padezcan condiciones degradantes de tratamiento institucional.

En el territorio difuso ocupado por el portador de trastorno mental considerado legalmente imputable y sujeto a cumplimiento de pena, se instala un espacio institucional que puede acabar substituyendo a los antiguos sectores especiales destinados a los sujetos inimputables. El criterio manicomial que se intenta eliminar en las formas de tratamiento institucional a esta población reaparece en otros ámbitos, lo que indica su relación con prácticas y discursos cuyo imaginario y poder es común a todos los espacios de reclusión en general y reflejo de un mecanismo social más amplio.

El fracaso reciente del intento de punir el consumo de drogas u obligar al usuario a tratamiento, advierte sobre el riesgo de la ampliación de prácticas jurídico-manicomiales dirigidas a esta población en particular.

Algunas reflexiones finales

Legendre afirma que el principio de la razón de una sociedad es la construcción cultural de una imagen fundadora gracias a la cual toda sociedad define su propio modo de racionalidad. Esta construcción “[...] produce un cierto tipo de instituciones, una política de la causalidad, de la que procede el montaje de lo prohibido que llamamos en Occidente el Estado y el derecho” (Sarrulle, 1999 : 38). Este montaje crea un imaginario que permite naturalizar ciertas cuestiones, como la necesidad de exclusión social del loco y la peligrosidad del infractor a la ley portador de enfermedad mental.

Contra este tipo de imaginarios y la estructura institucional y discursiva que lo sustenta se advierte la necesidad de construcción de alternativas institucionales, tarea de difícil realización e indisoluble contenido político. El relativo éxito de las políticas de desmanicomialización impulsadas por Basaglia en Italia se debe fundamentalmente a la correcta lectura realizada sobre el eje de la discusión a mantener, centrada en los aspectos represivos e inhumanos de las prácticas manicomiales.

Para ese fin entonces, es necesario repensar el concepto de locura y de peligrosidad. Cualquier sujeto puede cometer, en determinadas circunstancias, un acto de locura, un acontecimiento que lo desencuadre momentáneamente del orden simbólico. Eso no transforma necesariamente a ese sujeto en una persona peligrosa,

mucho menos en un loco. Por otro lado, la acción sistemática de algunas instituciones y discursos, como las analizadas en esta investigación, muestran su carácter intrínsecamente peligroso.

Los sectores sociales y subjetivamente más fragilizados son las víctimas privilegiadas de esa máquina ciega que no se agota en las instituciones descritas, sino que posee una gran capacidad de regeneración que le permite, como a los monstruos mitológicos después de perder una de sus cabezas, mostrar una nueva faceta y continuar con su propósito. En la funcionalidad social de esos dispositivos de poder reside su verdadera fortaleza y la razón última de su existencia.

La película *Los miserables* (Les Films, 1995), basada en la novela de Víctor Hugo, muestra cómo y por qué ese tipo de institución y discurso pierde legitimidad y espacios de intervención. El protagonista, Jean Valjant, es perseguido incansablemente por un inspector de la policía francesa por un crimen cometido mucho tiempo atrás. A pesar de que en el resto de su vida el fugitivo había dado muestras de honradez y respeto por la ley, el funcionario policial continuó su búsqueda aún en medio de los acontecimientos de la Comuna de París –marco histórico que no es casual– ya que, según sus palabras, quien fue peligroso, siempre lo será. Una vez convencido por la fuerza de los hechos del cambio en la personalidad de Valjant el inspector se suicida, en una bella metáfora de la desaparición de un mecanismo social que parecía agonizar también en la Francia de aquella época.

La lucha contra la existencia de los manicomios judiciales significa entonces sólo una parte de una disputa más amplia. Se coincide con Delgado en que el manicomio judicial es una institución que

[...] por muchas razones no está en expansión, y cuya existencia – triunfo de un pensamiento psiquiátrico-penal dominante – puede ser hoy discutida, es un establecimiento sustituible, y sólo existe porque reproduce la ambigüedad de la propia inimputabilidad (1999 : 225).

No obstante, y conforme a lo discutido, los discursos de la protección social contra la amenaza representada por el “otro” –un otro siempre entendido como radical otredad: loco, pobre, infractor a la ley, migrante, usuario de drogas, etc.– son mucho más

amplios y se manifiestan de varias formas, no siempre mostrando un carácter abiertamente represivo.

En función de la distinción hecha por Guilhon (1980) sobre las instancias de análisis institucional, se puede afirmar que la crítica a los discursos e instituciones que permiten la existencia de los manicomios judiciales y la reclusión del “loco infractor” y la construcción de nuevas alternativas institucionales, significan la posibilidad de cambiar algunas prácticas y dispositivos, pero no alcanzan directamente a las formaciones sociales que los determinan. No obstante, la construcción de estos espacios de cambios parciales contribuye a establecer la hegemonía de un tipo de discurso más comprensivo, democrático y progresista.

Se debe tener en claro aquí que las políticas manicomiales no se limitan a ciertas instituciones, sino que configuran prácticas que pueden manifestarse y extenderse en varios tipos de instituciones y grupos humanos. Estas prácticas mantienen ciertas características generales, posibles de identificar. Entre ellas, se puede destacar el principio de objetualización del sujeto al que las mismas se dirigen –soporte inicial necesario de estas políticas–; la anulación del derecho a la palabra del sujeto o su codificación y clasificación en lógicas antes jurídicas que clínicas; el relegamiento de los factores sociales y culturales; el uso de formas de contención física, como el encierro o la medicación abusiva y la existencia de dispositivos de administración del tiempo y los cuerpos que aplastan la subjetividad de los internos en estas instituciones.

La internación puede ser necesaria en una situación de crisis pero no debe constituirse en un método u objetivo terapéutico en sí misma. En este sentido, es importante tener presente la preocupación de Pinel, dos siglos antes, en el sentido de que una reclusión arbitraria e ilimitada puede contribuir a mantener una apariencia de orden, próxima a la calma de los túmulos y la muerte.

Barton (Delgado, 1999 : 121), describe las características de esos procesos de cronificación, definidos como neurosis institucional y que pasan principalmente por la pérdida de contacto con el mundo exterior, el ocio forzado, la actitud autoritaria de médicos y de profesionales de enfermería, la pérdida de amigos íntimos, propiedades y acontecimientos, la administración de medicamentos y la pérdida de perspectivas fuera de la institución, entre otras.

La aparición de la medicación psiquiátrica permitió, en muchos casos, suponer una droga específica para cada uno de los padeceres

psíquicos establecidos, siendo los manuales del tipo DSM IV los exponentes actuales de esa tendencia. Las causas del malestar psíquico pasan a ser indiferentes para el tratamiento.

Ejemplo de este tipo de prácticas es lo que sucede en algunos dispositivos de atención primaria que, a pesar de estar insertos en un modelo sanitario progresista que reconoce las determinaciones sociales y culturales presentes en los procesos de salud-enfermedad, tramitan determinadas demandas a través de la simple y repetida administración de medicación psiquiátrica, utilizada en general para acallar aquellas demandas y manifestaciones que el propio modelo de atención primaria intenta dimensionar. Para Galende, esos ideales no son apenas de la psiquiatría, sino que pertenecen también a un imaginario social actual que admite desvincular al sufrimiento psíquico de la responsabilidad y de la historia individual y social de cada uno. Sobre ese mismo imaginario avanzan las prácticas curativas que enfatizan el papel de la sugestión y el refuerzo de la personalidad mediante la introspección o la pertenencia a grupos de “iguales” –alcohólicos, divorciados, gordos, etc.–, siendo que esos refugios de la identidad “[...] parecen atenuar como nunca los padecimientos recrudescidos de la alteridad” (Galende, 1997 : 25).

De esta forma, las prácticas manicomiales adquieren una cierta capilaridad que les permite extenderse a diversas poblaciones e instituciones. Bourgois (2010) en un notable trabajo etnográfico realizado junto a usuarios y traficantes de drogas del barrio neoyorquino de Harlem en los años noventa, muestra cómo buena parte de estos sujetos y sus familiares terminaban diagnosticados y medicados como pacientes psiquiátricos a través de una compleja interacción entre trabajo social y psiquiatría, donde la primera operaba identificando una carencia o disfunción familiar y la segunda intervenía diagnosticando y medicando a uno o varios miembros de esas familias, como forma de estabilizar y contener esa disfunción.

De esta forma, es posible ver cómo el simplismo argumentativo que reduce la discusión sobre políticas públicas a la falta de presencia del Estado, equivoca el centro del debate, ya que el modelo neoliberal implica la retirada del Estado de algunas áreas, pero favorece la presencia masiva, invasiva del mismo en otras, con formas particulares de intervención como las aquí descritas, donde la acción penal precede y subordina a las otras.

En este sentido, Bourgois construye una apropiada discusión acerca de si los modelos explicativos basados en la lógica foucaultiana del biopoder, tan de moda en la mayoría de los ámbitos académicos actuales, resultan aquí pertinentes, siendo que estas formas de intervención descritas se basan principalmente en la represión física y la violencia, siendo los otros mecanismos complementarios a estas acciones principales.

Por estos motivos, González Rey (1997) se refiere de forma apropiada a la existencia de sociedades manicomiales, que construyen representaciones particulares y extensas de anormalidad. La proliferación actual de barrios privados, cerrados y cercados por varias formas de control y vigilancia constituyen una forma de defensa contra un “otro social”, sintomática de ese tipo de imaginarios y modelos sociales.

La crítica al funcionamiento de esos mecanismos institucionales pone en cuestión la ética del profesional de la salud mental, que debe asumir frente a los mismos una definición política de las características de su trabajo y un compromiso con el esclarecimiento de las reales causas de su existencia.

En este sentido, se considera que la capacidad de los individuos y grupos de construir y afirmar su identidad histórica contribuye para la construcción de una subjetividad historizada en los sujetos, es decir, una subjetividad:

[...] capaz de dar cuenta de los sentidos de su presente, utilizando las experiencias de su recuerdo y su memoria” siendo que “solo bajo estas condiciones la palabra adquiere su función plena tanto para el individuo como para una sociedad. (Galende, 1997 : 227).

Este enfoque permite dirigir las intervenciones a la integración social y comunitaria de los sujetos, promoviendo redes sociales de contención que posibiliten tramitar situaciones de violencia, desamparo y sufrimiento.

Esta visión amplia también evita los riesgos de determinar grupos de anómalos sociales –adolescentes, usuarios de drogas, infractores a la ley, locos, etc.– que deben ser tutelados o controlados a través de una exigencia de integración institucional a la familia, escuela o trabajo.

Sin considerar esa dimensión socio-política, se corre el riesgo de continuar reproduciendo un tipo de práctica que mantenga los

mismos contenidos ideológicos, a partir de un discurso amparado en nuevos disfraces teóricos, epistemológicos o técnicos.

En el espacio particular de la psicología jurídica, el establecimiento de una ética y de una práctica que puedan coincidir con esos principios es una tarea ardua y aún en construcción. Para esa elaboración, es preciso dimensionar la función última de los dispositivos e instituciones judiciales, que exceden la buena o mala voluntad del magistrado de turno.

Sobre esa diferencia se construyó buena parte de la preocupación de muchos autores en distinguir la psicología forense de la psicología jurídica. De forma un poco general, en la primera se trabaja para la justicia; en la segunda con la justicia, respetando un espacio y una ética particulares. Trabajar con la justicia libera el espacio para la crítica y exige la elaboración de alternativas que incluyan, necesariamente, una visión amplia del fenómeno, mediante la consideración de los mecanismos institucionales presentes tanto en los procesos de establecimiento y marginalización de los presos considerados inimputables o psiquiátricos, como de cualquier otra forma de articulación entre el derecho penal y las disciplinas de salud mental que pueda llevar a judicializar un malestar psíquico o patologizar una conducta infraccional.

La insistente convocatoria actual de la justicia a los profesionales de la salud mental para la atención de determinados grupos o sujetos infractores a la ley, instala el riesgo de vincular los propósitos de la intervención a meros fines jurídicos, siendo la aproximación ficticia de la infracción a la ley con determinados síntomas o patologías el operador teórico que sustenta esa práctica común. Saunier (1997) advierte sobre el peligro de que la búsqueda del reconocimiento de ese “discurso amo” impida entender la alianza implícita que acarrea entre saber y poder.

Cabe aquí mencionar un estudio reciente de Aquino (2008) quien, desde una perspectiva psicoanalítica, enfoca aspectos de la inscripción de la ley simbólica en la subjetividad. La autora considera que la medida de seguridad es una medida de defensa social, partiendo de la atribución de peligrosidad realizada a los portadores de algún trastorno mental. Asimismo, intenta encontrar las posibilidades para una clínica en este contexto, refiriéndose a lo que considera como una fase organizadora/paterna de la justicia-amparo y responsabilización, propiciando la reinserción

social del “loco infractor”. Se relaciona la medida de seguridad y la responsabilización, presentando como especificidad esta oposición inimputabilidad vs. responsabilidad. Al ser responsabilizado, el sujeto es considerado no sólo en su subjetividad sino también en su condición de ciudadano sujeto de derechos.

Apropiadamente, Aquino afirma que la complejidad de la locura “se mezcla en el contexto jurídico-penal con la cuestión de la criminalidad, de la violencia, de la falta de ciudadanía y de la problemática prisional en Brasil. Cuestiones sociales, éticas, y clínicas atraviesan nuestra práctica” (Aquino, 2008 : 136).

La autora destaca la necesidad de ofrecer un espacio de escucha a la singularidad, al entendimiento de la dimensión subjetiva y conflictiva del ser humano. La responsabilización, noción diferente a la de culpabilización, le ofrece al sujeto un lugar posible de reflexión sobre el acto cometido y puede constituirse en una herramienta importante en este sentido, al mismo tiempo que puede contribuir a superar la interdicción legal de los sujetos declarados inimputables. Esta interdicción, de carácter civil, contribuye a expropiar la responsabilidad y el carácter de sujeto de las personas que la sufren.

Esta tentativa de ofrecer otra perspectiva a la intervención del psicólogo en el campo jurídico, diferente a la de la psiquiatría forense, reconoce varios antecedentes. Freud, Winicott, Klein y Abraham, entre otros, ofrecieron diversas explicaciones para la relación entre el psiquismo del sujeto infractor y su acto. En general, las mismas intentaban hallar en la historia del sujeto las causas de su conducta criminal, considerando factores psíquicos, sociales, evolutivos y ambientales.

Lacan, en su trabajo como perito de la policía parisina, estableció una noción clara de los límites de intervención en el campo jurídico:

[...] La búsqueda de la verdad no es por otro lado lo que hace el objeto de la criminología en el orden de los asuntos judiciales, también lo que unifica estas dos caras: verdad del crimen en su aspecto policíaco, verdad del criminal en su aspecto antropológico” siendo que el objeto de la intervención apunta “menos para decir nuestra contribución al estudio de la delincuencia que para fijar sus límites legítimos, y no

ciertamente para propagar la letra de nuestra doctrina sin preocupación de método, sino para repensarla, como nos es recomendado hacerlo incesantemente en función de un nuevo objeto. (1987 : 13).

Para que esta perspectiva de intervención en el campo jurídico encuentre un espacio propicio de desarrollo es necesario que conviva con un derecho penal ajustado a principios democráticos, que debe procurar aplicar soluciones de carácter punitivo de la forma más limitada posible, reduciendo así los niveles de irracionalidad de su funcionamiento. Esta irracionalidad, la propia dirección estigmatizante y parcial de sus prácticas, se relaciona directamente con la agresión general a los derechos humanos que sufre la mayoría de la población latinoamericana, privada de su derecho a una vida digna.

Este principio de intervención mínima del derecho penal excluye, lógicamente, cualquier pretensión de dirigir su acción al tratamiento o a la reeducación de sujetos considerados carentes en el sentido ético, moral o médico.

Cabe entonces insistir, junto a Vasconcelos, en que la interpelación a los profesionales de la salud mental por el respeto a la singularidad del loco propone también a la sociedad la discusión sobre todas las otras formas de exclusión social. En función de esa realidad, cabe afirmar que en sociedades periféricas como las latinoamericanas, en las cuales:

[...] las reivindicaciones emancipatorias en el campo de la subjetividad se combinan aún, necesariamente, con la lucha por garantías mínimas en el campo de la ciudadanía social que nunca fueron conquistadas para la mayoría de la población (Vasconcelos, 2000 : 182).

Estas transformaciones se hacen más urgentes y necesarias “[...] constituyendo un desafío para todo el campo de las políticas sociales” (Vasconcelos, 2000 : 182). Este objetivo más amplio pasa definitivamente por la construcción de una sociedad más justa, la cual garantice un acceso igualitario al poder, la cultura y el saber.