

El acto psiquiátrico forense; la práctica psiquiátrica forense y la elaboración de los significados en torno a la “enfermedad mental” en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Bogotá.

Claudia Yaneth Gálvez Chávez.
Estudiante

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de ciencias sociales
Departamento de antropología
Bogotá
2014

El acto psiquiátrico forense; la práctica psiquiátrica forense y la elaboración de los significados en torno a la “enfermedad mental” en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Bogotá.

Claudia Yaneth Gálvez Chávez.
Estudiante

Ana María Medina Chávez
Directora

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de ciencias sociales
Departamento de antropología
Bogotá
2014

CONTENIDO

	pág
Agradecimientos	
Introducción.	11
Bambalinas: El ensamblaje conceptual del <i>Acto Psiquiátrico Forense</i> , a partir del modelo dramático de Erving Goffman, inscrito al interaccionismo simbólico.	14
Escena 1: La dramaturga/investigadora entra a la escena Del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	24
Escena 2: Descripción de la escenografía del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y psiquiatría forense, regional Bogotá.	33
Escena 3: La puesta en escena del Psiquiatra forense. Encuentro del psiquiatra forense y examinado(a) en la valoración psiquiátrica forense.	41
Escena intermedia: Mi corazón puesto en escena por mí experiencia en campo.	59
Escena 4: La puesta en escena del psiquiatra forense al escribir el informe pericial.	65
Escena intermedia: Aparece el falso psiquiatra forense.	69
Escena 5: La puesta en escena del psiquiatra forense al rendir testimonio en la audiencia pública.	71
Guion: respecto al análisis del Acto Psiquiátrico Forense.	79
Bibliografía.	91

TABLA DE FIGURAS

	pág
Figura 1: Mapa mental numero 1	19
Figura 2: Mapa mental numero 1.1	23
Figura 3: Mapa mental numero 2	40
Figura 4: Juzgado	74
Figura 5: Mapa mental numero 3	90

LISTA DE FOTOGRAFIA

	pág
Fotografía 1: Desorden en la terraza	31
Fotografía 2: Registro del INMLCF, regional Bogotá.	35
Fotografía 3:Guardián del INPEC	37
Fotografía 4: Sala de espera	38
Fotografía 5: Vidrios de accidente	60
Fotografía 6: Muñeca en el camino	62

Agradecimientos.

Quiero agradecer a: Mi familia, especialmente a mi mamá (Sandra Chávez de Gálvez) y a mi papá (Carlos Arturo Gálvez), Profesor Jairo Clavijo, Profesora Ana María Medina, Profesora María Claudia Duque, Profesor Jaime Ramírez, Profesor Carlos del Cairo, Psiquiatra forense y coordinador del grupo de psiquiatría forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) Iván Perea, Psiquiatra forense Nancy de la Hoz y grupo de psiquiatría forense del INMLCF, regional Bogotá.

Agradezco su valioso acompañamiento a lo largo de la investigación y reitero mi respeto a cada uno(a) de ustedes.

Introducción

Este trabajo de grado se focalizó en el quehacer del psiquiatra forense y las elaboraciones que este hace en torno a la “enfermedad mental”¹. La presente investigación implicó una recolección de información en torno al quehacer psiquiátrico forense a través del trabajo de campo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá (Colombia), con el grupo de Psiquiatría Forense y el acompañamiento y la observación del quehacer profesional de algunos de sus miembros, a lo largo de dos años (2010-2012). Además, en este trabajo de campo se registraron cinco “casos” inscritos en solicitudes sobre la capacidad para comprender y autodeterminarse (inimputabilidad) y cuatro “casos” inscritos en solicitudes sobre la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos (interdicción).

La información recolectada en campo fue analizada a la luz del enfoque analítico de Erving Goffman, quien a través del modelo dramático aborda la vida social como una puesta en escena con actores sociales. Mediante dicho modelo, se decide abordar el quehacer psiquiátrico forense como una “actuación” acorde con los términos teatrales, por ejemplo: escena, acto, fabricación, actor, guion y dramaturga. Así, el quehacer psiquiátrico forense se traduce, siguiendo el enfoque analítico, en el acto psiquiátrico forense.

Esta investigación pretende establecer cómo la práctica psiquiátrica forense, y lo que él/ella elabora en torno a la “enfermedad mental”, tiene sentido a partir de la escena en la que dicha práctica se pone en acción. Lo anterior supone tener en cuenta el modelo dramático de Erving Goffman, el cual establece que los actores sociales están inscritos en las escenas según los roles adquiridos y las relaciones que establecen con los otros. En relación a este planteamiento, el acto psiquiátrico forense va más allá del espacio del consultorio para relacionarse con otros actores en distintos escenarios: la autoridad judicial, el examinado (su contexto sociocultural y familiar), etc.

¹ El término *enfermedad mental* será entendido en esta investigación como un concepto o categoría que desde nuestra perspectiva, abre la posibilidad de pensar lo “enfermo”, “perverso” o “loco”, que ha nombrado la sociedad, y que ahora se significará según el contexto del INMLCF y el quehacer del psiquiatra forense.

Sumado a lo anterior, la práctica psiquiátrica forense abarca otros escenarios en los que también se pone en acción; por ejemplo, el escenario de las audiencias públicas, el escenario o escenas traídas a través de las narraciones de los casos y la escena de la sociedad en su conjunto (es decir, el público, quien luego de la regulación por la ruptura del acuerdo social esperaría un desenlace mediante el cual la sociedad podrá recibir una respuesta por parte del psiquiatra forense y del juez, la cual determinará a su vez el futuro del “examinado”).

El acto psiquiátrico forense se integra a partir del ensamblaje de la escenografía, descrito en el capítulo “Bambalinas”, en el que además se presenta el marco teórico que acompaña la investigación; siete escenas (dos escenas intermedias) en las que expongo los datos etnográfico y parte del análisis de la información recolectada en campo; un guion en el que explicó el análisis del acto psiquiátrico forense como conclusión de la investigación. En síntesis, esta obra teatral se conforma, a partir de la siguiente estructura: *Bambalinas*: El ensamblaje conceptual del Acto Psiquiátrico Forense, a partir del modelo dramático de Erving Goffman, inscrito al interaccionismo simbólico. *Escena 1*: La dramaturga/investigadora entra a la escena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Escena 2*: Descripción de la escenografía del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y psiquiatría forense, regional Bogotá. *Escena 3*: La puesta en escena del psiquiatra forense; el encuentro entre éste y el/la examinado(a) en la valoración psiquiátrica forense. *Escena intermedia*: Mi corazón puesto en la escena por mi experiencia en campo. *Escena 4*: La puesta en escena del psiquiatra forense al escribir el informe pericial en la oficina. *Escena intermedia*: Aparece el falso psiquiatra forense. *Escena 5*: La puesta en escena del psiquiatra forense al rendir testimonio en la audiencia pública. Y como “capítulo” para cerrar la obra teatral está la categoría del *Guión* respecto al análisis del acto psiquiátrico forense, el cual incluye una reflexión a partir de mis cuestionamientos respecto a la experiencia de campo, los datos etnográficos y el análisis de los mismos; además de la puesta en escena de la práctica psiquiátrica forense y las elaboraciones conceptuales de estos, a la luz de las relaciones sociales y la vida social.

Aunque la propuesta dramaturgica nos permite analizar el acto psiquiatrico forense desde una perspectiva distinta, la cual se encuentra en el modelo dramaturgico propuesto por Goffman, no nos permite realizar una aproximación a la práctica psiquiatrica forense y las elaboraciones que esta hace entorno a la “enfermedad mental” a partir de enfoques que incluyan la mirada histórica para iluminar la relación entre los actores sociales y la elaboración de significados a la luz de los contextos históricos, sociales, políticos, religiosos, éticos, etc.

Por este motivo, se deja abierta la investigación a otras preguntas o consideraciones posibles de formular a partir de otros enfoques analíticos de las ciencias sociales. Así, la investigación queda abierta a diversos enfoques analíticos con los que se pueda explorar la dimensión histórica de la práctica psiquiatrica forense y las elaboraciones sociales de la “enfermedad mental”, a partir de este actor social inscrito a la sociedad a lo largo de la historia y articulado a otras interpretaciones o actuaciones del acto psiquiatrico forense.

Bambalinas: El ensamblaje conceptual del *Acto Psiquiátrico Forense*, a partir del modelo dramático de Erving Goffman, inscrito al interaccionismo simbólico.

El Acto Psiquiátrico Forense fue ensamblado por los registros recolectados en campo y por la relación establecida entre éstos y el modelo dramático propuesto por Erving Goffman, autor parte de la tradición académica del interaccionismo simbólico, línea de pensamiento que ha sido aplicada a la investigación para el análisis de los nueve casos a la luz de las categorías analíticas de la propuesta de Erving Goffman (ver mapa mental 1, página19): “El interaccionismo simbólico surgió a mediados del siglo XX en Estados Unidos, derivado de las aportaciones sociológicas de la Escuela de Chicago.” (Castro, 2011:59).

El enfoque analítico usado en esta investigación está inscrito a la tradición académica del interaccionismo simbólico como herramienta teórica y metodológica usada para analizar la evidencia empírica recogida en campo por medio de categorías analíticas: “el marco teórico de la escuela de Chicago tiene su origen en la filosofía social del pragmatismo, (...)” (Giddens, 2011:127). El interaccionismo simbólico se focaliza en el encuentro inmediato entre los actores y la evidencia empírica, para analizar la vida social a través de la experiencia: “El interaccionismo simbólico identifica la subjetividad y los efectos derivados de la interacción entre los actores, como el meollo donde debe centrarse la mirada sociológica. Por tanto, los estudios basados en esta perspectiva se preguntan siempre por el significado que tienen las cosas para los individuos y por la forma en que estos significados afectan sus conductas y la interacción de unos con otros.” (Castro, 2011:61).

Es Herbert Blumer quien nombra esta línea de pensamiento interaccionismo simbólico: “Blumer formuló el término de *interaccionismo simbólico* que le dio nombre definitivo a este enfoque, y que busca connotar justamente uno de los postulados centrales de esta perspectiva que gira entorno a “que la interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados” (Castro, 2011; 63). La sociología americana adopta esta tradición académica para analizar el registro empírico a la luz de los encuentros y situaciones que experimentan los actores sociales al estar cara-cara en la vida social.

El interés de los sociólogos americanos por el enfoque del interaccionismo simbólico se mantuvo a lo largo de las generaciones por el uso del enfoque para crear otras interpretaciones de la sociedad; “el interaccionismo simbólico se considera la continuación de ciertas partes del pensamiento y la obra del heterogéneo grupo interdisciplinar de teóricos, investigadores sociales y reformadores sociales de la Universidad de Chicago que ejercieron una influencia determinante en la sociología americana entre 1890 y 1940, la fase de institucionalización de la disciplina.” (Giddens, 2001:115).

El interaccionismo simbólico se convierte en una herramienta metodológica y teórica pertinente para abordar la vida social por medio del registro de la experiencia propia inmersa en una situación compartida con otros, en las que se devela el encuentro del sí mismo y otros actores sociales que participan en el encuentro (ver mapa mental 1, en página 19) : “La interacción social puede definirse en sentido estricto como aquella que se da exclusivamente en las situaciones sociales, es decir, en las que dos o más individuos se hallan en presencia de sus respuestas físicas respectivas. (...)” “esta área cara a cara que puede denominarse el *orden de interacción*, por ponerle un nombre cualquiera-cuyo método preferencial de estudio es el microanálisis.” (Goffman, 1991: 174)

En esta línea de pensamiento Erving Goffman propuso un modelo dramático para registrar la vida social por medio del encuentro cara a cara de los actores sociales: “el mundo es un escenario, nos afanamos y consumimos nuestro tiempo en él y eso es todo lo que somos. Pero ¿cómo es el escenario y quiénes son los personajes que lo pueblan?” (Goffman, 1975:131)”. Erving Goffman muestra en las obras “FrameAnalysis. Los marcos de la experiencia” (Goffman, 2006) y “la presentación de la persona en la vida cotidiana” (Goffman, 2012), el modelo dramático para el estudio de la experiencia en la vida social a través de una similitud de ésta con las obras teatrales puestas en escena por medio de los actores sociales: “ (...) los individuos participan constantemente en *actuaciones*, esto es, en el desempeño de sus roles que llevan a cabo a veces auténticamente, con plena convicción de lo que hacen, y a veces de manera cínica y/o distante.” (Castro, 2011:72).

Erving Goffman enfocó la mirada en la experiencia de los actores inscritos en la vida social, es decir, él se enfocó en la interacción social entre los actores sociales y la inscripción de las prácticas y sentidos que los caracteriza según la sociedad, registrando los quehaceres, gestos, etc: “El marco organiza algo más que el significado; organiza también la participación. Durante cualquier torrente de actividad, los participantes normalmente no sólo adquirirán un sentido de lo que está pasando, sino que también (en cierto grado) quedarán espontáneamente absorbidos, enganchados, cautivados.” (Goffman, 2006: 359).

A partir de esta tradición académica y enfoques analíticos gestados por el interaccionismo simbólico, empieza la sociología y antropología a relacionar el registro empírico con los conceptos de la Escuela de Chicago para analizar experiencias y/o encuentros que se manifiestan en la sociedad : “Eventualmente, el interaccionismo simbólico se convirtió en una de las corrientes más utilizadas dentro de la psicología y la sociología médicas, debido a su enorme potencial para examinar con minuciosidad la interacción social que tiene lugar en torno a los enfermos crónicos, en el marco de la relación médico-paciente, o entre profesionales en las instituciones hospitalarias.” (Castro, 2011:59).

Diferentes estudiosos del comportamiento humano y las sociedades empezaron a considerar el interaccionismo simbólico pertinente para analizar la elaboración de la “enfermedad mental” en relación a las prácticas de médicos y pacientes, los estudios iban desde las relaciones sociales establecidas entre médico-paciente hasta enfoques metodológicos y teóricos para estudiar las relaciones étnicas como lo hizo Eduardo Terrén (Terren; 2001). El interaccionismo simbólico ha sido aplicado en numerosos estudios de las ciencias sociales, estudios dentro de los cuales resaltaré el interaccionismo usado para cuestionar lo concreto y abstracto: elaboración del concepto de “enfermedad mental” por epistemologías instauradas en el conocimiento médico y el modelo positivista-objetivo (Eduardo Calvario), el registro del cuerpo que se experimenta y caracteriza de acuerdo a los sentidos y prácticas establecidas como en el caso del sobrepeso (Piedras; 2012), la focalización en las relaciones sociales entre médico-paciente para analizar los roles y sentidos puestos en acción por ambos (Cortes; 1997) y el estudio hospitalario en Montevideo en el que aplicaron el concepto de las instituciones totales propuesto por Erving Goffman para analizar la cotidianidad y caracterización de las personas internas en el hospital, (Eduardo; 2009).

Eduardo Calvario acerca el interaccionismo simbólico para analizar la categoría de la “enfermedad” según la experiencia de otros inscritos en padecimientos y regulaciones médicas, perspectiva que se enfoca en la experiencia propia para considerar la enfermedad más allá de un análisis objetivo y/o aislado de la experiencia del padecimiento, el autor devela las regulaciones y relaciones sociales que intervienen para elaborar la “enfermedad” desde la perspectiva dominante: “la definición de la situación en las interacciones estará medida por lo que los médicos dictaminen, y por tanto por el aparato institucional de la medicina. La relación médico-paciente se ve claramente desigual” (Calvario; 6).

Otro autor pone de manifiesto por medio del interaccionismo simbólico la importancia de registrar el cuerpo al considerarlo significativo para la experiencia propia y las relaciones sociales inscritas a la vida social, Eduardo Piedras estudio el cuerpo con sobrepeso según el encuentro cara-cara entre los actores y la mirada al cuerpo como “cosa” registrable. Él considera que la percepción del cuerpo está articulada a un patrón de cuerpo establecido por medio de los acuerdos sociales para definir qué y cómo es lo femenino y masculino en la sociedad: “el cuerpo funge como un elemento simbólico mediador en el ámbito exterior e *intersubjetivo* y como trasfondo subyacente en la *estructura del yo*” (Piedras, 2012: 131), la experiencia subjetiva de la persona con sobrepeso pone de manifiesto significados elaborados por los actores sociales entorno a lo que el “sobrepeso” ha significado.

Además del aporte a la elaboración de los esquemas mentales que regulan el comportamiento y la focalización de la experiencia representada en el cuerpo, aparece la importancia del interaccionismo para el análisis concreto de las relaciones sociales entre médico-paciente, Beatriz Cortes registra y estudia esta relación entre médico-paciente entorno a la experiencia del padecimiento y el encuentro con el otro quien emitiría criterios médicos para significar el padecer de la persona, quien se respondería “lo que es” a partir de un “yo” disociado que necesita del otro para caracterizarse. Resalta por medio de la narración de un persona que experimenta una fractura y la regulación médica, que hace parte de la experiencia del padecimiento la relación con los otros, quienes aportan y reorganizan los sentidos entorno a la experiencia que genera ruptura: “La función del médico implica, en el acto de cura, la posibilidad de sostener como *Otro* la reformulación de esa imagen como propia, como articulador de la alteración misma” (Cortes, 1997: 112).

Otro de los usos del interaccionismo simbólico en las ciencias sociales se encuentra en la etnografía de Eduardo Álvarez Pedrosian en el hospital Maciel de Montevideo, él analizó los registros de campo a partir de la categoría de las “instituciones totales” expuesta por Erving Goffman, categoría usada por Eduardo Álvarez para considerar que los hospitales psiquiátricos pueden ser un tipo de “institución total” al posiblemente tener la tarea de deconstruir y construir el “sí mismo” de los actores sociales que interactúan en esas condiciones y situaciones comunes entorno a la “enfermedad”: “En cada hospital nos encontraremos con componentes que lo singularizan y otros que lo conectan a otros campos. Tomar en cuenta todas estas cualidades y procesos etnográficamente formulados, nos ofrece la oportunidad de conocer desde dentro y fuera los fenómenos en cuestión, en la manera en que se crean y recrean las formas identitarias, las relaciones entre las mismas y la forma en que construyen subjetividad en todos los involucrados.” (Pedrosian, 2009:137).

Entre las miradas que surgían con el uso metodológico y teórico del interaccionismo simbólico está también la aplicación de esta línea de pensamiento respecto a las relaciones étnicas como parte de las preocupaciones del enfoque para explorar la urbanización que experimentaba Chicago y analizarla por medio del enfoque analítico del interaccionismo, perspectiva metodológica y teórica que se acercó a las experiencias sociales. Eduardo Terrén se enfocó en las relaciones étnicas a partir de los aportes de R. Park autor parte del interaccionismo simbólico quien abordó la problemática de la migración que vivía Chicago en el proceso de urbanización. La puesta en consideración de las relaciones étnicas abre la posibilidad de re-ajustar la perspectiva sobre las diferentes formas que tienen las personas para comprenderse y establecer las relaciones sociales con otros en el marco de la sociedad: “la diferencia racial no es algo que pueda definirse a priori, sino que sólo adquiere significación sociológica cuando es puesta en relación con una determinada situación y con la definición que los sujetos hacen de ellas y de sí mismo.” (Eduardo, 2001;95).

Figura 1: Mapa mental numero 1



Fuente: Elaboración propia.

Esta tradición académica del interaccionismo simbólico fue el enfoque analítico usado en la investigación para el análisis de los registros etnográficos por medio de la propuesta de Erving Goffman, autor quien a través del modelo dramático fijó la mirada en la experiencia y el encuentro con otros actores para estudiar los comportamientos, relaciones sociales y vida social. Seis categorías fueron usadas para elaborar el Acto Psiquiátrico Forense a partir de escena, acto, guion, fabricación, actores y dramaturgo: “Los fenómenos de la interacción social se desarrollan en un escenario y los participantes pueden considerarse actores porque encarnan personajes al realizar sus roles.” (De erice, 1994:74).

Las categorías analíticas adoptadas del modelo dramático de Erving Goffman (ver mamá mental 1.1 en página 23) se focaliza en los encuentros entre los actores sociales, en los que según el autor se crea una diferencia entre el lenguaje corporal puesto en acción por los actores sociales y el lenguaje expresivo que implica más allá de los gestos, un esquema cognitivo parte del ensamblaje de la actuación. Erving Goffman consideró “el componente expresivo de la vida social como una fuente de impresiones dadas a otros, o recibidas por otros. La impresión fue considerada, a su vez, como una fuente de información acerca de los hechos no manifiestos y como un medio a través del cual los receptores pueden orientar sus respuestas al informante sin tener que esperar que se hagan sentir todas las consecuencias de las acciones de este último.” (Goffman, 2012: 278).

Escena: La escena (marco de referencia) es un espacio-tiempo en el que Erving Goffman encuentra sentido, esta categoría habla de la inscripción de una práctica a un marco de referencia para que ambas adquieran sentido y establezcan relaciones. Usada para analizar el psiquiatra forense inscrito a un marco de referencia: “Cuando un individuo en nuestra sociedad occidental reconoce un determinado acontecimiento, hágalo que haga, tiende a involucrar en esta respuesta (y de hechos a usar) uno o más marcos de referencia o esquemas interpretativos de un tipo que podemos llamar primario. (...) Un marco de referencia primario es aquel que se considera que convierte en algo que tiene sentido lo que de otra manera sería un aspecto sin sentido de la escena.” (Goffman, 2006: 23).

Acto: Esta categoría significa el encuentro (franja) entre los actores a través de la experiencia y las relaciones sociales enmarcadas en la escena. En la puesta en escena del psiquiatra forense se identifican dos encuentros entre éste y los otros actores parte de las relaciones sociales. Primero en la oficina y segundo en la audiencia pública. : “El término franja se usará para referirse a cualquier corte o banda arbitraria de la corriente de actividad en curso, incluyendo en este caso las secuencias de acontecimientos, reales o imaginarios, tal como son vistos desde la perspectiva de aquellos subjetivamente implicados en mantener algún interés en ellos. (...) se usará sólo para referirse a cualquier conjunto amplio de sucesos (cualquiera que sea su estatus en la realidad) sobre los que uno quiere llamar la atención como punto de partida para el análisis.” (Goffman, 2006:11).

Guion: El guion (esquemas cognitivos) tiene la tarea de narrar el contenido y análisis de la actuación, dicho contenido hace parte de los sentidos y herramientas que se tienen para nombrar y comprender una experiencia o situación compartida. El guion recae sobre los esquemas cognitivos que hacen parte de la estructura mental de los personajes e incluso de los esquemas cognitivos que caracterizan los marcos de referencia y el análisis: “Consideramos en su conjunto, los marcos de referencia primarios de un determinado grupo social constituye un elemento central de su cultura, especialmente en la medida en que emerge una comprensión relativa a los principales tipos de esquemas, a las relaciones de estos tipos entre sí y a la suma total de fuerzas y agentes que estos diseños interpretativos reconocen que se hallan sueltos en el mundo.” (Goffman, 2006:29).

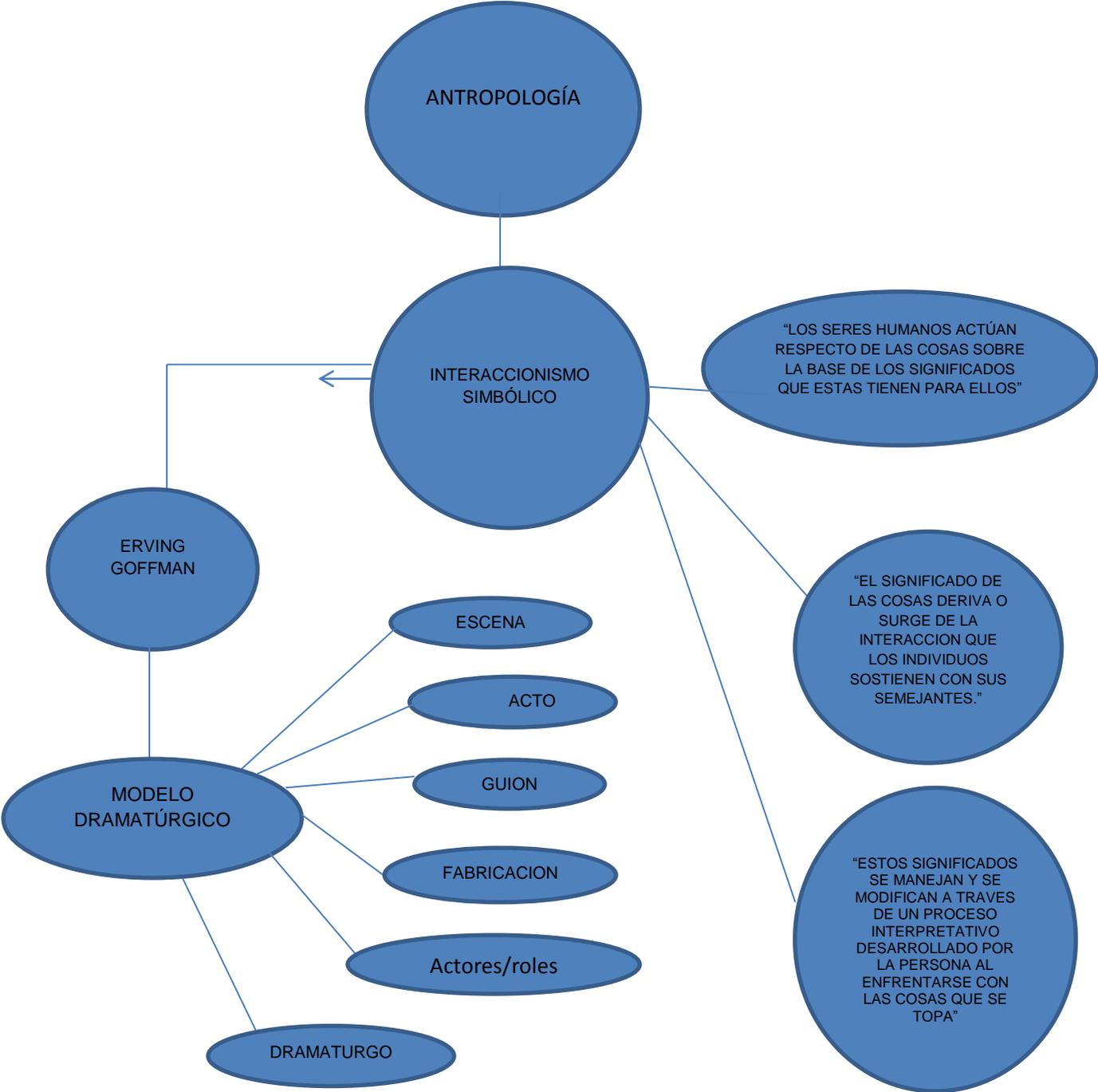
Fabricación: Es la participación de acuerdo a los marcos compartidos por todos(a). Las fabricaciones pueden ser según Erving Goffman positivas o negativas. En ambas se experimenta una “sobre puesta en escena”, pero las fabricaciones negativas son engañosas: “La fabricación. Me refiero al esfuerzo deliberado de uno o más individuos para manejar una actividad de modo que se induzca a otros a formarse una creencia falsa de lo que está sucediendo. Se trata de un proyecto inocuo, de una trama o plan innoble que – cuando se cumple- conduce a la falsificación de alguna parte del mundo.” (Goffman, 2006:89).

Actores/roles: Los actores son un conjunto de características y prácticas inscritas a los acuerdos establecidos por la sociedad y experimentadas por medio de la experiencia propia y las relaciones con los otros actores sociales puesto en acción también al marco de la sociedad: “Utilizare el termino rol como equivalente a cualidad o función especializada, entendiendo que esto ocurre tanto fuera de la escena, en la vida real, como en su versión escénica, el término *persona* se referirá al sujeto de una biografía, el término *papel* o *personaje*, a la versión escénica de esto.” (Goffman, 2006:136).

Dramaturgo: Acorde al modelo dramaturgico de Erving Goffman la categoría de dramaturgo (dramaturga/investigadora) pone en escena la participación de una experiencia propia reconocida como quien narra las actuaciones compartidas. Es la voz que elabora tanto el ensamblaje y contenido de la obra teatral, que al reconocerse como participante en la escena es también un actor social: “A fin de entender este mundo empírico (y lleno de significados), el investigador debe adentrarse en el mundo del actor para verlo con base en el significado que las cosas y las situaciones tienen para él mismo.” (Castro, 2011; 68).

A partir de esta puesta en escena del ensamblaje del Acto Psiquiátrico Forense se presentó el enfoque analítico usado para la interpretación de los datos recolectados en campo a partir del modelo dramaturgico de Erving Goffman, especificando las categorías analíticas adoptadas para la puesta en escena del Acto Psiquiátrico Forense como; escena, acto, guion, fabricación, actores/roles y dramaturgo. Este enfoque analítico fue el ensamblaje y/o estructura para cimentar la obra teatral acorde a los datos recolectados en campo y los aportes y/o interpretaciones creadas por mí, quien soy la dramaturga/investigadora que pone en escena la experiencia propia y la estructura del Acto Psiquiátrico Forense.

Figura 2: Mapa mental numero 1.1



Fuente: Elaboración propia.

Escena 1: La dramaturga/investigadora entra a la escena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF).

Esta escena se estructura a partir de las categorías analíticas del modelo dramático propuesto por Erving Goffman. En dicho modelo se pone en acción la categoría de “dramaturga” en relación con la experiencia propia, en otras palabras, la dramaturga/investigadora es quien pone en escena la experiencia compartida en campo. Igualmente, esta escena pone en acción mi participación en campo mediante la relación que establecí con los psiquiatras forenses y la inscripción institucional que experimenté a través de la realización del trabajo de campo.

Para realizar el trabajo de campo en la escena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) me fue necesario solicitar una autorización en la división de investigación científica para el acercamiento al grupo de psiquiatría forense y estar presente en las valoraciones psiquiátricas forenses. Esta tarea solo se pudo cumplir un año después del inicio del proceso de evaluación (entre 2010-2011), tiempo destinado para la aprobación de la investigación. La recolección de los datos de campo se realizó entre el año 2011 y 2012.

La estancia en el INMLCF se convirtió en una actividad diaria, a la cual destinaba desde las nueve de la mañana hasta la una de la tarde. Era un compromiso estar en campo porque los psiquiatras forenses tenían también un interés en la investigación, ellos esperaban que la estada de una estudiante de antropología aportara herramientas de las ciencias sociales para mostrar el quehacer del psiquiatra forense. Cada día, luego de pasar por la portería para ingresar al INMLCF, debía subir las escaleras mientras ubicaba mi sello adherido a la ropa con el que me identificaba; algunos meses porté mi carné, pero la fecha de vencimiento del mismo se cumplió y luego de refrendarlo, sencillamente lo perdí. Sentí vergüenza al tener que solicitar nuevamente este documento, por lo que preferí seguir sin él el tiempo que faltaba para completar la recolección de los datos en campo. Por este motivo, debía registrar mis datos en la entrada principal del INMLCF, recibir regaños de los guardias de seguridad por no portar el documento que me identificaba, además de esperar hasta que los

encargados de la seguridad se comunicaran con el grupo de psiquiatría para que mi tutora autorizara el ingreso. Incluso algunos días los guardianes no consideraban pertinente dejarme entrar, así que después de soportar sus regaños, debía regresar a mi casa. Sin embargo, soporté esta situación hasta completar mi registro de campo.

Luego de permanecer diariamente y por espacio de año y medio en las salas de espera y las oficinas del grupo de psiquiatría y psicología forense, empecé a realizar visitas semanales y después mensuales, hasta que dejé de asistir porque había recolectado los datos de campo necesarios para cerrar la investigación. Así terminó mi participación en la escena, luego de haber cumplido las labores requeridas para la investigación. Después de esto regresé a vivir a mi pueblo, San Martín (Meta). No obstante, aún mantengo comunicaciones con los psiquiatras forenses, quienes han revisado continuamente el presente documento; incluso, después de realizada la recolección de la información y de haber cerrado las tareas en campo, regrese en enero de 2014 a campo para compartir con los psiquiatras forenses el documento completo, antes de entregarlo a la Universidad y al INMLCF.

Con respecto a esta última visita, debo precisar que, pese al tiempo que había transcurrido luego de finalizar las tareas de campo, sentí que regresaba a un lugar que me era familiar; aunque ahora las condiciones eran diferentes porque mi relación con el psiquiatra forense se focalizó en la lectura del documento escrito. Esto hizo que el encuentro estuviera mediado por la tensión: era increíble que, pese a la cantidad de tiempo que había invertido en campo y la cercanía y apoyo que recibí siempre de los psiquiatras forenses, aún había información que podía anexar al documento; algo que yo no podía pasar por alto porque, finalmente, un “actor” me estaba mostrando cuál era el trasfondo de aquella descripción que yo intentaba poner en escena mediante el acto psiquiátrico forense.

Este trabajo significó escribir a tiempo y a destiempo, pues, cuando yo concebí el documento terminado y regresé a campo, noté que jamás podría agotar las posibilidades y que solo fui una observadora, a pesar de mi larga estadía en el lugar. Valoré, sobre todo, la cercanía a los psiquiatra forenses, quienes, a pesar del tiempo transcurrido y de la infinidad de versiones leídas del documento, seguían dispuestos a colaborar en la investigación, aportando todo aquello que solo ellos y ellas sabían, pues son los actores de la escena. Yo solo anduve por la estructura y a brincos.

En relación con la experiencia de campo, debo decir que poco a poco se convirtió en algo más comprensible para mí. Al principio, padecía de un total desconocimiento de los términos psiquiátricos y jurídicos que movilizan la escena del psiquiatra forense. Lentamente fui aprendiendo el parlamento, los personajes, sus roles dentro de esta obra, etc.

El acercamiento al grupo comenzó con los acompañamientos a la hora de hacer la valoración y la escritura del informe pericial, así fue gestándose la cercanía a los psiquiatras forenses. Gracias a estos acercamientos en campo, encontré documentos referentes a la psiquiatría forense, recibí las explicaciones de los psiquiatras forenses sobre las categorías médico-jurídicas, los elementos en acción según los “casos” y las características de la práctica psiquiátrica forense.

En tres ocasiones fui parte de las actividades del grupo de psiquiatría y psicología forense: compartí la celebración del día del amor y la amistad, en esta reunión conocí a otros psiquiatras forenses parte del grupo y a las secretarías del grupo. Luego, acompañé al grupo a reuniones con la administración, dichas reuniones eran llamadas “mesas de crisis” porque en ellas se trataban problemáticas de la vida laboral del psiquiatra forense: la sobrecarga laboral; la necesidad de contar con más funcionarios en el grupo de psiquiatría forense; la posibilidad de direccionar las solicitudes a otros funcionarios públicos (por ejemplo, a psicólogos forenses), acerca de la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos para disminuir la intensidad laboral. Por último, acompañé a varios psiquiatras forenses – entre los cuales se encontraba Nancy de la Hoz, junto con otros funcionarios públicos de distintas áreas– a la marcha nacional del 9 de abril del 2013.

Por medio de la permanencia en campo y el acompañamiento de los psiquiatras forenses se recolectó información correspondiente a nueve “casos”, seleccionados mediante dos criterios acordados con la tutora del proyecto y el coordinador del grupo de psiquiatría forense en el INMLCF. Los dos expertos consideraron que el acompañamiento a los “casos” se debía realizar con los psiquiatras forenses que tuviesen más antigüedad desarrollando las tareas propias de la profesión; además acordamos seleccionar los “casos” a partir de las solicitudes de la capacidad para comprender autodeterminarse y la capacidad para administrar los bienes y disponer de ellos.

En virtud de lo anterior, se emplearon dichas categorías con las que se encontró más cercanía entre el padecimiento de una “enfermedad mental” (a luz de un delito como el homicidio, abuso sexual, fuga de presos, etc.) y algún sentido sobre la “anormalidad” que irrumpe la cotidianidad de quien padece una “enfermedad mental”.

Los acompañamientos a los “casos” se acordaban con anticipación, dependiendo del psiquiatra forense encargado. Este acuerdo se estableció porque en campo el psiquiatra forense recibía un mes antes los casos que debía atender, junto con los expedientes y las citas asignadas. Además de estos acuerdos y de la previa preparación, los psiquiatras forenses me aconsejaban llegar ese día minutos antes de la hora programada para la reunión con el fin de compartir una conversación que me permitiera familiarizarme con el “caso”, los hechos ocurridos, las versiones del “caso” y prepararme para la observación en un lugar cerca al psiquiatra forense, en el que se observaba al examinado(a) y el/la acompañante. Mi rol ahí era saludar, acordar un consentimiento informado, observar, escuchar, esperar, recordar, registrar palabras, expresiones, silencios y despedirme.

Lo primero que hacíamos cuando estábamos los tres (el psiquiatra forense, el examinado y yo) era acordar los consentimientos informados. Esta fue una tarea imprescindible dado que en las valoraciones se manejaban dos consentimientos informados según acuerdos éticos. El primer consentimiento informado, correspondía a la claridad de la persona sobre la valoración psiquiátrica y la aceptación de la realización de esta; el segundo, consistía en pedir permiso al examinado(a) o acompañante para mi presencia en la valoración. Era el psiquiatra forense quien explicaba que mi observación se realizaría sobre el quehacer del psiquiatra forense, además dejaba claro al examinado o acompañante que ningún tipo de información registrada en la investigación tendría alguna repercusión sobre la decisión judicial relacionada con el caso. Dentro de estos acuerdos estaba también el uso de nombres ficticios para los “casos”, por ejemplo: David, Nicolás, Margarita, Rosa, Mario, Lorenzo, Gloria, Verónica y Manuel; aunque se podría mantener –dependiendo del caso– el género, la edad, la historia personal y familiar. Vale la pena precisar, que estos “casos” se conocen desde la llegada de los mismos al psiquiatra forense, hasta cuando se obtienen los

resultados de los psiquiatras forenses en los informes periciales; solo en el caso de Margarita se registró la información en la audiencia pública, audiencia a la que yo asistí².

Además de los casos registrados se realizaron siete entrevistas a los psiquiatras forenses elegidos para la investigación. Las entrevistas, a diferencia de las valoraciones, sí podían ser grabadas y han sido transcritas para ser sistematizadas y analizadas según el enfoque analítico usado en la investigación, por medio de las categorías de análisis ya expuestas.

En relación a las entrevistas realizadas, es necesario precisar que dos de estas tienen unas historias particulares. Por ejemplo, una de ellas se realizó a un psiquiatra forense, quien inició los encuentros mediante la entrevista; sin embargo, luego de realizar las demás entrevistas y cuando regresé a los psiquiatras forenses para el registro de las valoraciones, me encontré con la noticia y el duelo del grupo por la muerte del psiquiatra forense quien, además, se caracterizaba por su enfoque en niños y adolescentes. Este fallecimiento generó una ruptura intempestiva en el grupo, pues ninguno de los colegas tenía conocimiento de los padecimientos, causados por una enfermedad terminal, que acosaba al psiquiatra forense; solo hasta después de la muerte se dio a conocer el diagnóstico, y en campo todos estaban asombrados porque él jamás faltó o aplazó las tareas asignadas respecto a “casos”, informes, etc. Otro cambio en el grupo de psiquiatría forense, ocurrido entre los años 2010 y 2013, se produjo con el descubrimiento de un falso psiquiatra forense que había permanecido dentro del grupo por casi diez años.

Por otro lado, sentí la aceptación del grupo de psiquiatría gracias a la cortesía de estas personas, mientras yo aguardaba en la sala de espera, presenciaba las valoraciones o esperaba para recibir las tutorías. Así, pasé de ser un asistente más del servicio que presta psiquiatría forense a adquirir mi personaje de dramaturga/investigadora a partir de compartir en campo la cotidianidad de los psiquiatras forenses. Luego de un año de estar en el INMLCF era un ambiente tan habitado por mí que empecé a notar en la sala de espera a personajes con roles muy parecidos; a familiares que, en medio de las particularidades de los “casos”, compartían prácticas como orar, llorar o hacerse señas con aquel que estaba

²No en todos los casos de inimputabilidad e interdicción se hace necesaria la realización de una audiencia pública para que el psiquiatra forense rinda testimonio a la autoridad judicial. En muchos casos, bastó con el informe pericial remitido por psiquiatría forense a la autoridad judicial por medio de la secretaria del grupo.

siendo vigilado por los guardianes del INPEC, etc. Incluso, luego de la larga estadía en el INMLCF, pude registrar y experimentar la cotidianidad de las tareas forenses, las intensas vigilancias del INPEC, etc.

Toda esta experiencia hacía parte de mis días las 24 horas, pues en la mañana estaba en campo recolectando información y en la tarde seguía pensando en los datos de campo cuando me disponía a sistematizar los registros etnográficos y a escribir el documento. El trabajo de campo me absorbió tanto que yo también fui acompañada por recuerdos de los “casos” aterradores. Yo salía del instituto luego de oír “casos” aterradores que agobiaron mi mente y seguía con ellos en mi cabeza³. Algunos de los casos más recordados fueron, el de Margarita, algunos crímenes pasionales y los crímenes de Estado.

No obstante, el primer caso que se quedó en mi mente fue el de Nicolás. Este último me llevó a fantasear con la forma en que los esquizofrénicos interpretaban y se comportaban en los ambientes comunes; además, fue la primera vez en que nos encontrábamos los tres personajes y uno de ellos padecía “esquizofrenia”. Recuerdo que en esa valoración me sentí un poco incomoda porque experimenté cierta obstinación hacia las categorías sociales, medicas, jurídicas y forenses que demarcaban aquello “racional” que ejecutábamos los otros personajes frente a Nicolás; en especial cuando se ponía en tensión el comportamiento ordenado del psiquiatra forense contrapuesto a un personaje que no mantenía un guión escénico (Nicolás), incluso no mantenía conversaciones, miradas, etc. En aquella oportunidad, yo regresaba a campo y compartía con otros compañeros el desconcierto de mi experiencia a causa del sufrimiento del otro. Entonces encontré que el psiquiatra forense también experimentaba esto, él o ella tenía los “casos” en la mente mientras llegaban a otros espacios, en otras palabras, el psiquiatra forense también se rompía ante el padecimiento y sufrimiento del otro; solo que debido a la estructura incorporada del conocimiento psiquiátrico y la experiencia forense, él/ella contaba con otras herramientas para asumir la crueldad, el sufrimiento, la tristeza de los demás; lo que le permitía regresar a la autoridad judicial y a la sociedad una interpretación psiquiátrica forense del “casos”.

³Ver imagen 1. Esta fotografía representa que aun estando fuera del INMLCF yo me fijaba en las cosas más desordenadas o dolorosas que me encontraba en mi cotidianidad.

Aunque esta experiencia no se compartió con todos los profesionales en campo, debido a la frecuente compañía de dos psiquiatras forenses (tutora y coordinador) de quienes recibí orientación y apoyo, fue esta vivencia, respecto a la emocionalidad experimentada en los “casos”, la que me permitió determinar que esta investigación sobre el quehacer del psiquiatra forense implicaba, más allá de un registro sobre esta práctica y la exploración referente a la elaboración de la “anormalidad”, a un ser humano que siente e ilumina –en la medida de lo posible– el sufrimiento de los demás. Es interesante ver cómo se escucha en campo, luego de pasados los años, las mismas experiencia de agotamiento y desgaste del psiquiatra forense respecto a los “casos” tormentosos que llegan y las secuelas que estos dejan en la vida emocional del profesional, pues, tiempo después de la experiencia, aún lucha día a día para sobrevivir al sufrimiento humano que llega a él por medio de la experiencia de otros implicados en procesos judiciales.

El psiquiatra forense experimenta distintas emociones, dependiendo de los casos en que trabaje; sin embargo, no se deja dominar por las mismas, pues él está enfocado en elaborar interpretaciones para iluminar el contexto del otro, al responder a la autoridad judicial. Bajo esta perspectiva, esta experiencia implicó conocer que los actos violentos que rompen los acuerdos sociales nos afectan o tocan a todos los que, como personas, hacemos parte de una sociedad. En ese contexto –lleno de asuntos jurídicos, muerte, tristeza y dolor– encontré la práctica psiquiátrica forense como un lugar propicio para el análisis de la “anormalidad” y/o “enfermedad mental”. Allí, en el segundo piso del INMLCF está el grupo de Psiquiatría Forense que durante el primer semestre del año 2010 y el primer semestre del año 2013 había estado conformado por trece psiquiatras forenses, o quince, si tenemos en cuenta al psiquiatra forense que falleció y al falso psiquiatra forense. De estos quince psiquiatras había catorce con formación médica y en psiquiatría, además de psiquiatras con especialización en infancia, psicoanálisis, etc.

Imagen 1. Desorden en la terraza de la casa



Fuente: tomada por Claudia Gálvez Chávez. (2011).

Entre los psiquiatras forenses seleccionados, dos pertenecen al género femenino y seis al masculino, a ellos/ellas los reconocía a través del uso de números que los identificaban para mantener su identidad a salvo. La recolección y sistematización de los datos de campo se hizo en ocho carpetas, las cuales quedaron marcadas con el número correspondiente al psiquiatra forense. Esta información, clasificada de manera individual, se hizo con posterioridad al inicio del análisis, relacionando entre sí los pronunciamientos comunes entre los psiquiatras forense, quienes experimentaban situaciones compartidas, por ejemplo: todos solían destinar el tiempo para la decantación de la información, luego de la valoración y antes de escribir el informe pericial; todos experimentaban angustia frente a las audiencias públicas, debido al tiempo que exigían las mismas; además, sufrían la tensión que generan los “casos” complejos, cierta melancolía, etc.

Esta experiencia significó para mí sentir las contingencias propias del trabajo de campo, las inscripciones necesarias para hacer parte de un “algo”, registrar prácticas y esquemas de pensamiento, establecer relaciones sociales tanto con los psiquiatras forenses como con los otros actores sociales que atravesaban la estadía en campo, etc. Implicó explorar mis propias preguntas sobre la “anormalidad” a través de la experiencia en campo y el acercamiento a los y las psiquiatras forenses para explorar las prácticas y significados que se ligan a la “locura”, sin sentido, desordenado, perverso, entre otros.

Escena 2: Descripción de la escenografía del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y Psiquiatría Forense, regional Bogotá.

Esta escena es una puesta del marco de referencia al que se inscribe la práctica psiquiátrica forense y mi experiencia en campo, por medio de la descripción del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y la información recolectada en campo. Esta escena recoge una descripción que muestra las condiciones espaciales en las que habita el psiquiatra forense, además de las características y esquemas cognitivos articulados al marco de referencia en la que se observa e inscribe el psiquiatra forense: “ (...) por radical y militante que una institución total parezca ser, siempre habrá ciertos límites para sus tendencias reivindicatorias, y deberá hacer cierto caso de las distinciones sociales ya establecidas en la sociedad circundante , si sólo de ese modo puede despachar los asuntos que necesariamente tenga con ella y hacerse tolerar por ella.” (Goffman, 2009:129).

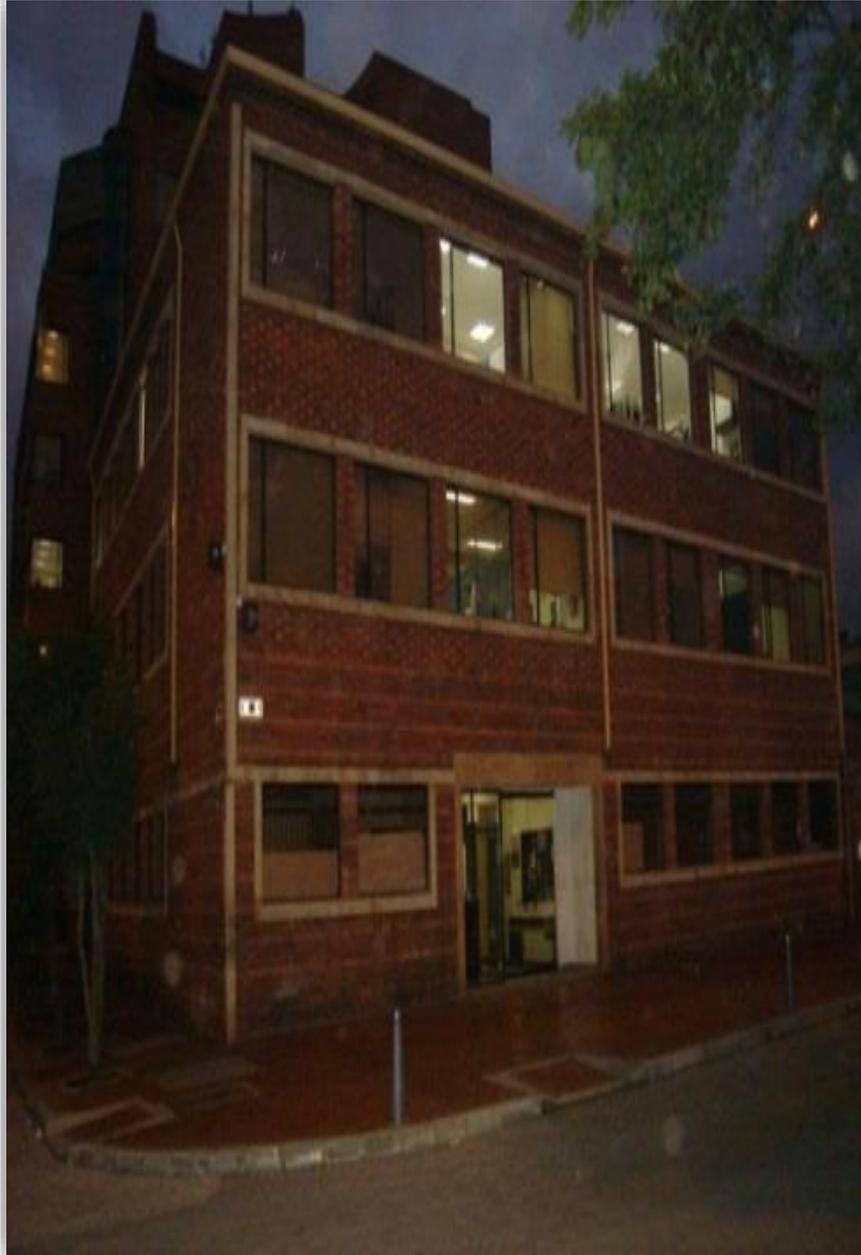
Dentro de los elementos escenográficos esta la regulación jurídica a través de las autoridades judiciales, los comportamientos sociales a través de los “casos” estudiados y los saberes expertos en psiquiatría (entre otros). Las autoridades judiciales están encargadas de regular el comportamiento social acorde a las normas jurídicas establecidas según lo tipificado en el derecho colombiano y solicitan la opinión experta de la psiquiatría forense para la comprensión de un caso según lo enmarquen los términos de la interdicción e inimputabilidad. “El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) es una institución en donde la misión fundamental del Instituto es prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional, en lo concerniente a medicina legal y las ciencias forenses. (<http://www.medicinalegal.gov.co>)”.

En nuestro caso, Colombia tiene instituciones que fortalecen los acuerdos sociales establecidos dentro de la estructura social, y son quienes intervienen cuando se presentan hechos que rompen y/o trasgreden los acuerdos sociales, pautas imprescindibles para la puesta en escena de los actores sociales y los esquemas mentales que comparten. La institución se convierte en el marco de referencia para las actuaciones al articularse a la experiencia y encuentro de los actores sociales en la escena, además de ser la condición necesaria para la articulación a la vida social, (ver mapa mental número 2, página 40).

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), regional Bogotá, está ubicado en la Carrera Caracas con calle sexta en el centro de la ciudad, anteriormente el INMLCF estaba rodeado por la llamada “calle del cartucho”, un barrio oscuro, con calles estrechas, casas abandonadas y con una alta población de habitantes de la calle. Luego en este mismo sector se construye el parque Tercer milenio para intentar cambiar el paisaje de la “calle del cartucho”, sin tener éxito. Porque aún hoy el entorno del INMLCF es todavía habitado por los habitantes de la calle, quienes duermen en las bancas del parque, asechan en la soledad de los senderos del parque, tiran sus ropas en el césped de este, etc:

Respecto a las percepciones de psiquiatras forenses sobre el entorno del INMLCF: “La historia del cartucho no se evoca porque al parecer la idea con la construcción del parque era enterrar esa antigua calle del cartucho bajo el piso de concreto y silenciar la historia y todo aquello que ella contenía. Pero esta historia parece surgir nuevamente al observar que sobre el concreto aún está el habitante de la calle quien al dejar las ropas de vestir sobre las bancas puede evocar de manera metafórica la historia del cartucho que surge de la tierra y se establece sobre el concreto para no ser silenciada.” Psiquiatra forense numero dos (Comunicación personal, 10 de noviembre de 2011).

Este contexto es de constante vigilancia y seguridad, tanto así que para ingresar entre el año 2010-2013 se debía hacer un registro de ingreso y portar un adhesivo con el nombre, número de cedula y una fotografía, además éste adhesivo no podría ser extraviado durante la estadía en el INMLCF porque se debía entregar a la salida. Pero luego eso cambió en el año 2013 al instalar un dispositivo electrónico para el registro y lectura de la huella digital. Las condiciones de vigilancia son tan rigurosas en este sitio que van más allá de los requisitos de ingreso (ver fotografía 2: Esta imagen muestra el edificio donde funciona el INMLCF, regional Bogotá), este sistema de vigilancia esta incluso a la puerta de la oficina de los funcionarios públicos, espacios a los que llega el vigilante del INMLCF y/o el guardián del INPEC para vigilar. Condiciones que son llamadas por los psiquiatras forenses “militarización de la vida civil” porque impide la intimidad de la consulta al verse el psiquiatra forense “obligado” a dejar la puerta entre abierta porque los retenidos han perdido ese derecho en el plano de la salud pero el psiquiatra forense cuestiona estas condiciones para la construcción y reconstrucción de la prueba pericial.



Fotografía 2: Registro del INMLCF, regional Bogotá. Fotografía registrada por Claudia Gálvez Chávez, año 2011.

Es característico del ingreso contrastar el paisaje de presencia institucional desplegada en diversas representaciones (fiscales, policías, forenses, etc), en un sector marginal del centro de Bogotá, en el que permanecen números habitantes despojados de lo básico para vivir.

Entrar al primer piso (donde funciona patología forense) toma media hora por la cantidad de gente que intenta entrar, la demora en la toma de los registros obligatorios y el escáner a objetos personales, incluso es posible que el ingreso no se autorice si la persona olvido la cedula de ciudadanía necesaria para el registro o por no sustentar de manera precisa al guardián el motivo para ingresar. Esos permisos y/o autorizaciones son para el primer piso, entonces si la persona necesita ingresar a otros pisos como por ejemplo a psiquiatría forense ubicado en el segundo piso, la persona debe entrar por una puerta alterna a la principal, allí la persona se debe registrar, ella/él debe permitir escanear los objetos personales y después subir las escaleras que se comunican con la sala de espera del segundo y tercer piso.

Al llegar la persona a la sala de espera se dirige a la oficina de las secretarias del grupo de psiquiatría forense, una oficina grande donde trabajan casi cinco secretarias para el grupo de psiquiatría y psicología forense. Allí las secretarias registran el nombre de la persona, confirman la cita y luego alzan la bocina del teléfono para comunicarle al psiquiatra forense que ha llegado el examinado(a). En la sala de espera también están otras personas que han llegado para una cita asignada más temprano, quienes esperan sentadas con familiares, enfermeras, abogados o un amigo que ora, come, habla por teléfono y/o duerme. Allí también están personas que tiene medidas de seguridad, estas personas son los/las reclusos, quienes están esposados de manera individual o en ocasiones esposados a otros compañeros(a) en fila. En alguna ocasión observe que había una mujer con esposas y en estado de embarazo que con gran esfuerzo pudo levantarse de la silla para acercarse al consultorio, en otra ocasión observe a dos señores con las esposas compartidas, lo que les impedía caminar, sentarse, solicitar ir al baño y/o llegar a la oficina del psiquiatra forense mientras ellos eran vigilados por guardianes del INPEC que permanecían cerca de ellos, (ver fotografía 3: Imagen del guardián del INPEC un día común en la sala de espera).



Fotografía 3: Guardián del INPEC, fotografía tomada por Claudia Gálvez Chávez, año 2012.

Alrededor de la sala de espera hay siete puertas que delimitan las oficinas de los psiquiatras forenses, quienes aguardan allí, pero cuando el psiquiatra forense tiene conocimiento de la presencia del examinado(a) y el registro de éste en secretaria, el/la psiquiatra forense sale al borde de la puerta de la oficina, vestido(a) con una bata blanca y con un documento en la mano del cual lee el nombre y apellido propio del examinado(a). Persona quien como todos(a) en la sala estaba a la expectativa por cualquier llamado emitido desde estas oficinas de los psiquiatras forenses, todos(a) miran y escuchan al psiquiatra forense.



Fotografía 4: Sala de espera, fotografía tomada por Claudia Gálvez Chávez, año 2012.

Cuando el psiquiatra forense sale al borde de la puerta (ver fotografía 4: La sala de espera) para llamar a la persona a valorar, las voces de la sala de espera se silencian y la mirada de las personas que esperaban se conduce a la persona que una vez escucha el llamado por nombre y apellido propio atiende al psiquiatra forense. El/ella se levanta de la silla y se dirige a la oficina donde aún está el psiquiatra forense, quien todavía mira a la sala de espera y observa rápidamente a la persona antes del ingreso a la oficina, sitio en donde luego solicita la cedula de ciudadanía para confirmar la identidad al comparar la información de la cedula con la identificación de la persona en el expediente. Algunas veces hay personas en la sala de espera con medidas de seguridad porque están inmersas en un caso delictivo que exige de parte de la administración de justicia someterlos(a) a vigilancia por el bien común de la sociedad, en estos casos el psiquiatra forense solicita a los guardianes retirarle al examinado(a) las esposas antes de entrar a la oficina y de igual manera solicita al guardián retirarse de la oficina porque éste no puede estar presente en la valoración, así las condiciones, los guardianes quedan pendientes a la puerta de la oficina.

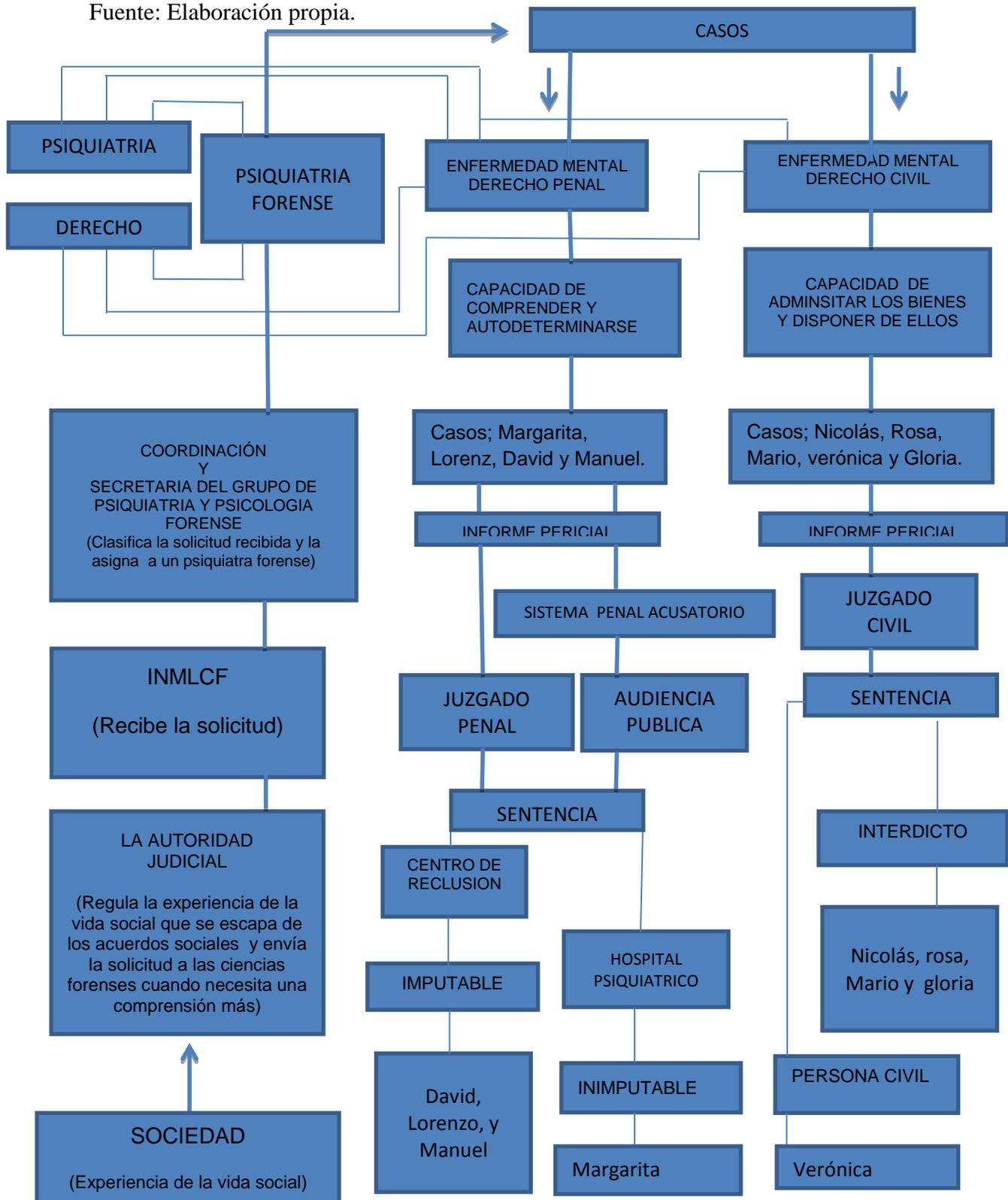
En algunos casos el psiquiatra forense llama por nombre y apellido a una persona, y no son ellos los que responden al llamado. El psiquiatra recibe a los/las acompañantes quienes están allí porque la persona no puede responder por sí misma al padecer una “enfermedad mental” como por ejemplo algún tipo de “retraso” o “esquizofrenia”. En esta situación el psiquiatra forense identifica al acompañante y examinado(a), quien por lo general se acerca a la puerta de la oficina cogido de la mano de quien lo acompaña, algunas veces van detrás del acompañante quien mira para atrás para no perderlo de vista y lo/la anima a acercarse con una señal, otras veces ellos/ellas se resisten a entrar y gritan, lloran, golpean, etc.

Este encuentro entre psiquiatra forense, examinado (a) y acompañante se registra en la oficina del psiquiatra forense, que es un espacio separado de otros espacios del entorno cercano (laboratorios, salas de espera, pasillos, exteriores, edificios, ventanales, etc), en este espacio el psiquiatra forense tiene escritorio, computador de mesa, archivador, biblioteca, sillas numeradas y objetos personales como fotografías, plantas ornamentales, libros de marcos jurídicos, manuales de clínica, guías terapéuticas, psicoanálisis, literatura, etc. El lugar suele ser frío, lo que hace que el psiquiatra forense cierre las ventanas pero deje abierta la persiana al querer que entre la luz del sol, encender inciensos (para espantar el olor a muerte), compartir café en las mañanas, usar abrigos, salir a recibir calor, etc.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forense se ponen en escena por medio de la descripción del marco de referencia según los términos de Erving Goffman, concepto que articula las condiciones espacio-temporal a la actuación de los personajes en las escenas, condiciones para el encuentro en el que además se ponen en consideración los significados de la escenografía (esquemas mentales, diálogos, vestuario, tiempos de los actos, etc) y la participación entre los actores sociales inscritos a la sociedad.

Figura 3: Mapa mental número 2.

Fuente: Elaboración propia.



Escena 3: La puesta de escena del psiquiatra forense. Encuentro del psiquiatra forense con el examinado(a) en la valoración psiquiátrica forense

Esta puesta en acción del psiquiatra forense se establece por medio de los registros recolectados de la interacción entre los personajes en la escena compartida del INMLCF, en la que además se había focalizado la mirada de la práctica psiquiátrica forense y la elaboración de la “enfermedad mental”. Esta escena es la puesta en acción de ocho “casos”⁴ inscritos en las solicitudes de capacidad de comprender y autodeterminarse (inimputabilidad) y de administrar los bienes y disponer de ellos (interdicción), “casos” registrados por los encuentros y relaciones sociales establecidas entre el psiquiatra forense y otros actores sociales, a través de diálogos, gestos, expresiones, etc.

Para registrar los encuentros entre el psiquiatra forense y el examinado(a), acompañé al psiquiatra forense en ocho “casos” divididos de la siguiente forma: tres “casos” inscritos en la capacidad para comprender y autodeterminarse (“casos” David, Lorenzo y Manuel) y cinco “casos” inscritos en la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos “casos” Nicolás, Rosa, Mario, Gloria y Verónica). En esta escena de la valoración psiquiátrica forense se encuentran en el mismo escenario el psiquiatra forense y el examinado(a), (registro recolectado en el espacio de la oficina). Estos fueron “casos” seleccionados por la posible presencia de “la enfermedad mental”, a la luz del concepto de “capacidad”, el cual depende de las diferentes categorías médico-jurídicas, en relación a los dos tipos de “casos” y solicitudes registrados en campo durante los años 2011-2012. Bajo esta perspectiva, las categorías sobre la capacidad de comprender y autodeterminarse (inimputabilidad), junto con la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos (interdicción) se acercaban en campo a la noción de “enfermedad mental”, pues en ambos tipos de solicitudes se estaba frente a una “enfermedad mental”; la primera (la inimputabilidad), a la luz de un delito, y, la segunda (interdicción) a la luz de alguien “incapaz” de sobrellevar un diario vivir solo porque no habla, no trabaja, etc.

⁴El termino “casos” se usa entre paréntesis porque es un término usado por los psiquiatras forenses en campo y se mantendrá a lo largo del documento como lenguaje recolectado a partir de los datos etnográficos.

Esta tarea de valorar es parte de la caracterización del quehacer del psiquiatra forense en el INMLCF, las mismas lo definen como profesional de esta área⁵. La psiquiatría forense es “una especialidad de la medicina que auxilia a la justicia cuando se requiere un conocimiento científico relativo a las enfermedades mentales o aspectos psíquicos de las funciones mentales y su relación con un momento determinado o a lo largo de la vida de una persona.” (Grupo de Psiquiatría Forense, 2009: 3).

El “caso” de David.

El día 15 de mayo del 2011, el psiquiatra forense valoró a David, un examinado inscrito a un proceso judicial al ser hallado culpable de cometer abuso a una sobrina y actos de tocamiento. Para este caso se solicitó establecer si David tenía la capacidad de comprender y autodeterminarse respecto a los hechos ocurridos que están siendo estudiados por la autoridad judicial.

Yo estoy sentada en la silla indicada por el psiquiatra y observó. De pronto el psiquiatra forense regresa a la oficina después de llamar por nombre y apellido propio al examinado, detrás de él aparece una señora y un estudiante de colegio (David llega con el uniforme del Colegio). La señora es la mamá de David, ella recibe los dos consentimientos informados, los lee y firma. David corre la silla que se le había asignado y la ubica para sentarse lejos del psiquiatra forense; además de esto, no responde a las preguntas formuladas por el psiquiatra forense. Luego el psiquiatra forense le explica a David que si él “decide” no dar la versión propia, la investigación quedará con las versiones que están y podría perder la oportunidad de ser escuchado respecto a lo que se le acusa. Luego de la precisión, David dice: “todo ocurrió mientras yo estaba con mi sobrina [...], estábamos jugando escondidas con mi sobrina y yo –sin querer queriendo– le pasé la mano... por encima de la ropa. Mi papá me vio. Me preguntó por lo que estaba haciendo. Me bajé las escaleras y eso fue todo”. (Examinado del caso de David, valoración psiquiátrica forense, 15 de mayo de 2011).

⁵Para una mayor precisión de estos cuestionamientos, se puede consultar el mapa mental 2, p.40 (Anexos).

Mientras el examinado comenzaba a contar su versión de los hechos, el psiquiatra se alistaba para escuchar y registrar la información que le iba permitiendo conocer lo ocurrido. Entre tanto, el psiquiatra hizo un sonido similar a una afirmación, algo que daba la sensación de neutralidad, una especie de “sí, bueno, eso pasó... sígame contando”. Pero luego David guardó de nuevo silencio. Acto seguido, el profesional le pidió a David que salga de la oficina para hablar con su madre. Sale David y el psiquiatra forense dice:

Psiquiatra forense: “Yo siento y observó que David no puede expresarse de forma fluida sobre algunas cosas”.

Acompañante: (la mama escucha atentamente la enunciación del psiquiatra). “Sí, él tiene problemas de lenguaje (la señora habla con una voz débil y unos ojos llorosos).

Psiquiatra forense: “¿Señora usted se está sintiendo bien? ¿Tiene deseo de llorar?”

Acompañante: “No me gusta venir acá, y, sí, tengo deseo de llorar.

(Psiquiatra forense número diez. Valoración psiquiátrica forense, 15 de mayo de 2011).

En seguida, el psiquiatra forense le pide a la señora que se calme y le sugiere tomar un tiempo afuera, en compañía de David, antes de dar por terminada la entrevista. Por quince minutos quedamos el psiquiatra forense y yo en la oficina, mientras regresaba David y la acompañante. Durante ese lapso, el psiquiatra forense revisó algunos folios del expediente para confirmar la información recolectada en la valoración. Luego, el psiquiatra me explica que, a través de la descripción y el relato, encuentra el “delito” sobrevalorado; asimismo precisó que las connotaciones sobre el caso cambian, dependiendo de la importancia que le asignen las personas que hacen parte del conflicto ocurrido. Golpean a la puerta, es David y la mamá. En este segundo momento de la valoración, David habla con más tranquilidad sobre las cosas que le están preguntando. Por ejemplo, mencionó que tenía una novia llamada Wendy e incluso saco una fotografía de ella que portaba en la billetera. David y su madre participan en la conversación. La mamá dice lo siguiente:

Él ha tenido problemas de aprendizaje, repitió ocho veces primero, pero cuando estaba en quinto lo pasaron para sexto porque la profesora dijo que estaba avanzado para quinto (continúa). Yo le pasé a él “lo mío” cuando yo estaba en embarazo (se queda en silencio). Es que yo tengo un hermano enfermo, él tiene un retraso, mi hermano y yo, creo que yo se lo pase a David durante el embarazo. Pero ahora ya es normal en el estudio. (Psiquiatra forense número diez. Valoración psiquiátrica forense, 15 de mayo de 2011).

Luego de la exploración correspondiente a la información sobre el nacimiento y desarrollo de David, el psiquiatra forense considera que ha recolectado la información necesaria para responder a la autoridad judicial y hace el cierre de la valoración, luego de preguntarle a la mamá de David si existe ¿algún otro problema sobre la enfermedad?, ¿el aprendizaje? o ¿algo más que él deba saber? A lo que la acompañante responde: no. Así, el psiquiatra forense pasa a explicarle al examinado y a la acompañante que se ha recolectado la información necesaria para analizar el caso, e indica que dicha respuesta se le entregará por medio del juzgado en el que ellos llevan el proceso. Ambos salen de la oficina, pero al salir David se despide más cordialmente del psiquiatra forense –al que antes, al inicio de la valoración, saludara distante y casi a empujones, debido a la exigencia de su mamá–. David y el psiquiatra forense se estrechan las manos, mientras el primero se queda solo en la oficina con la información recolectada.

El “caso” de Lorenzo.

El día 16 de agosto del año 2011, la psiquiatra forense valoró a Lorenzo, un hombre de aproximadamente cuarenta años de edad, quien estaba inmerso en el “delito” de fuga de presos. Antes del ingreso de Lorenzo, la psiquiatra forense ubicó una silla fuera del área del escritorio para ella y me asignó a mí un lugar cercano a ella pero lejos del examinado. Además, la residente quedó en frente del computador. Luego, la psiquiatra forense salió a la puerta de la oficina y enunció el nombre y apellido propio del examinado. Luego regresó a la oficina.

Cuando yo miré otra vez a la puerta, observé a un hombre vestido de “civil” y a un guardián del INPEC, que se mantenía al lado de quien al parecer era Lorenzo. Entonces, la psiquiatra forense volteó a mirar para atrás y observó que Lorenzo estaba con un guardián. El psiquiatra forense se dirigió al guardián y le dijo: “Señor, es necesario que le retire las esposas al examinado para que este ingrese a la valoración”. Y agregó: “además debe esperar afuera mientras se realiza la valoración, aquí solo deben estar la personas involucradas en el caso” (Psiquiatra forense dos. Consideraciones personales, 16 de agosto de 2011). Una vez liberado el recluso-examinado de las esposas, se acomodó en la silla

ubicada para recibir del psiquiatra forense dos consentimientos informados, mientras confirmaba con la cédula de Lorenzo en mano (entregada por el guardián, antes de salir de la escena) la identificación en el expediente. Posteriormente, la psiquiatra forense le explicó al examinado los dos consentimientos, mientras enfatizaba en la dimensión ética, según los parámetros establecidos por el INMLCF para la valoración, y otro más relativo a la investigación de mi trabajo de grado, para la aceptación de mi presencia por parte del examinado. El psiquiatra forense dijo lo siguiente:

Ella me mirará a mí porque la pregunta que ella tiene es sobre la forma en que la psiquiatra forense entra en la mente del examinado. Ella solamente escuchará lo que yo digo, además, estará registrando lo que yo hago, sobre cómo pregunto. [Y agrega], si usted está de acuerdo puede firmar aquí abajito y ella empezará la observación (...). (Psiquiatra forense número dos. Valoración psiquiátrica forense, 16 de agosto de 2011).

A continuación, la psiquiatra forense pregunta al examinado por el lugar de nacimiento, la vida familiar, la vida en el Ejército Nacional, el nivel educativo, las experiencias amorosas, la tenencia de hijos o hijas, etc. Aspectos a los que Lorenzo respondía sin mayor demora.

Lorenzo habló de su inocencia frente a los crímenes sobre los que se le había acusado en un primer proceso por “falsos positivos”, en cual había sido declarado culpable por sentencia del juez según el foro militar. Lorenzo dijo que él había sido víctima de órdenes de rangos superiores que lo orientaron mal, y se recostó en el respaldo de la silla. Expresó también la frustración que sentía por la condena recibida y la desesperación que lo llevó a tomar la decisión de escapar del centro de reclusión del Ejército en Tolemaida. Señaló haberse escapado de una habitación que estaba vigilada por un soldado en las horas de la noche, casi a la madrugada, mientras este al parecer dormía. Asegura haber saltado por una ventana del edificio y fugarse. Contó que él debió esconderse de las autoridades, por lo que decidió irse para los grupos ilegales de las AUC. Ante esta última afirmación, el psiquiatra forense le preguntó: ¿usted pensó en irse para la guerrilla? Esta pregunta puso en la escena que la decisión que tomó Lorenzo se gestó luego de considerar que quizás en enfrentamientos había matado a integrantes de la FARC, por lo que dicho grupo no lo recibiría al considerarlo enemigo.

Han pasado más de treinta minutos desde el inicio de la valoración. Luego de este lapso, el diálogo entre el psiquiatra forense y el examinado se cierra por cuenta del primero, al

decirle lo siguiente, respecto a los hechos ocurridos y la instrucción de la vida militar recibida:

[Psiquiatra forense]. Bueno, como usted ha pasado su vida en el Ejército, yo puedo decir cosas, pero no lo voy a dejar ir sin que hablemos un poquito. A ver, usted es hijo del conflicto, usted es víctima y victimario y deben de haber muchas personas muertas a causa del tipo de conflicto que vive el país. Yo le voy a pedir que piense en esos muertos, porque usted vive con esos muertos, usted sabe que los muertos de la otra parte también son igual a usted como personas, sean estos o estas guerrilleros, paramilitares y más aún civiles. Y quiero que cuando salga no siga considerando echarle más muertos a esto, [...]. (Psiquiatra forense número dos. Valoración psiquiátrica forense, 16 de agosto de 2011).

Respecto a este caso el psiquiatra forense respondió a la autoridad judicial, lo siguiente:

Este estado mental puede estar más acorde con el sentirse ofendido, pues evalúa el poder evitar las consecuencias de sus actos: “él se considera a sí mismo la ley”. Aparecen reflexiones sobre cómo percibe el lugar de detención, [...] conoce el lugar y planea y escoge el momento, toma las precauciones del caso, resultando en un éxito. Incluso reconoce a sus aliados y trata de unírseles. La conducta anterior es compleja y requiere de las más finas funciones del aparato psíquico como lo es la orientación, la atención, la memoria, el pensamiento y la reflexión o percepción de realidad. [...] Por todo lo anterior, no presentan ni presento al momento de los hechos incapacidad de comprender o de determinarse por trastorno mental. (Informe pericial, año 2011).

El “casos” de Manuel

El día 30 de noviembre del 2011, el psiquiatra forense valoró a Manuel, de quien se sabe, a partir del expediente, es un hombre recluido en Tolemaida por el robo de municiones al Ejército Nacional, mientras éste hacía parte de dicha institución militar. El psiquiatra forense determinará si Manuel comprendía y se autodeterminaba al momento de los hechos.

Ese día el examinado llegó más temprano y se presentó en la oficina de las secretarías. Allí las funcionarias decidieron orientar al examinado, directamente, hacia la oficina del psiquiatra forense, es decir, sin anunciar la visita del examinado. Esta situación entorpeció mi acompañamiento, pues, cuando llegué, el examinado ya había entrado en la oficina. No obstante, me senté y comencé a hacer el respectivo registro. El psiquiatra forense fue quien preguntó la edad, el lugar de origen, la vida familiar y personal; mientras la residente de psiquiatría registraba la información en el computador. Posteriormente, el psiquiatra forense le pidió al examinado en varias ocasiones que le explicara el sentido de oraciones o frases con ideas generales que usaba para responder, por ejemplo:

Psiquiatra forense: “¿Cómo es su relación con los otros hermanos?”
Manuel: “tenemos una buena relación”
Psiquiatra forense: “describe una buena relación”.
Manuel: “Normal, aunque estamos distantes porque yo soy cansón”.
Psiquiatra forense: “¿y por qué distantes?, ¿por qué dice que usted es cansón?”.
(Psiquiatra forense nueve. Valoración psiquiátrica forense, 30 de noviembre del 2011).

En relación a estas preguntas, el examinado no da más información, por lo que después de indagar por la vida familiar y personal, el psiquiatra forense toma el expediente y guarda silencio. Entre tanto, la residente de psiquiatría empieza a formular, nuevamente, preguntas referentes a la vida familiar y escolar. Luego, aparece otra vez la voz del psiquiatra forense en la escena cuando éste cierra el expediente y pregunta a Manuel por los hechos ocurridos:

Psiquiatra forense: “hablemos un poquito sobre los hechos. Cuénteme, ¿qué paso ese día?”
Manuel dice: “Yo tenía unos cartuchos”
Psiquiatra forense: “¿Por qué los tenía usted ese día?”
Manuel: “Porque yo los encontré, pero la embarrada mía fue que no los devolví”
Psiquiatra forense: “¿Usted se los encontró?, ¿qué hizo con esos cartuchos?”
Manuel: “Los guardé. Y después un compañero me dijo quién los podía comprar. Y cuando me iba a encontrar con el “man”, llegaron los de la SIJIN y me capturaron”
Psiquiatra forense: “¿Cuál era el trámite que usted debía haber hecho con eso?”
Manuel: “Haberlos entregado a un superior”
Psiquiatra forense: “¿Y por qué no lo hizo?”
Manuel: “No sé “doc”, porque la plata corrompe”.
Psiquiatra forense: “¿Qué pensó en ese momento?”
Manuel dice: “No sé ‘doc’”.
Psiquiatra forense: “Bueno, entonces usted negocio con esas personas y entonces tenía que entregarles las municiones (...), pero, ¿cómo hizo para sacar la munición?”
Manuel: “Yo las guardé, y como me requisaban en la salida por la guardia, entonces me tiré por una reja cuando pensé que nadie podía verme o atraparme”
Psiquiatra forense: “¿por qué no salió con ella por la puerta?”
Manuel: “Porque ahí me requisaban y me iban a encontrar las municiones”
Psiquiatra forense: ¿usted ahí tendría el riesgo de ser descubierto?”.
Manuel: “Sí, ‘doc’”. (Psiquiatra forense y examinado. Valoración psiquiátrica forense, 30 de noviembre del 2011).

Luego de esta conversación se cerró el diálogo. Acto seguido, el psiquiatra forense le solicitó a Manuel que saliera por un instante de la oficina, mientras él comparaba los datos obtenidos con la información seleccionada en el expediente, a partir de la lectura realizada previamente. Al salir Manuel de la oficina, el psiquiatra forense dirigió su mirada hacia nosotras y nos explicó lo que había pasado a la llegada de Manuel, es decir, el percance ocurrido con la secretaria por no haberlo anunciado. Luego de esto, el psiquiatra nos dice

que quizás Manuel no sea un “psicópata”, pero tampoco un inimputable. El psiquiatra forense dice: “el comportamiento de él (se refiere a Manuel) se debe a otras estructuras adquiridas en la vida social, militar, familiar, etc., que no implican la incapacidad para comprender y autodeterminarse con relación a los hechos”. (Psiquiatra forense número nueve. Valoración psiquiátrica forense, 30 de noviembre del 2011).

Luego de este diálogo, el psiquiatra forense hace seguir a Manuel nuevamente para darle a conocer que considera que la información recolectada es suficiente para responder a la autoridad judicial. De esta forma se cierra la valoración, justo después de indicarle a Manuel que la respuesta de la valoración llegará al juzgado.

El “casos” de Nicolás

El día 14 de junio del año 2011, acompañé al psiquiatra forense a la valoración de un caso inscrito en una interdicción judicial. Ese día, mientras aguardaba en la sala de espera, observé en un sofá doble a dos personas del género masculino; uno de ellos hablaba solo. Mientras yo miraba lo que pasaba allí, salió el psiquiatra forense a la sala de espera para indicarme que me acercara a su oficina. Yo, siguiendo sus indicaciones, me levanté de la silla e ingresé en la oficina. Dentro del lugar, además del psiquiatra forense, se encontraba una residente de psiquiatría. Luego el psiquiatra nos dijo que el examinado padecía de “esquizofrenia”, según el reporte de su expediente. Posteriormente me ordenó ubicarme junto a la residente de psiquiatría, lejos del examinado, mientras él se dirigía a la sala de espera para llamar al paciente. En un momento dado, observé al señor que hablaba solo en la sala de espera, al tiempo que este era guiado a la oficina por su acompañante. Noté que un señor se demoraba un poco más para entrar, y, mientras el otro entraba a saludar al psiquiatra forense y miraba hacia atrás, el señor llamó a quien, en ese momento, supuse era Nicolás. Este último al parecer no quería entrar y quiso quedarse de pie al lado de la puerta cerrada.

Nicolás no quiere tampoco sentarse. El psiquiatra forense le pide que se siente mientras le indica la silla y le da al acompañante el consentimiento informado. El psiquiatra forense inicia la recolección básica de la información según la plantilla, luego inicia el diálogo y la

residente toma registro de los datos. Tan pronto se confirma y registra la identificación del examinado, el psiquiatra forense comienza a preguntar, primero al acompañante y luego a Nicolás, sobre el motivo que los hace estar ahí y la relación de la “enfermedad mental” con la solicitud de la interdicción.

Psiquiatra forense: “Cuénteme, ¿por qué están aquí?”

Acompañante: “Porque estoy haciendo los tramites del seguro, requiero de esto para un subsidio [...]”

Psiquiatra forense: “Cuénteme, ¿por qué Nicolás no tiene la capacidad?”

Acompañante: “Porque lo que le digan él lo va haciendo, él no tiene la capacidad de decidir [...]”

Psiquiatra forense: “¿Usted sabe por qué están solicitando este examen?” [Pregunta a Nicolás].

Nicolás: (se toma tiempo y mira al psiquiatra). “Porque tengo una incapacidad, algo en el comportamiento”. [Voz baja, habla lento y mira para todos los lados]. Y continúa: “Aunque me he sentido más o menos mejor con los medicamentos [...]”. [Comienza a enunciar algunos, pero el hermano acompañante termina de nombrarlos y Nicolás guarda silencio]. (Psiquiatra forense número once y examinado. Valoración psiquiátrica forense, 14 de junio de 2011).

El psiquiatra forense no interrumpe al hermano pero, tan pronto este guarda silencio, le pregunta a Nicolás, y luego al acompañante, sobre la vida familiar, por las personas que conforman la familia, el lugar que Nicolás ocupa según el orden de nacimiento de los hermanos, la relación de este con la mamá y el papá, etc.

Después el psiquiatra forense exploró sobre el nacimiento y desarrollo biológico de Nicolás, a lo que el hermano respondió, luego de mirar a Nicolás y guardar un momento de silencio: “no recuerdo”, y agregó: “todo fue normal”. Posteriormente hablaron acerca de la escolaridad y la vida laboral de Nicolás, información que suministraba el hermano, quien dijo al psiquiatra forense: “Nicolás trabajaba en chapinero, luego de haber estudiado un técnico. Pero después de los 24 años él empeoró y no regresó a trabajar, y desde ahí está en la casa y tiene episodios, que incluso lleva todo el tiempo con terapias y medicamentos”.

Psiquiatra forense: “Sabe qué día es hoy”

Nicolás: “Sí, catorce de junio del 2011. [Lo dice con dificultad, mientras al parecer cuenta con los dedos de la mano y tartamudea].

Psiquiatra forense: “¿Día de la semana?”

Nicolás: “martes [...]”

Psiquiatra forense: “¿Cómo se llama este sitio?”

Nicolás: “El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”

Psiquiatra forense: “¿Usted sabe por qué venimos acá?”

Acompañante: “venimos porque necesitamos recibir el subsidio [...]”

Nicolás: “¡Déjeme hablar! (Psiquiatra forense número once. Examinado y acompañante del caso de Manuel. Valoración psiquiátrica forense, 14 de junio de 2011).

Tan pronto como Nicolás fue interrumpido exclamó, “déjeme hablar”. Luego el hermano retomó irremediablemente la conversación, y aunque el psiquiatra forense se mantuvo sereno frente a esta tensión entre el acompañante y el examinado, Nicolás quedó relegado al silencio y luego miró frente a la pared que estaba cerca de él y empezó a hablar solo. En cuanto el psiquiatra forense observó este comportamiento, se dirige a Nicolás y preguntó:

Psiquiatra forense: “¿Nicolás, usted tiene una enfermedad?”. [El psiquiatra forense lo mira].

Nicolás: [cierra los ojos y tartamudea]. “Un problema en el comportamiento o esas cosas”.

Psiquiatra forense: “¿Qué sucede en el comportamiento?”

Nicolás: “Lo mismo que me preguntan en otras partes, si se oyen voces, [...]”

Psiquiatra forense: “¿Escucha voces?”

Nicolás: “Música que se escucha en otra parte”

Psiquiatra forense: “¿Ahora escucha voces?”

Nicolás: “En el momento no”

Psiquiatra forense: “¿Antes sí escuchaba voces?”

Nicolás: “Sí”. (Psiquiatra forense número once y examinado del caso de Manuel. Valoración psiquiátrica forense, 14 de junio de 2011).

Cuando Nicolas le responde al psiquiatra y éste puede mantener un diálogo, ambos continúan hablando sobre el manejo del dinero por parte de Nicolás y la posibilidad de hacer cosas por él mismo. Luego el psiquiatra forense le pregunta a la residente si tiene algo más que decir respecto al caso de Nicolás, y ella asiente con la cabeza de forma afirmativa. De esta forma, comienza a preguntarle a Nicolás por la similitud entre palabras u objetos, preguntas a las que Nicolás respondía con lentitud pero de manera acertada; además, mientras esto pasaba, el psiquiatra forense mantenía la vista puesta en Nicolás, cuyas respuestas observaba con detenimiento. Cuando la residente de psiquiatría terminó de preguntar guardó silencio. Acto seguido, el psiquiatra forense informó al acompañante que consideraba pertinente cerrar la valoración porque tenía la información para responder a la autoridad judicial respecto al caso. El acompañante se levantó de la silla y se despidió del psiquiatra forense dándole la mano; mientras él hacia esto, Nicolás ya estaba de pie al lado de la puerta, a la espera de que alguien la abriera para él salir de la oficina.

El “casos” de Rosa

El día 7 de julio del año 2011, me encontré con el psiquiatra forense para realizar el acompañamiento a un “casos” de interdicción. El psiquiatra forense me indicó una silla cercana a la ventana con vista desde la oficina hacia el parque, luego él tomó los dos consentimientos informados y dejó en la pantalla del computador la plantilla del informe pericial.

El psiquiatra forense se levantó de la silla y salió al borde de la puerta de la oficina para llamar a la examinada por nombre y apellido propio. Luego del anuncio, dos mujeres respondieron al llamado del psiquiatra forense y ambas entraron en la oficina: una mujer guía a la otra para entrar. El psiquiatra forense le indicó a la señora que había ingresado primero que se sentara. Dicha señora le indicó a su vez a Rosa que también se sentara, y le corrió la silla un poco más cerca. El psiquiatra forense se sentó y le pidió a la acompañante leer los dos consentimientos informados antes de firmarlos. Luego le explicó a la acompañante que le iba a preguntar unas cosas a Rosa, por lo cual ella debía esperar en silencio.

Psiquiatra forense: “Rosa, le voy a hacer unas preguntas, si no las sabe, no hay problema”, y agrega: “¿Cuántos años tiene?”

Rosa: [mira a la acompañante] “mmmm... eh... eh... 20”

Psiquiatra forense: “No la mire a ella”. Y agrega: “Rosa, ¿qué pasa si yo le digo que usted tiene 47 años?”

Rosa: “Años muchos [...]”

Psiquiatra forense: “Rosa, no se preocupe, le voy a preguntar unas cosas a ¿María?” [el confirma el nombre de la acompañante]. (Psiquiatra forense número siete y examinada del caso de Rosa. Valoración psiquiátrica forense, 07 de julio de 2011).

Entonces el psiquiatra forense fijó la conversación en María. Por medio de la versión de esta última se conoció que Rosa estaba sola en el país y que Luisa, la hermana de Rosa, se la quería llevar para Estados Unidos, pero necesitaba la visa y por ese motivo solicitaban la interdicción. Además, María contó e insistió que ella creía que Rosa no tenía la “capacidad” y decía:

María: “Ella no recuerda, ella tiene como momenticos, ella de un momento cualquiera se para y se va. Ella es muy aseada, ella sabe que se tiene que cepillar. Ella lava los platos de la comida y yo le digo que si lava el mío y ella me dice: No, usted. Ella habla así. Ella hay que tratarla como una niña, me angustia, ella no hace nada si yo la dejo hay sentada, ella se queda ahí”.

Psiquiatra forense: “¿Qué más me cuenta?” [...].

María: “Ella es como un bebé que toca cuidarla, estar pendiente de ella”. (Psiquiatra forense número siete, examinada y acompañante del caso de Rosa. Valoración psiquiátrica forense, 07 de julio de 2011).

El psiquiatra forense continuó la conversación explorando sobre la cotidianidad de Rosa, información que María pudo brindar porque ambas vivían en la misma casa, señalando: “Ella no busca comida, ella no pide comida, ella no dice ‘tengo hambre’, ella solo pregunta: ‘¿ya mozo?’”. Posteriormente, el psiquiatra forense preguntó por la historia médica de Rosa, pero María no tenía información al respecto, según ella, siempre vio que a Rosa la llevaban a médicos y que la cuidaban, y agregó: “Luisa, la hermana, paga por los cuidados que recibe Rosa”. El psiquiatra intentó explorar más pero María respondía con evasivas como: “Yo no sé, pues yo era muy pequeña en ese entonces; además yo empecé a trabajar y deje de ir. Solo tengo claro que lo de Rosa es de nacimiento”. El psiquiatra forense trató de explorar más sin tener éxito, y, debido a la poca información que María podía brindarle, le explicó que cerraría la valoración, ante lo cual la acompañante se sorprendió (abrió los ojos e hizo cara de asombro), luego preguntó respecto al trámite de la visa. Sin embargo, el psiquiatra forense le explicó que esto se salía del alcance de él y de lo esperado en la valoración. Ante lo cual María insistió en que necesitaba un certificado de asistencia porque ella se acercaría al juzgado a preguntar por la respuesta de la valoración. Entonces el psiquiatra forense les explicó que quizás en la secretaria las podrían asesorar respecto a lo que María necesitaba y que las acompañaría a la salida.

El “casos” de Mario

El día 3 de agosto del año 2011, el psiquiatra forense valoró a Mario, quien estaba inscrito en un “casos” de interdicción judicial. El psiquiatra forense se levantó de la silla y dejó en la pantalla del computador la plantilla del informe pericial, luego salió al borde de la puerta para llamar, por nombre y apellido propio, al examinado (al parecer, una persona del género masculino que se encuentra en una silla de ruedas). Detrás de él está un señor que dirige la silla de ruedas y junto a ellos una señora de contextura delgada que lleva en las manos una toalla. Todos se dirigen desde la sala de espera hasta la oficina del psiquiatra.

Las tres personas entran a la oficina: señor, señora y Mario. El psiquiatra forense pregunta por Mario, ambos (señora y señor) señalan a la persona de la silla de ruedas. El señor ubica la silla de ruedas a un lado del escritorio, mientras la señora acomoda una silla cerca a Mario. El psiquiatra forense pide a la señora que se quede en la oficina durante la valoración y pide al señor que espere afuera, argumentando que no es necesario que todos estén presentes. El psiquiatra forense comparte los dos consentimientos informados y le explica a la señora que el segundo corresponde a mí trabajo de grado. La señora firma ambos consentimientos informados y se los da al psiquiatra forense, quien me entrega el consentimiento informado correspondiente a la investigación y adjunta el otro al expediente. El psiquiatra forense se dirige a Mario y dice:

Psiquiatra forense: [el psiquiatra forense se retira un poco del escritorio para acercarse al examinado]. “Hola, Mario”.

Examinado: (Mario no pronuncia palabra).

Psiquiatra forense: “¿Mario articula el lenguaje?” [Pregunta a la señora].

Acompañante: “Mario no articula el lenguaje, él se comunica por señas o actos”. Y agrega: “cuanto él quiere comer me jala o señala la comida”. (Psiquiatra forense número seis. Valoración psiquiátrica forense, 03 de agosto de 2011).

Debido a las condiciones en las que se encuentra Mario, quien no puede dar información de sí mismo o sobre la situación que experimenta, se observa al psiquiatra forense establecer un diálogo con la acompañante (la madre de Mario). Esta última le cuenta al psiquiatra forense que: “Mario padece esta situación desde el nacimiento, nosotros como familia aún no tenemos certeza de lo que ocurrió” y agrega: “luego del tiempo hemos asumido la situación con tranquilidad, pero los diez primeros años fueron de sufrimiento”.

Luego de esto, el psiquiatra forense pasa a explorar sobre la historia médica, personal y los motivos que tienen para solicitar la interdicción. La señora continúa, pero en algunos instantes se detiene para tomar la toalla que traía para limpiarle la boca a Mario.

Psiquiatra forense: “¿Por qué realiza usted esta diligencia para la interdicción?”.

Señora: “Porque estoy buscando una pensión para él que lo ayude y proteja en el momento en que alguno de los dos (ella o el esposo) faltemos, pretendo que alguien pueda representarlo junto con los bienes que heredaría de la familia.”

Psiquiatra forense: “¿Quién administraría esa pensión?”.

Señora: “mmm... el hermano mayor”.

Psiquiatra forense: “¿por qué ese mmm?...”

Señora: “Porque él no es el re-hermano, yo le he evitado poner tantas cargas, pero él sabe y acepta que él ayudaría a cuidar y proteger a su hermano”. (Psiquiatra forense número seis. Valoración psiquiátrica forense, 03 de agosto de 2011).

Luego de quince minutos más de sostener el diálogo entre el psiquiatra forense y la mamá de Mario, el primero consideró que ya había conocido lo suficiente sobre la “incapacidad” de Mario, por lo que decide comunicar a la madre sobre la culminación de la entrevista; No obstante, la señora se sobresalta porque no entiende cómo la valoración ha podido terminar, según ella, “¿Tan pronto?”.

Acompañante: “¿Tan pronto, en la citación dice que puede durar hasta tres horas”. Y agregó: “¿Porque es usted un forense? ¿Cuál es su formación? ¿Aquí no podemos ya hacer nada más?” [Pregunta la señora un poco exaltada].

Psiquiatra forense: “El tiempo de la valoración depende de la complejidad del caso, este caso no era tan complejo por el estado de Mario”. El psiquiatra forense dice además: “Yo sí soy un psiquiatra forense”. [El psiquiatra forense abre la puerta para el ingreso del papá de Mario].

Ambos, madre y padre de Mario, salen de la oficina del psiquiatra forense. El papá se dirige hacia Mario y la señora toma sus pertenencias y se despiden del psiquiatra, al salir de la oficina. (Psiquiatra forense número seis. Valoración psiquiátrica forense, 03 de agosto de 2011).

El “casos” de Gloria

El día 15 de septiembre del 2011, el psiquiatra forense se acercó al borde de la puerta para llamar por nombre y apellido a la examinada. Yo, observé que en la puerta aparecían dos señoras, que sin detenerse para tomar asiento siguieron directo al fondo de la oficina, ante lo cual el psiquiatra forense les señaló las sillas que estaban al otro lado del escritorio, y dijo: “señoras acompañenos sentándose aquí, por favor”. Una vez las señoras estaban sentadas frente al psiquiatra forense, él les pasó ambos consentimientos informados y les explicó que hablaría con ellas de manera separada. Acto seguido, pidió a la acompañante salir mientras hablaba con Gloria:

Psiquiatra forense: “¿qué le han dicho de la esquizofrenia?”.

Gloria: “Que es ser loquita [...]”.

Psiquiatra forense: “Alguna vez le ha sucedido a usted que escucha voces, o tiene alusiones con la música y/o que sintiera algún contacto con alguien, ¿dioses?”.

Gloria: “Veía ángeles, cuando me enfermé”. Y agregó: “Yo los veía blanquitos” [la señora hace señas en el aire como si los viera enfrente].

Psiquiatra forense: “Los veía, pero, ¿por qué no hablaba con los ángeles?”.

Gloria dice: “Por la misma enfermedad”.

Psiquiatra forense: “¿Hoy qué piensa?”.

Gloria: “Que son ángeles del cielo”. (Psiquiatra forense número cuatro. Valoración psiquiátrica forense, 15 de septiembre de 2011).

Aunque Gloria estaba serena y hablaba con el psiquiatra, experimentamos un momento en el que ella se quedó en silencio y me miró fijamente, durante ese lapso Gloria dejó de hablar y el psiquiatra forense notó que su atención se dirigía hacia mí. Luego, el psiquiatra forense le preguntó: “¿Gloria, pasa algo?”. A lo cual ella respondió, “la estoy mirando porque ella escribe y escribe. Ella escribe toda mi historia”. (Examinada. Valoración psiquiátrica forense, 15 de septiembre de 2011). El psiquiatra forense soslayó la situación, cuando le pidió a Gloria ir en busca de la hermana para hablar con ella. Después de esto entró la acompañante de Gloria y esta última se retiró. El psiquiatra forense le preguntó por los motivos que la habían llevado a solicitar la interdicción y también por la “enfermedad mental” que padecía Gloria. La acompañante le informó al psiquiatra forense que ellas solicitaban una pensión del SENA que un hermano le dejó a Gloria, hermano que cuidaba de ella. Y respecto a la “enfermedad mental”, la acompañante contó al psiquiatra forense que ella solo recuerda que Gloria lloraba mucho y agrega: “Gloria empezó después a hablar sola y a ver cosas”. Luego de quince minutos, el psiquiatra forense consideró que con la información recolectada y el apoyo en el expediente era posible cerrar la valoración, y le indicó a la acompañante que él le responderá a la autoridad judicial, pero la señora dijo:

Acompañante: “Bueno. Hasta luego y a mí que no me gusta hablar con los psiquiatras”.

Psiquiatra forense: [Con una sonrisa en el rostro]. “Tranquila, a quién le gusta hablar con un psiquiatra”. [Risas de todos]. (Psiquiatra forense número cuatro y acompañante. Valoración psiquiátrica forense, 15 de septiembre de 2011).

El “casos” de Verónica

El día 5 de noviembre del año 2011, el psiquiatra forense me explicó –minutos antes de la valoración– que la categoría médico-jurídica que se aplicaría al “casos” que íbamos a compartir se relacionaba con la interdicción judicial, puesto que la autoridad judicial, en este “casos”, solicitaba determinar la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos de la examinada.

Una vez preparadas para recibir a Verónica (la psiquiatra forense me ubicó una silla al lado de ella), entró intempestivamente una señora con un niño que al parecer sufría “retraso mental”. La señora llegó mal humorada y exigía el informe pericial correspondiente al caso de su hijo, quien permanecía a su lado. La psiquiatra forense guarda silencio un instante, luego se levanta de la silla, saluda a la señora y la invita a que se calmara y tomara asiento. La psiquiatra forense le indicó que debe ir a secretaria para que le aclarasen allá qué pudo haber ocurrido con el caso. La señora salió de la oficina aún molesta.

La psiquiatra forense me dice que luego de este encuentro con la señora necesita un momento para sentirse mejor, pues considera que la señora la dejó cargada de desespero. Luego de unos minutos, la psiquiatra forense decide empezar y se levanta de la silla para acercarse al borde de la puerta, desde donde llama a Verónica, quien se acerca a la puerta de la oficina con otra mujer que la acompaña. Ambas están vestidas con traje de tela, las dos tiene el pelo largo y negro, son mujeres parecidas entre sí. Una de ellas ingresa a la oficina y señala a la persona que viene detrás de ella: “ella es mi hermana”. Cuando la psiquiatra forense se sienta en la silla frente a la examinada y acompañante les dice que deben acordar dos consentimientos informados, y agrega que ella se comunicará con la autoridad judicial por medio de un informe pericial que posteriormente escribirá, finalmente enfatiza en que esta será la única vez que se encontrarán. De manera simultánea, la psiquiatra forense toma el consentimiento informado y le dice a la examinada que la valoración se va a manejar en dos partes: primero explorará lo ocurrido en la vida de Verónica y la experiencia propia de una presunta interdicción; y, en segundo lugar, indagará acerca de la “enfermedad mental”, en relación con la forma como Verónica experimenta la vida en este momento.

La psiquiatra forense inicia la exploración al margen de la información básica, según los parámetros en el informe pericial. Tan pronto como termina de llenar esta parte de la plantilla, abandona la recolección de datos y regresa la mirada hacia Verónica para pedirle que le cuente qué entiende ella por el proceso de interdicción. Sin embargo, ninguna de las dos responde a la pregunta, ellas no dicen nada sobre la interdicción, solo hablan de la “esquizofrenia”:

Psiquiatra forense: “Pero, ¿eso qué tiene que ver con la interdicción?”.

Acompañante: “Ella golpea a las personas, entonces queremos la interdicción [...]”.

Psiquiatra forense: “Pero bueno, más allá del proceso de ley, lo que yo estoy preguntando es cuál es la necesidad a la que atiende la interdicción”. [Las mira a las dos].

Acompañante: “Buscamos que a mi hermana no la vayan a meter en un problema por la forma que trata a las personas y para que ella tenga la pensión de mi mama, porque mi mama tenía una pensión y nosotros económicamente no tenemos los medios”.

Psiquiatra forense: “Estamos en un equívoco, porque controlarla para que no agrede a nadie se escapa de cualquier persona, no se puede prevenir, son gajes del vivir. Además tiene que aprender a manejar los síntomas. Ustedes tienen que tener más claridad sobre los procesos que están haciendo porque a ella le quitan muchos derechos civiles por la incapacidad”.

Verónica: “Yo no tengo incapacidad”. (Psiquiatra forense número doce, examinada y acompañante. Valoración psiquiátrica forense, 05 de noviembre de 2011).

El desconocimiento de la examinada y de su acompañante respecto a la categoría médico-jurídica de la interdicción, que queda al descubierto por parte de la psiquiatra forense, le indica, según la experiencia forense adquirida, que debe explorar otros elementos articulados para valorar una interdicción. En virtud de lo anterior, indaga sobre la capacidad de Verónica para trabajar y valerse por sí misma. El psiquiatra forense dice:

La psiquiatra forense: “¿Con quién vende empanadas?”.

Verónica: “Con una vecina”.

Psiquiatra forense: “¿Quién las cocina?”.

Verónica dice: “yo las vendo y yo las cocino”.

Psiquiatra forense: “Sí ve, ella tiene muchas cosas para estar aprendiendo, hay capacidad de trabajo y necesita es aprender a manejar su personalidad y su mente. (Psiquiatra forense número doce y examinada. Valoración psiquiátrica forense, 05 de noviembre del 2011).

En esta parte del diálogo la psiquiatra forense encuentra que, además de que Verónica aún tiene la capacidad de decidir y trabajar, ella suele darle sentido a la vida diaria a partir de “la revelación divina”. De esta forma, observé y escuché a Verónica hablar sobre la experiencia a través de un pensamiento místico que impide a la psiquiatra forense explorar otras dimensiones:

Verónica: “Yo era normal, pero hay personas que destruyen lo angelical de uno, por eso todo eso que yo sufrí me afectó. Pienso que fue por eso, por lo que me pasó con lo del juego y la brujería. Yo una vez amanecí con un montón de bichos y otras cosas más que me pasaron. Yo creo que todo eso se trata de la gente que quiere ir en contra de la obra de Dios, y más ahora que existe satanás y existe la muerte, todo eso para mí fue un trauma. (Examinada. Valoración psiquiátrica forense, 05 de noviembre del 2011).

Cuando la psiquiatra forense empezó a notar que todas las respuestas de Verónica se orientaban hacia la relación de las situaciones personales y familiares con el pensamiento místico, tomó apunte de estas constantes interrupciones en el diálogo, ocasionadas por la revelación divina a la que apelaba Angélica. Luego, consideró pertinente cerrar la valoración.

Respecto a estos ocho “casos” registrados y descritos, en torno al encuentro del psiquiatra forense y los otros actores sociales al momento de la valoración psiquiátrica forense, se muestran ocho encuentros entre el psiquiatra forense y el/la examinado(a), por medio del establecimiento de las relaciones sociales entre los actores sociales que están inscritos en los marcos de referencia compartidos por los actores en el INMLCF. Poner en escena este encuentro es mostrar el registro recolectado en campo, según el modelo dramático focalizado en la actuación de los personajes a través del registro de la interacción cara-cara que pone en escena un conjunto de prácticas y esquemas mentales específicos.

Escena intermedia: Mi corazón puesto en escena por mi experiencia en campo

Cuando decidí hacer trabajo de campo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, tenía preguntas sobre las prácticas referentes a la “anormalidad” y los sentidos de la “enfermedad mental”, el sufrimiento, el dolor, la trasgresión, lo monstruoso y perverso que empezaba a aparecer como intolerable⁶. En campo me encontré con una experiencia marcada de emoción (propia y ajena) por medio de los registros etnográficos; a partir de mi larga participación en campo sentí convertirme en una “aprendiz” del psiquiatra forense; me cuestionaba si estaba abandonando mi lugar de partida (antropología) al estar permeada de manera cotidiana por la psiquiatría forense y quizás estarme apropiando de algunas técnicas y palabras ajenas.

Pero así como me sumergía en los esquemas mentales y prácticas cotidianas de los psiquiatras forenses, yo insistí en comprender la “enfermedad mental” a partir de otros caminos interpretativos, mediante mi experiencia etnográfica y gracias a la compañía del psiquiatra forense. Debido a ese anclaje a mis preguntas iniciales y los registros en campo, en ocasiones yo sentía que fantaseaba en mis conversaciones con los psiquiatras forenses. Así, por ejemplo, mientras ellos me mostraban un esquema analítico en el que se inscribe parte de la tradición médica y psiquiátrica, yo tensionaba esos esquemas mentales compartidos con miradas históricas y sociales que condicionan los encuentros cara-cara. Mientras ellos se enfocaban en el comportamiento y los significados posibles en torno a la “enfermedad mental”, mis pensamientos iban de las interpretaciones psiquiátricas forenses a desbordarse de la psiquiatría y el derecho, incluso parar involucrarse con mi experiencia.

Las preguntas y mis propias dudas estaban siempre cuestionando los registros etnográficos. En otras palabras, yo siempre puse en tensión mi experiencia en campo a través del extrañamiento (técnica para sentirme ajena al contexto, finalmente yo era un actor transitorio en dicha escena); quise mantener esta “técnica” en mi experiencia en campo, siguiendo lo aprendido en las clases de metodología y las salidas de campo.

⁶Ver imagen 5. En esta fotografía intento poner en escena una imagen que rompe con la armonía al estar contaminada de sangre, vidrios, etc.

Imagen 5. Vidrios de accidente



Fuente: Claudia Gálvez Chávez (2011).

Cuando empecé a ingresar a las valoraciones psiquiátricas forenses sentía incluso alegría por la experiencia que tendría. No obstante, al tercer caso registrado en valoración psiquiátrica forense, no me sentía tan bien como al principio de los registros etnográficos; básicamente me sentía acongojada por el sufrimiento de la persona que estaba enfrente mío, especialmente en los casos de interdicción. Es estos últimos, aunque tenía cierta claridad sobre mi estadía allí, no entendía éticamente si hacía lo correcto; finalmente, ¿quién era yo para escuchar los padecimientos y las desgracias de la vida de otros?, ¿podría yo ser vista como una intrusa?, porque así me sentía. ¿Tenía yo la fortaleza de corazón para escuchar al otro en sus lamentos y sufrimientos?, etc.

Cuando yo estaba frente al examinado(a), algunas veces decidía no mirarlo(a), pues no quería responder a ningún tipo de conexión. Yo quería solo registrar la experiencia en relación al “casos”, pero era inevitable no sentir el sufrimiento ajeno, y mucho más doloroso tener que registrarlo⁷. Incluso algunos días yo me quedaba inmersa en las tareas vividas en campo, sistematizaba los registros etnográficos y contrastaba mi propia experiencia con todo lo que me podía rodear en un día común. Empecé a sentirme cansada debido a la experiencia cercana al sufrimiento del otro y lo permanente de esto en campo. Me sentía agotada pero aún faltaba registrar otros “casos”.

Había mañanas en las que, debido a mi cansancio físico, no podía asistir a las tareas de campo: me dolían las piernas, los ojos no toleraban la luz, además empecé a experimentar depresiones. Algunos meses me vi sumergida en crisis personales que, junto a la emoción transferida en campo, me llevaban a querer permanecer dentro de las cobijas, sin asomarme al mundo durante todo el día completo. Como consecuencia de este momento de mi experiencia en campo, decidí suprimir durante ese periodo cualquier tipo de relación afectiva que pudiera ocasionarme algún tipo de sufrimiento; no quería anexar más dolor al que me transfería la experiencia de campo. Sumado a lo anterior, opté por recolectar los datos necesarios y mantener contacto solo con la psiquiatra forense, Nancy de la Hoz, quien

⁷ Ver imagen 6. Esta fotografía, que carece de sentido, pone en escena un “algo” pantanosos, con partes incompletas, etc. Que están relacionadas al igual que los registros anteriores con algo no puesto en palabras.

además de ser una de las fuentes principales en la investigación, era una amiga con la que podía compartir mis cambios emocionales e incluso mis desasosiegos y dudas.

Imagen 6. Muñeca en el camino



Fuente: Claudia Gálvez Chávez (2010).

Tan pronto como terminé el trabajo de campo, padecí otra ruptura en mi cotidianidad. Mi vida familiar estaba experimentando cambios y debía regresar a mi pueblo para asumir tareas familiares correspondientes a mi rol de hija. Entonces experimenté cambios que afectaron mi trabajo de grado; los últimos 11 meses fueron el encuentro de todas las contingencias posibles, incluso lo que se relacionaba con los registros etnográficos y el inicio de la escritura del documento. En ese momento tenía mi hilo enredado, puedo decir que se me habían cruzado las ideas y otras las había perdido; había sentido y registrado la experiencia en campo pero ahora necesitaba digerirla y escribir un documento entorno a ella.

Mis cambios emocionales seguían, pese a que yo ya había terminado la recolección de los registros en campo, e incluso para ese momento ya habían finalizado las visitas a campo y yo vivía en mi pueblo. Sin embargo, sentía que necesitaba hacer algo con aquella tristeza sin digerir que se me había quedado guardada en el pecho, la cual quizás llevaba muchos años almacenándose en mí pero solo se desbordó con el nivel de sufrimiento ajeno que pude registrar en campo. Así que empecé a asistir a terapias semanales con un psiquiatra. Estando allí encontré un espacio para poner en escena las emociones que experimentaba e hilar nuevamente un sentido para la existencia.

A medida que iba desenredando el hilo emocional que ya venía enredado de tiempo atrás, empecé a devolver mi casete para resignificar la experiencia vivida y todo lo que acompañaba mi vida en ese momento, en especial, el sufrimiento que generó la pérdida de mi papá el 9 de febrero del año 2009. Cuando por fin pude respirar profundamente y empezar a exhalar mis miedos, me encontraba en compañía de mi madre; fue en ese instante cuando comencé a escribir. Allí surgieron mis infinitos intentos por escribir: redacté el trabajo muchas veces, escribir era complicado porque las ideas y los sentidos que yo quería expresar no quedaban claros en el entramado textual. En síntesis, fue muy difícil poner en escena El Acto Psiquiátrico Forense por medio de los registros etnográficos y mis interpretaciones en relación con la investigación.

Pese a las inamovibles secuelas de los tiempos difíciles, experimenté días felices. Después de escribir demasiado, después de comerme las palabras, después de borrar y escribir, después de balbucear el inglés, después de regresar a los registros etnográficos, después de relacionar, después de diferenciar, después de analizar, después de esperar, después de volver a escribir, después de dudar, después de volver a preguntar, después de describir, después de fotografiar, después de regresar y volver a partir, después de muchos después, terminé reafirmando que, “como método, la etnografía se refiere típicamente, al trabajo de campo realizado por un investigador que ‘vive con y como’ aquellos a los que estudia, generalmente durante un periodo bastante largo (varios meses e incluso varios años)” (Ghasarian, 2008: 20).

Sumado a lo anterior, luego de realizar esta investigación, pude comprender que, desde el primer acercamiento a las “realidades otras”, estas vivencias hacían parte de la metodología de la investigación, pues, aunque mantuve cierto nivel de rigurosidad respecto a mi experiencia y los datos etnográficos, ambos se encontraban en el trasfondo de esta puesta en escena, ya que mi emocionalidad estuvo comprometida todo el tiempo.

Escena 4: La puesta en escena del psiquiatra forense al escribir el informe pericial

Luego de las valoraciones, el psiquiatra forense quedó a la espera de escribir el informe pericial para responder a la autoridad judicial. Vale la pena indicar que “el perito debe limitarse a dar las opiniones de experto que le solicita el juez, y para ello es conveniente que su dictamen escrito sea claro y comprensible y que trate de contestar lo más precisa y exactamente que pueda las preguntas que le hace el juez.” (Serpa, 1982: 26). Así, el psiquiatra forense se tomó un tiempo después de la valoración para decantar la información del expediente y los datos recolectados en la entrevista al examinado, con el fin de poder escribir el informe pericial, una tarea que hace parte de la cotidianidad del profesional forense.

El psiquiatra forense escribe el informe pericial al margen de una plantilla única dividida en once ítem: motivo de peritación, identificación, técnicas utilizadas, hechos, respecto a los hechos, historia personal, historia familiar, antecedentes específicos, examen mental, discusión-análisis y conclusión. Puntos en los que convergen la información consignada en el expediente, los registros recolectados en la valoración y la interpretación psiquiátrica forense. Esta tarea tiene el día viernes destinado para la escritura de los informes periciales, por lo que no se asignan cita. Ese día yo quedaba sola en la sala de espera, aunque algunos viernes llegaba intempestivamente un examinado(a) por urgencia judicial.

El día 22 de julio del 2011, el psiquiatra forense estaba en la oficina preparándose para la elaboración del informe pericial relacionado con el “caso” de Nicolás. A las 9:30 am llegué a la oficina del psiquiatra forense y observé que este tenía en la pantalla del computador un borrador del informe pericial entregado por la residente. Ese día los expedientes judiciales estaban sobre el escritorio usados para citar partes del informe pericial. Luego, el psiquiatra forense comentó: “Desde que el examinado entró, yo observó y exploró que el diagnóstico está claro porque el examinado es una persona dependiente totalmente de otros, no es una persona productiva, requiere atención de otras personas la gran parte del tiempo, tampoco es una persona funcional y entonces no hay duda de que tiene una incapacidad absoluta en los términos que lo trata la interdicción según el código civil”. (Psiquiatra forense once. Consideraciones personales, 22 de julio de 2011).

Al mismo tiempo que el psiquiatra forense hilaba ideas sobre el contenido del informe pericial, comentó: “La escritura de cada informe pericial tiene un encabezado donde se identifica al examinado, la relación de estos exámenes con la solicitud del dinero, incluye también a la autoridad a la que va dirigida y la referencia del oficio. Además de las técnicas empleadas, las cuales son: entrevista y revisión de expedientes”. (Psiquiatra forense once. Consideraciones personales, 22 de julio de 2011). De acuerdo con la plantilla única para el informe pericial, el psiquiatra agregó:

Esta es la parte del informe pericial que se llama hechos. En esta parte del informe se extrae lo pertinente para el caso desde el expediente. Se registra en el informe pericial datos relacionados con el concepto médico y tratamiento de la “esquizofrenia” que padece el examinado, etc. [...] Ahora, ubicados en el ítem con respecto a los hechos, encontramos aquí los datos ofrecidos por el examinado en la valoración. También tenemos la parte de la historia familiar e historia personal para pasar al ítem de los antecedentes específicos, el cual abarca preguntas sobre la persona a lo largo de la vida, [...]. (Psiquiatra forense número once. Consideraciones personales, 22 de julio de 2011).

El ítem correspondiente a los antecedentes y el ítem del examen mental tienen sub-partes para la información específica del examinado(a). La explicación y escritura de estos dos ítems del informe pericial se presenta por el psiquiatra forense, cuando indica que

corresponde al aparte de los antecedentes patológicos, relacionados con enfermedades crónicas. Antecedentes Tóxicos alérgicos, si consumió alcohol, fuma o demás sustancias tóxicas. Antecedentes Farmacológicos, medicamentos que consuma o consumió. Antecedentes Psiquiátricos, terapias, hospitalizaciones, etc. Antecedentes familiares, padre alcohólico. Y Antecedentes judiciales, para explorar si el examinado ha tenido algún otro vínculo o relación con algunos otros procesos judiciales aparte del proceso judicial que se lleva aquí en el INMLCF. (Psiquiatra forense número once. Consideraciones personales, 22 de julio de 2011).

Además de lo anterior, el psiquiatra forense agregó lo siguiente: “ahora hablaré respecto al examen mental. Desde que la persona entra yo evaluó cada función mental, por ejemplo porte, actitud, talla, medida, orientación, atención, memoria, pensamientos, lenguaje, afecto, inteligencia, juicio y raciocinio e introspección.”. Y luego enfatizó: “Esas cositas clínicas son sutiles y orientan mucho el diagnóstico”. (Psiquiatra forense once. Consideraciones personales, 22 de julio de 2011).

Luego de estas precisiones hechas por el psiquiatra forense, trajo a colación el ítem (análisis-discusión), en la que está la interpretación del psiquiatra forense a través de la articulación con los otros ítems y las reflexiones puestas en acción. El psiquiatra forense enfatizó en este ítem y la relación del mismo respecto a las conclusiones.

[...] en este caso, dentro de lo forense la enfermedad mental es evidente por ideas megalomaniacas y místicas, [...] detallándose que el examinado requiere asistencia para salir a la calle, conoce el dinero pero no sabe manejarlo en forma adecuada, que el examinado no sabe ni puede llevar una vida independiente. Así, en este apartado lo que yo hago es traducir la enfermedad mental al plano de las implicaciones que plantea y trae al INMLCF el enfoque forense desde la autoridad solicitante, [...] el examinado no tiene capacidad elaborando esta respuesta en el marco de lo que especifica la Ley 1306 del 2009. Definiendo en términos forense que padece incapacidad absoluta. (Psiquiatra forense número once. Consideración personal, 22 de julio de 2011).

Cuando el psiquiatra forense ha concluido un informe pericial, pasa al ítem correspondiente a las conclusiones, las cuales son presentadas en tres o cuatro ideas claras y concretas. Estas últimas son producto de la discusión y el análisis, en el que la “enfermedad mental” se ha desbordado a las repercusiones de esta según el enfoque forense. Es decir, luego de que el psiquiatra forense ha argumentado en el ítem de análisis-discusiones si la persona es o no interdicta o inimputable, el psiquiatra retoma ideas centrales para especificar, en las conclusiones, tres o cinco ideas muy concretas para el juez. Esto se evidencia, por ejemplo, en el informe pericial correspondiente al “caso” de Rosa, donde: “1) El compromiso que le ha generado esta enfermedad en su funcionamiento global evidencia que presenta una Discapacidad Mental Absoluta. 2) Por lo anterior, la examinada no está en capacidad de manejar sus bienes y disponer de ellos. 3) El tratamiento de esta enfermedad está en función de controles periódicos por psiquiatría para el manejo de la medicación que viene recibiendo y para recibir un tratamiento psicoterapéutico en caso de ser necesario”. (Informe pericial del psiquiatra forense respecto al “caso” de Rosa).

Esta tarea de escribir el informe pericial se completa cuando el psiquiatra forense imprime el documento, revisa hoja por hoja, para posteriormente firmarlo en la última página y entregarlo a la oficina de las secretarías, mientras firma la entrega en el libro de “Entrega de informes periciales”, entrega a la que adjuntan el expediente y solicitud recibida por parte

de las autoridades judiciales, quienes recibirán el informe correspondiente al “caso” a manera de correo entre los juzgados y el área de secretaria del grupo de psiquiatría forense⁸.

En esta escena se tiene otra actuación como parte de la presentación del Acto Psiquiátrico Forense por medio de la puesta en escena del psiquiatra forense mientras éste escribe el informe pericial para la autoridad solicitante según las categorías médico-jurídicas establecidas.

⁸Ver mapa mental 2, p. 40 (Anexos).

Escena intermedia: Aparición del falso psiquiatra forense

En una de las puertas de las oficinas que están alrededor de la sala de espera del segundo piso, se ubicaba cada mañana el falso psiquiatra forense. Este hombre, delgado y alto, portaba dentro y fuera de la oficina una bata blanca y el carné que lo acreditaba como funcionario del INMLCF. Era reconocido institucionalmente como el supuesto psiquiatra forense que aparentó durante diez años formar parte del grupo de Psiquiatría Forense. Él tenía un rol instaurado a través de las apropiaciones del lenguaje y los esquemas mentales, los cuales reproducía en el quehacer psiquiátrico forense, pues, aún sin ser uno de ellos, podía realizar el quehacer del psiquiatra forense en las condiciones del INMLCF :

El psiquiatra forense se vale del campo clínico para emitir un diagnóstico desde el punto de vista de estas clasificaciones, pero además el forense hace un cruce de esa información científica con la información legal que también está dentro de su campo de acción. Entonces, poner la situación del estado mental de un paciente en un ámbito jurídico, es lo que le permite a la autoridad comprender cuál es el estado mental de un examinado para el momento que se comete un ilícito o cuando está comprometido en cualquier proceso de tipo judicial. (Psiquiatra forense número ocho. Entrevista 11 de mayo del 2011).

El falso psiquiatra forense también tenía toda la escenografía necesaria para la realización del quehacer psiquiátrico forense. Por ejemplo, realizaba las tareas periciales respecto a las valoraciones, informes periciales y audiencias públicas; al parecer, dicho personaje se había apropiado de estas prácticas y esquemas mentales, a tal punto que, al ponerlas en escena, pasaba de ser un individuo común a un psiquiatra forense; no en vano, pudo mantener el engaño por casi diez años, sin ser descubierto por los otros actores o el público (psiquiatra forense, autoridad judicial, etc.). Eran los informes periciales que él presentaba ante los juzgados o audiencias públicas, documentos reconocidos por la autoridad judicial. El falso psiquiatra forense asumía y resolvía casos de manera cotidiana; además el quehacer que él representaba se inscribía tanto en las actividades del psiquiatra forense como en las pautas institucionales que se compartían. Las categorías médico-jurídicas que se compartían y articulaban al quehacer del profesional de la disciplina, posiblemente, habían sido también apropiadas por parte del falso psiquiatra forense, quien reproducía dichas prácticas y esquemas mentales de manera cotidiana:

Yo como psiquiatra forense considero que en esta tarea el psiquiatra forense debe emitir un diagnóstico a partir del campo clínico, este debe estar al margen de lo que nombra las clasificaciones del DSM IV. Este nivel es el que debe dominar la rutina del psiquiatra forense, porque aunque nosotros establecemos relaciones sociales con otras personas aquí en el instituto, no podemos dejar que estos vínculos nos guíen el diagnóstico. (Psiquiatra forense número ocho. Entrevista, 11 de mayo de 2011).

El grupo de psiquiatría forense se pronunció y enfatizó en el daño que el falso profesional le había hecho a la sociedad por medio de los informes periciales que escribió. Entre otras cosas, porque con su engaño y falsos conceptos psiquiátricos habría podido cometer muchas injusticias; también porque significaba el detrimento de la administración de justicia, quien no podía asumir dichos informes como algo legítimo, una vez se había hecho evidente la falsificación del psiquiatra. En consecuencia, el grupo de Psiquiatría Forense debió asumir los “casos” que habían sido asignados a este falso profesional, dado que todos los informes periciales carecían de reconocimiento ante el grupo, la institución y la sociedad.

Del mismo modo, el grupo de Psiquiatría Forense se puso en la tarea de quitarle el rango de “doctor” que aún le asignaban al falso psiquiatra forense los funcionarios públicos. Registré esta experiencia cuando una secretaria del grupo de psiquiatría forense llegó a entregar un informe pericial y a consultar sobre el destino de un caso específico que había sido tratado por el falso psiquiatra, a quien todavía se refería como “doctor”. Ante esto, el psiquiatra forense le explicó a la secretaria que no debía decirle “doctor” porque él había sido un falso psiquiatra forense descubierto. Finalmente esta experiencia dejó en el ambiente del grupo de psiquiatría cierto tipo de burla. Mientras que la Institución sobrecargaba de trabajo a los psiquiatras forenses, quienes podían atender incluso 30 “casos” mensuales, había un personaje que, sin tener el título profesional, había logrado colarse al interior del grupo. Luego de esta experiencia, en la institución se escuchaban comentarios como: “¿el falso psiquiatra forense aún escribe informes periciales desde la cárcel? [...] hay que preguntarle a (nombre del falso psiquiatra forense), para saber qué considera respecto al caso X que valoró mientras su estaba en el instituto [risas burlonas].” (Consideraciones de los psiquiatras forenses. Reflexiones en campo, enero- abril de 2013).

Escena 5: La puesta en escena del psiquiatra forense al rendir testimonio en la audiencia pública

La última puesta en escena del psiquiatra forense corresponde a una tarea adicional, la cual hace parte de algunos “casos” inscritos en las inimputabilidades. Estos “casos” esperan del psiquiatra forense la puesta en escena, pues –luego de valorar y escribir el informe pericial y al ser testigo en la audiencia para dar testimonio, según su interpretación psiquiátrica sobre la “anormalidad”– podrá iluminar al juez en una audiencia pública. De esta forma, la escena que sigue a continuación pone en acción otro momento del Acto Psiquiátrico Forense en el cual el psiquiatra forense entra en otra escena para realizar el mismo rol, pero ahora en el contexto de una audiencia y frente a un juez. Allí dará testimonio dentro del marco científico y jurídico sobre la interpretación psiquiátrica forense respecto al “casos” estudiado. Antes de esto, vale la pena precisar que “es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.” (Código de Derecho Penal Colombiano. Artículo 33, Ley 599 del 2006).

El cambio al sistema penal acusatorio, por medio del acto legislativo número 03 del 19 de diciembre del 2002, implicó el re-ajuste a la rama judicial entorno a la administración de justicia con cuatro características para resaltar, según el artículo de Alfonso Reyes (Reyes, 2005: 3): diferenciación de roles entre juez y fiscal, principio de oportunidad, control de garantías, proceso oral en audiencias, principio de concentración y supresión de la defensa de oficio. Estos cambios tenían como horizonte la descongestión del sistema administrativo de justicia, generar beneficios para las personas en condición de inocente y promover el debido proceso (según los términos de la ley); además de lo anterior, este sistema acusatorio ajustó las funciones de la Fiscalía en tanto ente investigativo y operador de justicia inscrito al Estado y articulado al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) como ente al servicio de las funciones investigativas, judiciales y forenses.

Estas condiciones judiciales inscriben el quehacer del psiquiatra forense a tareas investigativas y forenses articuladas con la Fiscalía y las políticas administrativas del INMLCF, entre ellas, las tareas relacionadas con la asistencia a audiencias públicas según lo ordene la autoridad judicial al perito psiquiatra forense.

Las audiencias públicas son el encuentro de los personajes implicados (juez, fiscal, abogado defensor, testigos, acusado, procurador y audiencia) para el estudio de las pruebas y procesos realizados previamente y la etapa máxima de juzgamiento: “Es la audiencia pública en la que se realiza la práctica de pruebas, la Fiscalía expone su teoría del caso, así como sus alegatos finales, los cuales también pueden ser expuestos por la Defensa, la víctima y el Ministerio Público para que finalmente el juez emita el sentido del fallo” (CISPA [en línea]). La participación del psiquiatra forense en las audiencias se articula con la tarea de ofrecer a los ciudadanos procesos justos e iluminar a las partes involucradas en los “casos”, quienes pretenden manifestar frente a una autoridad judicial (juez penal) los relatos y pruebas de los hechos, con el fin de recibir las sentencias condenatorias acorde a los casos:

No se requiere tener la certidumbre de que en efecto se cometió un delito, con todas sus características, pues la actividad de la fiscalía está orientada precisamente a operar los mecanismos de inicio del proceso penal para que al final se establezca si en efecto había delito, y quién o quiénes fueron responsables por su comisión, quedando en cabeza de los jueces la imposición de las penas correspondientes. (Hernández, s.f.: 295).

El día 20 de junio del 2011 el psiquiatra forense debía asistir a una audiencia pública para rendir testimonio ante la autoridad judicial sobre el “caso” de Margarita. Ese día observé que el psiquiatra forense se preparaba para las audiencias públicas a partir del contenido del informe pericial correspondiente al “caso”, el cual lo guiaría en el interrogatorio. Antes del ingreso a la audiencia pública, el psiquiatra forense y yo nos reunimos para compartir un café y conversar sobre el “casos” de Margarita. Mientras tomábamos el café, el psiquiatra me explicó:

Yo he encontrado tres figuras monstruosas en el caso, la primera recae sobre la mamá de Margarita, a quien se describe como una señora de edad que padecía un comportamiento conflictivo, ermitaño, desordenado; incluso al momento de los hechos se describe la ropa que vestía la señora como “chiros”, una sudadera vieja y un saco grande dejado por uno de

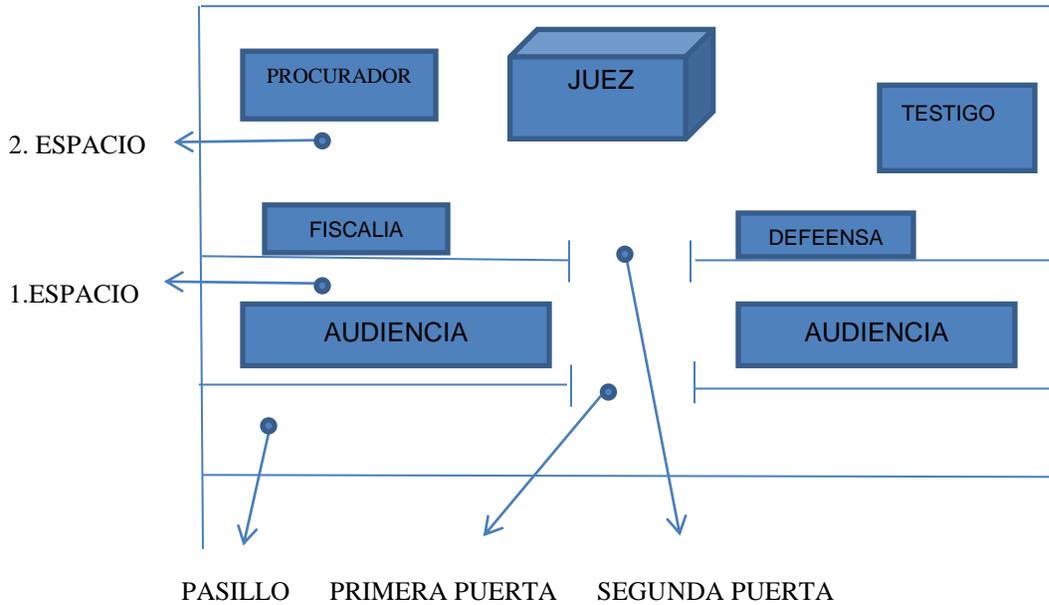
sus hijos; esta ropa se la amarraba con una cabuya en la que colgaba las llaves de los candados de la casa. La segunda figura monstruosa recae sobre el contexto de la mamá de Margarita, la historia de conflicto, secreto y persecución familiar por un papá con nexos con el narcotráfico. Además de una casa desordenada y materialmente acabada. En el expediente encontré descripciones de cortinas que nunca abría, goteras que no reparaba, basura dentro la casa, una cama invadida por baldes que impedían dormir en ella, una casa llena de humedad, etc. Y la tercera figura monstruosa hace referencia a los hechos en donde ocurre la muerte de la señora por once puñaladas causadas por la hija, hecho devastador para Margarita y la familia, quienes no comprendían la situación. Además de la herida de Margarita, causada por la mamá al momento en que esta se le abalanza con un cuchillo, y finalmente la suturación de dicha herida por Margarita en la casa de ella al llegar de la escena del crimen. (Psiquiatra forense número once. Consideración personal, 20 de junio de 2011).

De camino a los juzgados, el psiquiatra forense agregó lo siguiente:

Encontré que la enfermedad mental se percibe desde el saber psiquiátrico forense, pero no se ve en la familia porque, por ejemplo, en el caso de Margarita, las personas que hacían parte de esta familia eran funcionales. Yo considero que esto pasa porque nosotros estamos en una sociedad que no ve a la luz de la enfermedad mental, sino a la luz de otras lógicas. Pero ahí es donde el psiquiatra devela la enfermedad mental. (Psiquiatra forense once. Consideración personal, 20 de junio de 2011).

Al llegar al juzgado indicado, noté que afuera estaba un policía y otras personas que entraban y salían del lugar donde se realizaría la audiencia pública. El psiquiatra forense y yo giramos frente a una puerta que estaba al final de un pasillo y cuando entramos observé una sala repartida en dos espacios (ver figura 4). El primero, era el espacio destinado para la audiencia, un lugar asignado para las personas que veníamos a presenciar la audiencia tuviéramos o no vínculos con los implicados en el “caso”. El segundo espacio estaba destinado solo para las personas involucradas con el “caso” (fiscalía, defensor, testigos y juez). En este último recinto se encontraba también, en la mitad y en un escalón más alto, el sitio asignado para la autoridad judicial representada por el juez; frente a este último se encontraba el sitio designado para el representante de la fiscalía y, al otro lado, el representante de la parte defensora. Entre el sitio del juez y el sitio de las dos partes, se hallaba el lugar asignado al testigo, quien ingresaría solo hasta que el juez lo autorizara y se retiraría de este lugar cuando el testigo terminara de rendir indagatoria en la audiencia. Finalmente, encontramos el lugar para la representación de la procuraduría, quien tiene la función de supervisar el orden de la audiencia pública guiada por la máxima autoridad, el juez.

Figura 4. Juzgado



Fuente: elaboración propia

Mientras el psiquiatra forense esperaba afuera hasta que llamaran a los testigos, yo me quedé en el espacio de la audiencia. Frente a mí estaban ya listas las personas tanto de la fiscalía como de la parte defensora. Desde donde esperaba, pude observar el ingreso del juez, que con un atuendo largo y negro se subió al lugar destinado para él y prendió los micrófonos⁹ para avisar a todas las personas que se daría inicio a la diligencia. Antes de iniciar la audiencia pública, el juez preguntó a las partes sobre los testigos, y entre los testigos de la fiscalía se nombró al psiquiatra forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quien había sido solicitado a comparecer frente al juez para confirmar la identidad con la cedula de ciudadanía, luego debía retirarse para estar atento al llamado de la autoridad llegado el momento de realizar el juramento y rendir indagatoria ante el juez.

El juez confirmó la identidad de los testigos e hizo una breve presentación de cada una de las partes. Luego, la autoridad judicial da la voz a cada parte. Primero pide que se presente

⁹ En cada sitio hay micrófono y la audiencia pública se graba desde el inicio hasta el final.

la fiscalía y luego la parte defensora. En lugar se encuentran Margarita y su abogado. Cuando la parte de la fiscalía se presenta ante el juez y la audiencia pública, la fiscalía expone que el conocimiento que éste tiene respecto al “caso” es el de unos hechos que se enmarcan en un homicidio agravado. El fiscal describe rápidamente lo sucedido entorno a un caso que trata sobre las puñaladas recibidas por Margarita por parte de la mamá y las puñaladas que causa Margarita a la mamá hasta el momento de la muerte. El fiscal dice: “solicito a la autoridad judicial la medida de seguridad para Margarita.” Cuando esto pasa, toda la audiencia permanece en silencio, incluso el juez, quien al escuchar al fiscal referir los hechos muestra cara de asombro.

Cuando el fiscal termina la presentación, la autoridad judicial le da la voz a la parte de la defensa, quien comienza a describir los hechos entorno a una tragedia familiar. El abogado defensor señala lo siguiente: “Quiero dejar dos cosas como antecedentes en esta presentación, primero, la figura ‘anormal’ que encontramos en la representación de la mamá de Margarita (lee del expediente la descripción de una señora ermitaña y violenta con Margarita desde la infancia). Y, segundo, expongo la patología que presenta la acusada”. Posteriormente, el abogado, agregó: “solicito la inimputabilidad para Margarita”.

La juez retoma la palabra en la audiencia pública para darle la voz al fiscal, quien solicita permiso a la audiencia, a la parte de la defensa y a la juez para empezar a nombrar las evidencias vinculadas con el “caso”. La autoridad hace explícita la autorización a la parte de la fiscalía al decirle “proceda”, y generar un golpe seco con el “martillo de la justicia”.

El fiscal: “Yo presentaré cinco evidencias relacionadas con el caso, primero el acta de levantamiento realizada por la SIJIN. Segundo, el bosquejo topográfico del lugar de los hechos en el que se especifica la ubicación de la occisa. Tercero, el protocoló de necropsia en el que se describe las heridas en el cuerpo de la señora. Cuarto, la confirmación de la plena identidad de la persona acusada. Y quinto, el informe pericial de psiquiatría forense.” (Fiscal asignado en el caso de Margarita. Consideraciones personales, 20 de junio de 2011).

El juez tenía copia de cada documento al que hacía referencia el fiscal. De esta forma, en cuanto el fiscal nombraba las evidencias, el juez las nombraba nuevamente para establecer la posibilidad de sustentarlas ante la audiencia pública, y así considerar las mismas como hechos probatorias en relación al “caso” ; es decir, esta información aportada al “caso”

desde la fiscalía, entra a considerarse como evidencias reconocidas judicialmente dentro del proceso. El fiscal solicita permiso para llamar a los testigos y la juez otra vez dice, “proceda”. El fiscal se dirige hasta el pasillo para llamar a los testigos y decirles que deben ingresar a tomar juramento todos(a) juntos y les explica que deben volver a salir mientras son llamados de manera individual para rendir indagatoria ante el juez. Los cuatro testigos entran a la audiencia frente al juez, entre ellos está el psiquiatra forense. Los testigos entregan nuevamente las cédulas al guardia que está cerca al juez, este hace llegar los documentos al juez. El guardia toma una biblia y la coloca frente a los testigos. Los testigos deben jurar ante la audiencia, el juez y Dios, decir la “verdad” y solo la “verdad”.

El juramento es tomado por la Juez, quien les pregunta a los testigos si están dispuestos a realizar el juramento y decir la “verdad”. Aunque todos los testigos están frente al juez, cada uno responde de manera individual al decir: “lo juro”. El psiquiatra forense es el tercer testigo llamado por la autoridad judicial. El fiscal pronuncia el nombre y apellido del testigo y el guardián de la primera puerta pronuncia el nombre dicho por el fiscal en el pasillo. El psiquiatra forense ingresa a la audiencia y se ubica en la silla de los testigos.

El juez le solicitó al psiquiatra forense decir a la audiencia el nombre, número de cédula de ciudadanía, edad y ocupación. Posteriormente, el psiquiatra forense se acercó al micrófono para responderle al juez. El psiquiatra forense empezó a recibir preguntas del fiscal, quien primero lo ubicó como perito y luego exploró sobre el contenido del informe pericial:

Fiscal: “¿Cuéntele a la audiencia cuál es el cargo que usted desempeña?”.

Psiquiatra forense: “Yo soy perito psiquiatra forense”.

Fiscal: “¿Qué estudios tiene?”

Psiquiatra Forense: “Yo estudié medicina, psiquiatría, oncología y soy sub-especialista en lo forense a través de la experiencia en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.

Fiscal: “¿Cuánto tiempo lleva vinculado al INMLCF?”.

Psiquiatra forense: “Estoy vinculado hace cuatro años al INMLCF”.

Fiscal: “¿Usted puede reconocer los informes periciales emitidos desde psiquiatría forense en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses?”.

Psiquiatra forense: “Sí, esa es mi labor. Escribir los informes periciales”.

Fiscal: (el fiscal tiene en las manos una copia del informe pericial). “Pido permiso para hacerle llegar esta copia al testigo, señor juez”.

Juez: “Prosiga, señor fiscal”.

Fiscal: “¿Reconoce usted este informe pericial?”. (Le pregunta el fiscal al psiquiatra forense mientras se acerca al lugar del testigo y le entrega el informe pericial al psiquiatra forense, quien lo recibe y lo revisa al pasar cada hoja).

Psiquiatra forense: (luego de revisar hoja por hoja, sube la mirada hacia el fiscal). “Sí, este es un informe pericial elaborado por psiquiatría forense, luego de haber realizado la valoración psiquiátrica forense necesaria en relación al caso. Además yo mismo fui quien escribió este informe pericial”.

Fiscal: “¿Por qué sabe que fue usted quien lo escribió?”.

Psiquiatra forense: “Porque tiene mi estilo de escritura, reconozco el contenido del caso y tiene mi firma”.

Fiscal: “¿A qué paciente se refiere?”.

Psiquiatra forense: A la examinada Margarita.

Fiscal: “¿Cuándo la examino?”.

Psiquiatra forense: “La examiné en tres ocasiones. La examiné en abril 22, 27 de 2010 y en febrero 14 de 2011”.

Fiscal: “¿Qué le contó la valorada?”.

Psiquiatra forense: “Lo que manifestó la examinada está en el aparte con respecto a los hechos en el informe pericial”. Y agrega: “Si el Juez me lo permite, paso a leer este aparte”.

Juez: “Prosiga, señor perito psiquiatra forense” (Diálogo entre psiquiatra forense, fiscal y autoridad judicial. Audiencia pública, 20 de junio de 2011).

En el informe pericial, el psiquiatra forense tenía escrito la versión de los hechos ocurridos según la examinada. El psiquiatra forense tomó la copia del informe pericial que le había sido entregado por el fiscal y, luego de identificar el aparte “respecto a los hechos”, dijo.

el año pasado, más o menos para el mes de mayo, tenía que hacer una vuelta con mi mamá en las horas de la mañana, [...]. Yo llegué un poco retrasada, ella ya me estaba esperando, [...] ella estaba un poco molesta, yo creía en un principio que era porque había llegado tarde; ella comenzó a discutir por unas cosas que habían pasado en esos días anteriores, [...] Ella sabía que el estado de la casa me ponía nerviosa, lo que pasa es que mi mamá hace unos 15 o 20 años no la arreglaba, ni ella limpiaba ni dejaba que nadie limpiara, desde que yo me había ido de la casa y mi papá había muerto mi mamá no quiso arreglar nada, para ella todo estaba en su lugar, nadie le tocaba nada, ella no botaba ni las hojas, [...] Yo prefería estar en la sala quieta para no discutir, entonces ella hablaba y hablaba, [...] traté de relajarla de que no siguiera discutiendo, de salir rápido de esa casa, sé que salí del baño, sé que llegó un momento en que dije, no más, me voy, no sé que decirle, sé que traté de coger mi chaqueta, no sé si la empujé, me volteé para ponerme la chaqueta, [...] solo me acuerdo que volteé a mirar y vi que mi mamá se me vino encima con lo que yo, asumo, es un cuchillo, era blanco y brillaba, siento que me fui para atrás, que me caí, sentí algo de dolor, que te chuzo, no recuerdo más [...] Después vuelvo y escucho que mi mamá se reía, yo solo decía, no más, [...] Yo no la toqué, no sé cuánto tiempo pasó, solo siento que me sentía que tenía mucho frío, [...] Cuando comienzo a mirarme la pierna, había sangre, estaba sangrando yo, salía como a chorros, [...] No quería mirar a mi mamá, creo que me volví a quedar quieta, no sé cuánto tiempo, quise irme del lugar, irme para mi casa, sé que bajé, sé que llegué a la puerta y esta estaba con seguro, no podía salir, y ahí fue cuando recordé que mi mamá siempre se pegaba las llaves en la ropa para no perderlas, eran muchas llaves y muchos candados, creo que volví a descontrolarme bastante, volví a subir, [...] Yo sé que salí y abrí la puerta y pude abrir la otra reja, salí a la calle, me vuelvo a recordar la iglesia del barrio, sé que estuve ahí, después de ahí

recuerdo estar en la casa, llegar a mi casa, llegué y la ropa estaba ensangrentada, llegué y entré al baño, me cambié”. (Informe pericial, año 2010).

El psiquiatra forense mantiene la lectura del informe pericial en el aparte de la versión de Margarita por casi treinta minutos, mientras todas las personas en la audiencia guardan silencio para escuchar al psiquiatra forense. Pero este silencio se interrumpía por el llanto desgarrador de Margarita, ella lloraba intensamente y sollozaba al escuchar la lectura del informe pericial. Aunque la hija de Margarita intento consolarla, el llanto de Margarita fue escuchado toda la audiencia pública, ella se inclinaba en el escritorio y ahí lloraba. El fiscal continúa la indagatoria y pregunta: “De acuerdo con lo que planteó la valorada, ¿qué encontró usted como perito psiquiatra forense?”

Psiquiatra forense: “Señor fiscal, lo que yo encontré al momento de la valoración está consignado en el aparte del examen mental”. (Pasa a leer el examen mental en el informe pericial). El psiquiatra forense termina de leer y dice: “Estos fueron los hallazgos”

Fiscal: “Señale por favor cuál fue el análisis”.

Psiquiatra forense: “En el análisis se toma en cuenta el contenido de los hechos, antecedentes, versión de la examinada y a partir de ahí nosotros tejemos una interpretación, que paso a leer” (Informe pericial, año 2010).

El psiquiatra forense lee el aparte del análisis en el informe pericial y dice:

En resumen, encontramos que la examinada en el contexto de la relación alterada con la madre, reedita estados emocionales caracterizados por temor, ansiedad y extrañeza, previos a percibir un ataque que la deja herida en su pierna derecha. Se produce entonces una reacción emocional intensa que corresponde a activación de conductas inmediatas de ataque que hace continuidad con una conducta más compleja disociativa, [...] El estado posterior es de profunda tristeza, ansiedad y tendencia a disociarse (tal como aparece descrito en el examen mental) al mencionar los hechos y entrar en contacto con las situaciones emocionales que los acompañaron. Su estado actual indica la presencia de un trastorno depresivo, acorde con lo evidenciado en el examen mental y a los diagnósticos establecidos por los profesionales tratantes, para el cual viene recibiendo tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. (Informe pericial, año 2010).

El psiquiatra forense termina de leer el ítem correspondiente al análisis, a lo cual el fiscal responde:

Fiscal: “Para la fecha de los hechos puede usted establecer cómo estaba Margarita en relación con la capacidad de comprender y autodeterminarse”.

Psiquiatra forense: “Margarita presenta un trastorno mental que afecta la capacidad de comprensión y autodeterminación”.

Fiscal: “He terminado el interrogatorio, señor Juez”.

Juez: “El informe pericial de psiquiatría forense entra a considerar un hecho probatorio para el estudio de estos hechos ocurridos”.

Juez: “¿Señor, de parte de su defensora, usted va a presentar un contrainterrogatorio al testigo?”.

Parte defensora: “No, señoría”.

Juez: “Así, el testigo ha rendido indagatoria y el testigo se retira”. (Diálogo entre psiquiatra forense, fiscal y autoridad judicial. Audiencia pública, 20 de junio de 2011).

A continuación, el psiquiatra forense se retira de la sala y me indica hacer lo mismo, mientras que la audiencia pública continúa. Ambos salimos de la audiencia pública, el psiquiatra forense debía regresar al INMLCF. Después de algunos días nos enteramos (psiquiatra forense y yo), por medio del fiscal, que ese día, al final de la audiencia pública, el juez había decidido dar la inimputabilidad a Margarita, al considerar, tras todas las pruebas aportadas respecto al “caso”, que el informe pericial era contundente para fallar a favor de una inimputabilidad y, junto con la convicción del juez, se reconoce la no capacidad de comprender y autodeterminarse de Margarita en relación con los hechos ocurridos (ver mapa mental 2, página 40).

En esta escena se resalta la participación del psiquiatra forense en las audiencias públicas y las relaciones sociales que establece con otros actores (jueces, abogados, fiscales, etc.) que develan aún más la inscripción social de la práctica e interpretación psiquiátrica forense entorno a la “anormalidad” a la vida social, principalmente por la función que tiene dentro del sistema administrativo de justicia y por la influencia de esta interpretación en relación con el destino de las personas inmersas en procesos judiciales. Además de lo anterior, se deja expuesta en esta escena las contingencias que acompañan al psiquiatra forense para la realización de esta tarea forense que lo saca del marco de referencia primario y lo lleva a otra escena, en la que pone en acción las características del quehacer, a la luz del testimonio que rinde para el juez y ante la audiencia: “Es casi imposible hablar sobre el anclaje de los actos en el mundo sin que parezca sustentarse la idea de que los actos de una persona son en parte expresión y resultado de su yo (self) perdurable, y que este yo estará presente tras los roles particulares que represente en cualquier momento determinado.” (Goffman, 2006: 305).

Guion respecto al análisis del acto psiquiátrico forense

El acto psiquiátrico forense ha sido elaborado siguiendo el enfoque analítico aplicado a los datos de campo, y es puesto en escena como una obra teatral¹⁰, acorde al modelo dramaturgico de Erving Goffman en el que –además de las escena– hay una reflexión conforme a la experiencia de campo y el análisis de los registros etnográficos que parten del guión y de tres argumentos a partir del acto: la práctica psiquiátrica forense, la elaboración de los significados entorno a la “enfermedad mental” y la reflexión de cierre.

La práctica psiquiátrica forense: Una mirada al quehacer del psiquiatra forense en el marco del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)

La experiencia del psiquiatra forense y el encuentro con otros personajes (por ejemplo la autoridad judicial y el examinado) son las estructuras centrales para la puesta en acción del acto psiquiátrico forense. Goffman nos dice, “emplearé el termino *equipo de actuación*, o simplemente *equipo*, para referirme a cualquier conjunto de individuos que cooperan a los fines de representar una rutina determinada” (Goffman, 2011: 95). Bajo esta perspectiva, la cotidianidad que acompaña al psiquiatra forense queda inscrita e inscribe a los actores sociales que entran a participar en la escena en casos de “interdicción” e “inimputabilidad”. Además, cuando se experimenta el encuentro entre los actores se ponen en acción unos sentidos y pautas inscritas a las experiencias propias y a la situación compartida en la vida social; de esta forma, el actor pone de manifiesto el personaje asignado para darle sentido a la experiencia en un marco de referencia compartido y puesto en acción a partir de la interacción.

Con respecto a la actuación del psiquiatra forense puesto en acción frente al examinado(a), en la valoración es necesario enfatizar en el “baile” que realizan estos dos personajes durante la actuación. Esto último hace referencia a la interacción que establece el psiquiatra forense y el examinado(a) por medio de las comunicaciones, sensaciones, sentimientos, comprensiones, espera y expresión que crean una tensión que tiene que ser resuelta

¹⁰Para una mayor precisión al respecto, ver mapa mental 3, p. 90 (anexos).

armónicamente. Así, por ejemplo, en el “caso” de Lorenzo se ve el trasfondo de la manera de conseguir esa armonía, al resolver la conversación sobre el tema propuesto por el examinado en que anuncia que, al salir del centro de reclusión, pensó como proyecto de vida el unirse a grupos ilegales.

Los pasos que se dan se inician con la provocación de una propuesta a que se tomen en cuenta la decisión de irse con grupos ilegales para huir de la justicia. “¿Está loco? ¿Cuáles grupos? ¿Se irá para la guerrilla?”. “No, me voy con los míos, los de las AUC”. “¡Ah!, No es ilógico... Confirmare. ¿Cómo hace para hablar con ellos? ¿Dónde?, ¿cómo sabe que lo van a recibir?.. Ah! Sigue lógico, sabe lo que hace, planea, evalúa, sigue secuencias, reflexiona, decide. Reconfirmó por qué no buscó a las FARC ¿Cómo ve el lado prohibido?, el opuesto...”. “No los buscó porque los he matado” “...Ah! Incluso esto es parte de la guerra”. (Psiquiatra forense número dos. Consideraciones personales, 15 de enero, 2014). Posteriormente,

“[...] aparecen reflexiones sobre cómo percibe el lugar de detención, [...] conoce el lugar y planea y escoge el momento, toma las precauciones del caso, resultando en un éxito. Incluso reconoce a sus aliados y trata de unírseles [...] Por todo lo anterior, no presentan ni presentó, al momento de los hechos, incapacidad de comprender y/o determinarse por trastorno mental”. (Nancy, 2011: 5).

El psiquiatra forense pone en evidencia el uso de modos, al hablar con el examinado a través de la utilización de “herramientas sutiles” con las cuales moviliza ciertas cosas durante la valoración y la puesta en escena con el otro. De este encuentro hacen parte las experiencias propias para tensionar la valoración y conocer al otro en condiciones de tensión o articular al otro al movimiento de la interacción por preguntas, toma de decisiones, etc. Por otro lado, la práctica y la actuación del forense, además de permitir la recolección de los datos, también permitirá no quedar anclado en una entrevista con un examinado que aparentemente no quiere hablar. Por ejemplo, en el “caso” de Nicolás, cuando el psiquiatra forense dijo:

¿Cómo fue el desarrollo biológico de Nicolás?, y el hermano respondió, luego de mirar a Nicolás: “no recuerdo”, y agregó: “todo fue normal”. Sin embargo, en las posteriores intervenciones desmintió esa “normalidad”. “¿Cómo fue el desarrollo psicomotor?, ¿normal?, es decir, para sentarse, hablar (...)”. Hermano, dice: “Sí, pero él era muy ‘berrinchoso’, tenía unos genios muy duros. Pero mi mama lo llevó al doctor y lo

normalizó”. (Caso Nicolás, 2011). En este caso, las palabras pueden ser usadas también para encubrir, desmentir o evadir; acá, las palabras surgen y se dirigen a conectar la necesidad económica con la “enfermedad mental”, lo cual hace parecer al psiquiatra como un eslabón. Además, la tensión parece no resolverse, dado que en un momento se puede apreciar que no todo se ha dicho a partir de la intervención de Nicolás, quien agrega: “¡Déjeme hablar!” (Ver página 52, Caso Nicolás).

Los contextos también son parte de la interacción porque van unidos al texto y, cuando este último se desborda, el primero presiona por aparecer. De acuerdo con lo anterior, la práctica psiquiátrica forense y el encuentro cara a cara de los actores está inscrito en la experiencia propia y social, pero está enmarcada en tiempos, modos, formas e imaginarios no captados. Por ejemplo, en el momento en que el psiquiatra forense se ve retado a analizar el contexto del otro que aparece frente a él/ella como examinado (y quien espera enfatizar en que se le mitigue el dolor y la necesidad), el modelo se estresa; en otras palabras, la conexión entre psiquiatra y examinado no se establece por lo explícito del lenguaje, que es lo que domina el encuentro y viene dado por la experiencia propia del psiquiatra, sino que se presenta desde el cómo abrir y cerrar el caso. Para ejemplificar lo anterior, en el caso de Mario —cuando el psiquiatra forense considera pertinente cerrar el caso porque ha evidenciado que Mario carece de lenguaje, actividad motora y depende absolutamente de otros—, en la valoración pasa lo siguiente, cuando el acompañante señala: “¿Tan pronto, en la citación dice que puede durar hasta tres horas”. Y luego agrega: “¿Por qué es usted un forense? ¿Cuál es su formación? ¿Aquí no podemos ya hacer nada más?”. (Acompañante, Caso Mario, 03 de agosto de 2011).

En consecuencia y, dependiendo del “caso”, la interacción exige ir a los trastelones de la escena que actúa el examinado, entrar a considerar el padecimiento del otro, aunque para lograrlo se tenga que salir del modelo o solicitud judicial. Es casi un viaje en el tiempo y un acercamiento al padecimiento del otro, lo que esperaba la examinada, que es lo que queda sin mitigar en la acompañante al exclamar la prontitud de la valoración del “caso” de Mario; es decir, es necesario conocer un contexto, más allá del inmediato que acompaña el padecer del examinado. Ella —que trae ya una experiencia formada, la cual deja al descubierto en la escena ante la presencia de Mario—, queda desarticulada porque en ese único encuentro no existe un contacto más allá de lo esperado y más aún cuando la madre se queda sin poner en escena “algo” que el psiquiatra forense no tensiona, según el modelo

apropiado, cuando aún se mantiene en el no abordaje del contexto porque la situación engloba todo:

El tiempo de la valoración depende de la complejidad del caso y este no era un caso complejo. Presumiblemente, hay que buscar casi siempre una definición de la situación, pero por lo general aquellos que intervienen en esa situación no *crean* la definición, aun cuando a menudo se pueda decir que sus sociedades sí lo hacen; normalmente, todo lo que hacen es establecer correctamente lo que debería ser la situación para ellos y actuar después en consecuencia. (Goffman, 2006: 1).

La elaboración de los significados en torno a la “enfermedad mental”: las categorías médico-jurídicas respecto a la capacidad de comprender y autodeterminarse (inimputabilidad) y la capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos (interdicción).

Es pertinente especificar que el psiquiatra forense interpreta, según esquemas cognitivos de la psiquiatría, el derecho y a la luz del enfoque forense, lo siguiente: “En términos generales, se puede decir [que] la pericia contemporánea sustituyó la exclusión recíproca del discurso médico y el discurso judicial por un juego que podríamos llamar de la *doble calificación*, médica y judicial.” (Foucault, 2010: 40). La clasificación de las solicitudes en psiquiatría forense son abuso sexual, adicción a sustancias, estado de salud para persona presa de la libertad, capacidad de administrar los bienes y disponer de ellos (Ley 1306 del 2009) y capacidad de comprenderse y autodeterminarse (Ley 599 del 2000):

El psiquiatra forense dijo: “no toda enfermedad mental es causal de inimputabilidad [...], se necesita que la enfermedad mental este durante el momento en que se cometieron los hechos.” [Y agregó]: “presentándose casos donde tampoco es necesaria la enfermedad mental para una inimputabilidad porque está presente al momento de los hechos estudiados un estado, episodio, trastorno, etc.” (Psiquiatra forense número dos. Entrevista, julio de 2010).

Los esquemas mentales que estructuran el marco de referencia y el quehacer del psiquiatra forense son la posibilidad para la experiencia común con los otros actores sociales, en tanto los sentidos compartidos permiten que los actores que conforman la escena establezcan diálogos, asuman la situación, etc. Además del marco de referencia como espacio-tiempo y la práctica como aquello evidenciable por medio de la experiencia propia y las relaciones con los demás, es necesario tener presente que los esquemas mentales hacen parte tanto de

la escena como de los libretos que se ponen en acción durante la obra teatral, porque por medio de ellos se crean acuerdos, significados y comprensiones respecto a la situación.

Reflexión de cierre

El psiquiatra forense tiene la tarea de resignificar, desde el enfoque forense, aquello desordenado o desgarrador de las actuaciones en la vida social. Estas experiencias, al quedar sin sentido dentro de los esquemas y acuerdos sociales, llegan al INMLCF porque la sociedad regula todo aquello intolerable en los espacios de la vida social cotidiana (agresión, violencia, homicidio, abuso, locura, etc.), para dirigirlos a espacios institucionales encargados de realizar las filtraciones necesarias para obtener otras interpretaciones sobre cómo reajustar la actuación trasgresora en relación con la vida social: “Yo siempre he pensado que lo forense implica que el trabajo de un psiquiatra sea volverse un traductor. Porque nosotros, como médicos, tenemos que traducir al lenguaje legal, lo que le está ocurriendo a las personas”. (Psiquiatra forense número siete. Entrevista 29 de abril del 2011).

Por otra parte, la “enfermedad mental” se elabora a través de la interacción de los actores sociales. De esta forma, el significado es elaborado a partir del contexto, los actores y las relaciones sociales; en síntesis, “si se reconoce que la enfermedad sigue siendo una especie de norma biológica, esto entraña que el estado patológico no puede ser denominado anormal de un modo absoluto, sino anormal dentro de la relación con una situación determinada. Estar sano no es sólo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación [...]” (Canguilhem, 1982: 149). Asimismo, estas elaboraciones implican, a través de la interacción entre el psiquiatra forense y el examinado, abarcar, mediante las preguntas formuladas, un más allá del contexto próximo; quehacer que se devela, por ejemplo, cuando el psiquiatra forense pregunta al examinado o acompañante por la experiencia que hoy comparten en la valoración, pero a la luz de la historia para conocer la vida familiar, personal, antecedentes, etc.:

Psiquiatra forense: ¿Cómo lo castigaban?

Examinado: en el campo lo castigan a uno con “juete”, con eso nos pegaban.

Psiquiatra forense: ¿Y entonces?

Examinado: Él cambio un poco cuando estábamos en la escuela.
Psiquiatra forense: Y usted por qué piensa que se dio ese cambio...
Examinado: Porque el vio cosas... como por ejemplo que el mundo se va civilizando.
(Psiquiatra forense número dos, caso Lorenzo. Valoración psiquiátrica forense, 16 de agosto del 2011)

La resignificación se pone en escena en el “caso” de Margarita. En este se cambian las palabras, los sentidos, e ingresa otro nivel de conocimiento; hay otras puertas, otros niveles explicativos que aportan diferentes matrices para comprender. Esta nueva matriz, elaborada por el psiquiatra forense, ofrece nuevos sentidos que aclaran la contradicción entre actitudes y comportamientos. Por ejemplo, la llamada de Margarita, al no encontrar a su mamá, aclara el cambio de ella de la sumisión a la agresión; cambia también al psiquiatra forense, quien ahora comprende por qué queda un actor social abierto a comprensiones distintas, descentrado y desfanatizado para analizar el “caso” a partir del uso de otros esquemas mentales, como el propuesto para el “caso” de Margarita, en el que ella pasó de ser una asesina de la mamá a ser una mujer que padecía una “enfermedad mental” cultivada por una disfunción familiar desde la infancia y la propia “enfermedad mental” de la madre, al tratarse de una madre maltratadora y “psicótica”, de quien dependió hasta el momento de los hechos. Según la interpretación psiquiátrica forense, se establece que Margarita no tenía, al momento de los hechos, la capacidad para comprenderse y autodeterminarse pues padecía de un estado de disociación que intervino en el momento en que Margarita cometió el asesinato de la madre. En esta resignificación aparece la “disociación” como un actor que pone en escena el psiquiatra forense a través de una palabra, un fenómeno; un actor con vida propia que entra como ruptura, fisura o disociación.

“¿Quién es?, ¿desde cuándo está presente? ¿Cómo se fue desarrollando? ¿Siempre fue frente a la madre? ¿Cómo se expresó en la vida hasta el contexto particular del día trágico? ¿Qué palabras pudo recoger el psiquiatra de la escena del crimen? ¿Cómo desaparece la Margarita sumisa, hija adherida a la madre y entonces es la persona que se presenta en la agresión? ¿Quién se presenta en la ruptura? ¿Quién se presenta en el desgarre? ¿Y por qué luego esa Margarita se va? [...]” (Psiquiatra forense número 2. Consideraciones personales. Reflexiones del documento, 15 de enero del 2014).

Es el psiquiatra forense quien recoge las palabras, emociones y pasos de una escena también disociada en el tiempo. De esta forma, reordena todos estos elementos para mostrar cómo el sujeto (completo y actual) que es Margarita (la examinada) no estaba ese día en la

escena, sino que quien se encontraba era la “enfermedad mental” que se ha puesto en escena a través de la interpretación psiquiátrica forense. También hace parte de este proceso de resignificación la llamada que hace el psiquiatra forense al expediente, la investigación, otros documentos e incluso los diagnósticos de diferentes médicos y psiquiatras que han examinado a Margarita, con quienes coincide la existencia de ese personaje (la disociación) en otras escenas.

Fiscal dice: “Para la fecha de los hechos puede usted establecer cómo estaba Margarita en relación con la capacidad de comprender y autodeterminarse”.

Psiquiatra forense dice: “Margarita presenta un trastorno mental que afecta la capacidad de comprensión y autodeterminación”. (Registros de la audiencia pública, caso Margarita, 20 de junio del 2011).

En el “caso” de Verónica, está presente la resignificación de la “enfermedad mental”, según la interpretación psiquiátrica forense respecto a la inicial descripción de Verónica como una persona que padece “esquizofrenia”, tiene dificultad para controlar la agresividad en las relaciones con los otros, experimenta fantasías, se desborda en explicaciones místicas para asumir la vida diaria y no tiene vínculos laborales ni familiares. Respecto a esta narración e información vinculada al caso, el psiquiatra forense considera que ella no debe asumir una categoría de interdicción porque, aunque padece “esquizofrenia”, Verónica es aún una persona capaz de valerse por sí misma puesto que tiene noción del dinero, el trabajo y proyecciones (estudiar, trabajar, tener hijos, etc.). Igualmente, la presencia de elementos extraños y algunas extravagancias recogidas en el informe son elaboradas en un discurso de “capacidades”. Entonces, quedando indemne la “capacidad” para el manejo de bienes, el psiquiatra forense rescata a la examinada como actor social, a pesar de las alucinaciones y síntomas; brindando a la sociedad un espacio para tolerarlas y convivir con ellas. En consecuencia, el psiquiatra forense resignifica y “obliga” a la sociedad a renunciar a un dinero, en virtud a que la psiquiatra forense y el examinado están en el mismo plano, frustrando a la sociedad, quien invisibiliza y segrega al “enfermo mental”, y lo categoriza como interdicto: “En este caso se tuvo que explicar que la ‘enfermedad mental’ no ha destruido como actor social al examinado, quien puede conservar sus derechos, lejos del pragmatismo que significa el dinero en la vida diaria, concreta, etc.” (Psiquiatra forense número 2, consideraciones personales. 15 de enero del 2014).

Por medio de estas resignificaciones el acto psiquiátrico forense se pone en acción. Del mismo modo, al interpretar las experiencias de otros, el psiquiatra forense recurre a diferentes pensamientos y significados (historia, arte, ciencias humanas, etc.) para comprender la experiencia inscrita en la vida social y cargada de sentidos comunes respecto a la “locura”, la muerte, etc. Significar la “enfermedad mental” o cualquier otro comportamiento significaba, para el psiquiatra forense, tener que tejer interpretaciones a partir de los esquemas mentales al que podría estar inscrito, “además de tener que re-pensar el modelo de análisis, estar abierto a cambios, estar descentrado de sí mismo, estar siempre con la duda y el escepticismo” (Psiquiatra forense número 2. Reflexiones sobre el documento, 11 de enero del 2014). Sumado a lo anterior, “la información, al igual que el signo que la transmite, es reflexiva y corporizada: es transmitida por la misma persona a la cual se refiere, y ello ocurre a través de la expresión corporal, en presencia de aquellas que reciben la expresión. Denominaré ‘social’ a la información que reúne todas estas propiedades. Algunos signos portadores de información social pueden ser accesibles en forma frecuente y regular, y buscados y recibidos rutinariamente; estos signos pueden ser llamados ‘símbolos’” (Goffman, 2010: 63).

La práctica psiquiátrica forense y la elaboración del significado de la “enfermedad mental” han sido prácticas sociales parte de la experiencia en otros contextos sociales a lo largo de la historia y acorde a diferentes significados y/o prácticas relacionadas con la “enfermedad mental” y sociedad: “la psiquiatría positiva del siglo XIX, y también la nuestra, si bien han renunciado a las practicas, han dejado de lado los conocimientos del siglo XVIII, han heredado esos nexos que la cultura clásica en su conjunto había instaurado con la sin razón lo han modificado, los han desplazado, han creído hablar de la única locura en su objetividad patológica, a pesar suyo han tenido que vérselas con una locura habitada por la ética de la sinrazón y el escándalo de la animalidad”. (Foucault, 2009; 270).

La práctica psiquiátrica forense, la elaboración de la “enfermedad mental” a partir de la categoría médico-jurídica de “inimputabilidad” e “interdicción” y las relaciones sociales que establece con los otros actores, serían consideradas como la estructura del acto psiquiátrico forense. Dicho acto implica un riguroso proceso interpretativo por parte del psiquiatra forense, a la luz de la psiquiatría y el derecho, elaborado a partir de prácticas

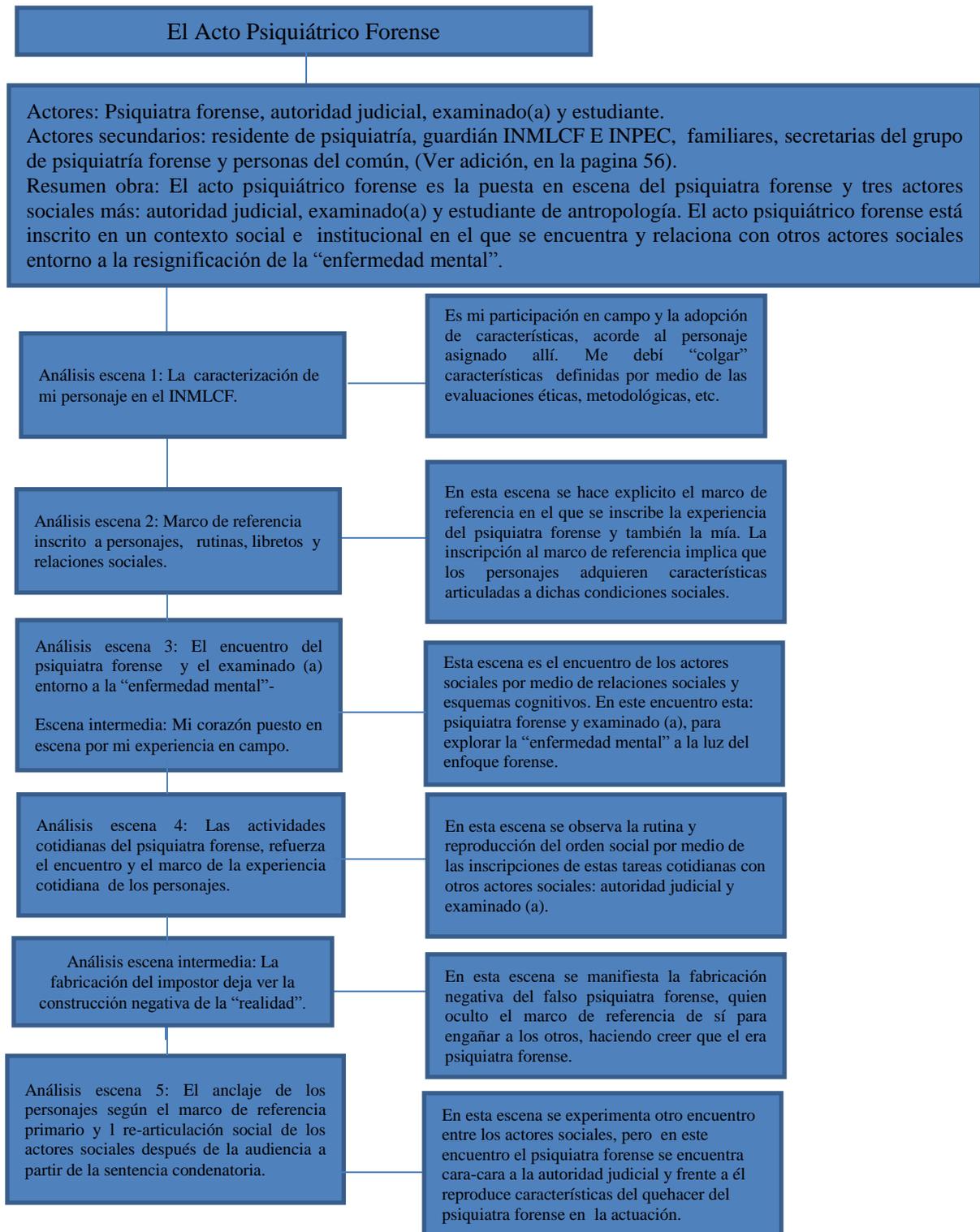
inscritas a marcos de referencia. Además, ningún actor social –sea este psiquiatra forense, autoridad judicial, examinado(a) o sociedad– podría definir la “enfermedad mental” de manera aislada, porque tanto la práctica como interpretación psiquiátrica forense están inscritas a un marco de condicionamientos sociales e históricos que la intervienen en el quehacer cotidiano.

Las prácticas o elaboraciones están inscritas a las condiciones sociales. Es necesario resaltar que tanto las prácticas como las significaciones acordadas para la interpretación de la vida social, están articuladas a un contexto y esquemas mentales específicos que le aportan sentido a la actuación que se pone en escena, en cuyo caso, “la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar” (Goffman, 2010: 14). Por su parte, Nelson Arteaga Botello muestra, a través de las perspectiva de Robert Castel, que más que concebir la realidad inmediata para el estudio de los individuos modernos se debe abordar la experiencia inmediata como evidencia de una elaboración social que ha sido creada a lo largo de la historia por medio de la puesta en acción de un soporte para la sociedad que no se agota en lo inmediato sino que se ha ido configurando al pasar de las sociedades.

La propuesta de Robert Castel es pertinente para esta reflexión porque, mediante el enfoque analítico que este autor emplea para pensar el individuo moderno a través de la vulnerabilidad y desafiliación social, pone en tensión la microsociología de Erving Goffman y la genealogía de Michel Foucault para discutir cómo el individuo moderno se configura a partir de la experiencia inmediata, los contextos concretos y las condiciones sociales que han configurado el soporte o la matriz en la que se lleva a cabo la puesta en acción de los actores: “Por ejemplo, el proyecto teórico de Castel radica en la reconstrucción de la trayectoria de la vulnerabilidad y de la desafiliación, a partir del planteamiento de un problema actual, tratando de rastrear en el pasado su conformación” (Arteaga, 2008: 10).

El acto psiquiátrico forense es también la puesta en escena de una reflexión en la que se relaciona la experiencia en campo, los registros etnográficos y el enfoque analítico del modelo dramaturgico para la interpretación de la vida social: “En psiquiatría, la mirada antropológica permite cambiar de perspectiva en una situación clínica dada, pues, ¿Qué es la antropología sino el estudio del hombre en todas sus dimensiones o si prefiere, la ciencia de los diferentes estados de la condición humana” (Guyotat, 1994: 14). En consecuencia, los registros etnográficos son, al interior de esta investigación, la evidencia empírica recolectada en el trabajo de campo; estos fueron usados para relacionar lo concreto y lo abstracto, debido a que fue a partir de ellos que puse en consideración el acercamiento a las prácticas e interpretaciones de otros, a quienes he pretendido observar y analizar. Finalmente, “la descripción etnográfica nunca es un simple ejercicio de transcripción o decodificación, sino un ejercicio de construcción y de traducción en el curso del cual el investigador produce más de lo que reproduce.” (Ghasarian, 2008: 21).

Figura 5. Mapa mental número 3



Fuente: elaboración propia

Bibliografía

- Álvarez Pedrosian, E. (2009). *Espacios de internación hospitalaria. Desafíos para la etnografía de la subjetividad*. LICCOM-UDELAR. Montevideo. Disponible en <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2009/Alvarez.pdf> [consultado el citado el 01 de octubre de 2011].
- Arteaga Botello, N. (septiembre – diciembre de 2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. En *Sociológica*, vol. 23, núm. 68. México.
- Canguilhem, G. (s.f.). ¿Es el estado patológico solo una modificación cuantitativa del estado normal? Enfermedad, curación, salud. En *Lo normal y lo patológico*. 4a ed. Bogotá: Siglo veintiuno. p. 242.
- Calvario Parra, E. (s.f.) *Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico*. Universidad de Sonora.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. 1a ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM). p. 200.
- CISPA: Comisión Intersectorial para el Seguimiento del Sistema Penal Acusatorio. *Esquema general del sistema penal acusatorio*. Disponible en http://cispa.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=15&Itemid=15 [consultado el 10 de diciembre de 2013]
- Cortes, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. En *Nueva Antropología*. XVI (53). pp. 89-115.
- De erice, J. & Goffman, E. (1994). *De la interacción focalizada al orden interaccional*. 1a ed. Madrid, España: CIS, Centro de Investigaciones Sociológicas. p. 277.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. 2a ed. Vol II. México: Fondo de Cultura Económica. p. 397.
- Foucault, M. (2010). [Clases de Foucault]. “Clase del 8 de enero 1975”, “Clase del 15 de enero 1975”, “Clase del 22 de enero 1975”. En *Los anormales*. Curso en el Collège de Francia.
- Ghasarian, C. (2008). Por los caminos de la etnografía reflexiva. En *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. 1ª ed. Buenos Aires: Ediciones del Sol, pp. 9-41.
- Giddens, A. et al. (2001). Interaccionismo simbólico. En *La teoría social hoy*. 1a ed. S.l.: Alianza Editorial: Hans Joas. pp. 112-148.

- Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marco de la experiencia*. 1a ed. Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores. p. 609.
- Goffman, E. (2009). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. 2a ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores. p. 285.
- Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2a ed. Buenos Aires: Amorrortu. p. 379.
- Goffman, E. (1991). Texto 6: El orden de la interacción. En *Los momentos y sus hombres*. 1ª ed. Barcelona: Paidós. pp.169- 205.
- Goffman, E. (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*. 4a ed. Buenos Aires: Amorrortu. p. 183.
- Guyotat, J. (1994). ¿Para qué sirve la antropología? La institución y la psiquiatría, ¿enfermedades mentales o no? En *Estudios de antropología psiquiátrica*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica. p. 299.
- Hernández Galindo, J. (s.f.). Revista de temas constitucionales: Bases constitucionales del sistema penal acusatorio: tiene por marco insustituible la carta de derechos fundamentales. Disponible en www.juridicas.unam.mx [consultado el 7 de diciembre de 2013]
- Objetivo y funciones. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/instituto/objetivos-y-funciones> [consultado el 05 de noviembre de 2013]
- Piedra, C. (Enero-abril de 2012). La experiencia subjetiva del cuerpo con sobrepeso. Un análisis desde el interaccionismo simbólico. En *Sociológica*. Año 27, núm.75. pp. 125-155.
- Protocolo: Evaluación básica en psiquiatría y psicología forense. 1ª ed. Código: DG-M-PROT-01-V01. Grupo de psiquiatría y psicología forense, INMLCF. Regional Bogotá. p. 28.
- Reyes, A. (s.f). *La implantación del sistema penal acusatorio en Colombia, un estudio multidisciplinar*. Disponible en <https://bases.javeriana.edu.co/> [consultado el 05 de diciembre del 2013]
- Serpa Flórez, R. (1982). *El nuevo código penal ante la psiquiatría*. 1a ed. Bogotá, Colombia: Editorial TEMIS Librería. p.80.
- Terrén, E. (2001). La asimilación cultural como destino: el análisis de las relaciones étnicas de R.Park. En *Sociológica*. Núm. 85, p. 108.