

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**La medicalización de la sociedad:
el caso de la práctica psiquiátrica forense**

Ingrid Bercovich
Tutora: Myriam Mitjavila

2000

INDICE

Introducción	2
1.- La Medicalización de la Justicia	4
1.1 Sobre la medicalización de la sociedad.	4
1.2 Referencias históricas acerca de la medicalización de la justicia	5
2.- Formas y fundamentos del análisis de un diagnóstico singular: el peritaje psiquiátrico forense	9
2.1 La Psiquiatría Forense y su campo de acción	9
2.2 La instrumentación práctica de la pericia psiquiátrica	12
2.3 El informe psiquiátrico forense: análisis de sus contenidos	14
3.- Hacia una explicación de la autonomía en el ejercicio de la Psiquiatría Forense	22
3.1 El corpus de conocimiento psiquiátrico forense: entre la Psiquiatría y la Medicina Legal.....	22
3.2 Saber y poder: legitimidad y autonomía de la Psiquiatría Forense	25
3.2.1 La Medicina como sistema experto	26
3.2.2 La Medicina como Profesión	29
3.2.3 Formas que adopta la Autonomía	31
Consideraciones finales	38
Bibliografía citada y de referencia	43
Apéndice	46

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya más de un siglo, la Medicina ha comenzado a incursionar en ámbitos en los que no se desempeñaba anteriormente.

Este fenómeno, al cual se le ha denominado “medicalización de la sociedad”, adquiere diversas formas, no solamente en relación a las particularidades de las esferas de lo social que son medicalizadas, sino también en relación a los procedimientos adoptados, y a las funciones adicionales que se cumplen.

Una de las funciones cumplidas por la Medicina en su injerencia en áreas no específicas, es la de “arbitraje”, lo que supone la emisión de juicios o dictámenes relacionados con fenómenos de diversa índole, para los que se requiere la opinión experta de la Medicina, como conocimiento científico y como profesión que goza de autoridad cultural y social.

En este trabajo se intentará describir de modo analítico una de las formas que adopta ese arbitraje: el peritaje psiquiátrico forense.

La Justicia también ha sido medicalizada, y una de las áreas en las cuales dicho fenómeno se observa con más claridad, es en el caso de los peritajes psiquiátricos forenses, donde al perito psiquiatra se le solicita una opinión (la cual será utilizada como elemento de prueba en el juicio) sobre la salud mental del periciado.

La práctica de la psiquiatría forense se considera fundamental como aporte de elementos de juicio para el magistrado, por lo tanto, cumple una función de gran importancia en el andamiaje social. Además, en Uruguay dicho arbitraje asume un carácter “neutral”, pues no depende de la solicitud de las partes intervinientes en el juicio, sino que es requerido por el juez actuante.

Sumado a ello, el Informe psiquiátrico forense, en tanto elemento de prueba, otorga legitimidad a la decisión del juez, pues éste generalmente utiliza al dictamen pericial como respaldo a la hora de emitir su sentencia.

Aquí radica la importancia desde un punto de vista sociológico, y por ello surgió el planteo en torno a intentar describir y analizar algunos componentes de esta práctica.

Concretamente, en este trabajo se pretende aportar al conocimiento de las prácticas específicas del ejercicio de la Psiquiatría Forense en tanto profesión médica, dejando de lado sus conocimientos específicos.

EL estudio propiamente dicho se centró en un análisis de contenido de diversos informes psiquiátricos forenses, los que sirvieron de ilustración para las teorizaciones y explicaciones expuestas.

Luego de analizados los documentos (considerados como registros de los diagnósticos periciales), y al observarse que pocas veces se plasman los aspectos técnicos que conducen al perito psiquiatra a elaborar el diagnóstico en cada caso, surgió la idea de investigar y analizar la existencia de patrones de observabilidad en un Informe psiquiátrico forense.

La hipótesis que sustenta la investigación plantea que esta ausencia de elementos observables en torno a la elaboración de diagnósticos, dificulta y por lo tanto limita la posibilidad de un control social y técnico de la práctica psiquiátrica forense.

La búsqueda de una explicación en torno a este hecho, condujo directamente al análisis de las características de la práctica psiquiátrica en el ámbito forense, focalizando en los elementos proclamados como definidores de la profesión médica, principalmente en relación a la posesión de Autonomía en el ejercicio de la profesión, y al modo en que esta autonomía promueve o limita el control social y técnico de dicha práctica.

1.- La medicalización de la justicia

1.1 Sobre la medicalización de la sociedad

“La Medicina occidental, no buscando únicamente lo verdadero, sino también enunciando lo que es bueno, se ha transformado en el saber por excelencia, tornándose en la directriz de nuestras conductas, extendiendo su monopolio más allá de los límites del dominio biológico. Ella es la que ordena (la “disposición médica”), prescribe (la “prescripción médica”), certifica (la “certificación médica”), es solicitada por los tribunales en los casos en que la propia justicia se acredita incompetente (la “evaluación médica”), promete (y la esperanza suscitada es inmensa, una vez que induce a muchos a creer que todas las enfermedades pueden ser vencidas).

Ella es también la que amenaza, provocando la angustia de todos los que se dan cuenta de que no obedecen a los comportamientos-patrón que garantizan la salud y la longevidad (...)”¹.

En este fragmento F. Laplantine expresa, de una forma verdaderamente explícita, el fenómeno de la medicalización de la vida social.

La Medicina se ha valido del poder y prestigio legitimados por la sociedad, en base a su autoridad social y cultural, para avanzar en áreas donde no incursionaba anteriormente, medicalizándolas.

Precisamente, el saber médico y su aplicación práctica, han comenzado (desde hace ya más de un siglo), a funcionar fuera de su ámbito tradicional, definido éste por la demanda del enfermo, sus síntomas, su malestar, asuntos éstos que promueven la intervención médica y circunscriben su campo de actividad.

Así definido el ámbito propio de la Medicina, es evidente que la Medicina actual lo ha rebasado ampliamente, interviniendo en espacios que ya no son solamente referidos a los enfermos, sino que, al decir de Laplantine, la

¹ Laplantine, F., “Antropologia da doença”, Edit. Martins Fontes, San Pablo, 1991, pág. 237

Medicina ordena, prescribe, certifica, evalúa, en pleno ejercicio de sus potestades arbitrales.

Concretamente, es imprescindible reconocer que el conocimiento científico, en tanto conocimiento experto, ostenta una posición de privilegio en la jerarquía del saber. A ello se suma el hecho de que esta posición otorga cierto poder, originado en la dependencia, específicamente en la dependencia respecto a sus conocimientos y a su competencia.

Esta clase de dependencia es lo que le confiere a la profesión médica, así como a todas las profesiones, un poder especial, y lo que genera también cierta dependencia de carácter subjetivo, que, por otra parte, los autoriza a opinar e interpretar sobre la naturaleza y el mundo en general (Starr, 1982), emitiendo juicios que son altamente respetados.

En este sentido, y en tanto la autoridad cultural supone la construcción de la realidad a través de definiciones de hechos y valores, el profesional ofrece juicios y consejos que están legitimados, pues él representa a una comunidad de normas compartidas, comunidad que le ha validado objetivamente su competencia (sobre la base de la indagación racional y la evidencia empírica).

Este proceso origina entonces consecuencias no solamente a nivel de la salud y enfermedad, sino que también propugna la intervención de la práctica médica en aspectos tales como la prescripción de los comportamientos sexuales, las condiciones sanitarias de las viviendas, las aptitudes laborales, la imputabilidad de un acusado, la peligrosidad de un delincuente, etc.

Es decir que la práctica médica ya no responde solamente a la demanda del enfermo, sino que en muchos casos se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad.

1.2 Referencias históricas acerca de la medicalización de la justicia

En referencia estricta al ámbito judicial, puede apreciarse que existen varias áreas en las cuales son requeridos (y utilizados) los conocimientos médicos.

Actualmente, y en todas partes del mundo, se solicitan peritajes médicos en el área civil (diagnóstico de incapacidad civil, legalización testamentaria, etc.), en materia penal (análisis y explicaciones de muertes accidentales, diagnóstico de enfermedades mentales en acusados, víctimas y testigos, etc.), en el ámbito laboral (incapacidad para trabajar, explicación de accidentes laborales, etc.), y en el área familiar (anulación de la Patria Potestad, etc.), entre otras.

Precisamente, uno de los ejemplos en los que la práctica médica se apropia de un área no específica se manifiesta en el caso de la evaluación psiquiátrica en materia penal.

Es posible observar que el ámbito penal, que antiguamente era un campo de acción reservado a la disciplina del Derecho, en la era actual recibe también la intervención de la Medicina.

A fines del siglo pasado, el debate en torno a la cuestión *crimen y locura* expresa esa transformación. Cuando se crea el principio moderno, humanitario, científico, de que se juzgan *criminales* y no *crímenes*, se plantea entonces la necesidad de identificar el móvil que impulsó al individuo a cometer el delito, la “razón” del crimen, para así poder aplicar el castigo en consecuencia con el sentido de dicho crimen (Foucault, s/f).

De esta forma, el castigo no sólo estará vinculado con el delito cometido, sino también con la “naturaleza” del culpable, y es por ello que se indaga en la razón del sujeto, la racionalidad del acto, los intereses del individuo, su carácter, personalidad, etc., y también se intenta precisar algún tipo de “justificación” para el sinsentido de ciertos crímenes, para lo cual se investiga la posibilidad de que el individuo (acusado de ser el infractor) posea algún tipo de enfermedad mental, intentando verificar si “estaba en su sano juicio” al momento de cometer el crimen, si su comportamiento era normal o no.

Surge así la “individualización de la pena”, y se tiende a evaluar al infractor según su *estado psico-social*, y según el riesgo que representa para la sociedad (Harris, 1993).

Se observa entonces que el crimen ya no es más un problema legal y moral, sino un problema medicinal y terapéutico, dando lugar a la intervención de la Psiquiatría como rama de la Medicina, y más específicamente, al conocimiento esgrimido por la Psiquiatría Forense, encargada de dictaminar acerca de la salud mental de los delincuentes (o, de modo más preciso, de aquellos individuos acusados de cometer un delito)².

Datos históricos permiten revelar que, para el caso de Uruguay, los orígenes del ejercicio de la Psiquiatría estuvieron sobre todo vinculados a la práctica forense, siendo el desarrollo de esta disciplina paralelo al de la Medicina Legal.

Estos primeros dictámenes psiquiátrico-forenses datan de mediados del siglo XIX, siendo evidente que la actividad psiquiátrica en aquel entonces era realizada por médicos titulados en Europa (Murguía y Soiza Larrosa, 1987).

Posteriormente, en 1875, se crea la Facultad de Medicina, pero será recién en 1908 cuando se produzca la creación y provisión de la Cátedra de Psiquiatría en dicha Facultad.

Ya desde su surgimiento, se plantea una vinculación profunda entre las Cátedras de Medicina Legal y Psiquiatría, las que continúan en estrecha relación, incluso en la tarea docente, hasta el presente.

No se poseen datos específicos del momento del surgimiento, luego de la instauración de la Facultad de Medicina, de la labor de los peritos psiquiatras forenses.

Sin embargo, el Código Penal vigente, que data de 1934, contiene diferentes normas aplicables a la realización de los peritajes medicolegales psiquiátricos, por lo cual se entiende que ya desde aquel año (y probablemente con cierta anterioridad) existía la figura del perito psiquiatra.

A su vez, en 1942 se organizó, en la órbita del Poder Judicial, el Instituto Técnico Forense, el que cuenta con un cuerpo de peritos psiquiatras

² Cabe aclarar que en ciertos casos también se solicita la evaluación de alguna víctima, o testigos, pero de todos modos, la labor mayoritaria se refiere a individuos acusados de haber cometido un delito.

cuyo cometido es asesorar a los magistrados sobre las características psiquiátricas de los inculpados.

En la actualidad desempeñan esta tarea alrededor de 14 peritos psiquiatras forenses en Montevideo, y cerca de 5 en el interior del país.

2.- Formas y fundamentos del análisis de un diagnóstico singular: el peritaje psiquiátrico forense

2.1 La Psiquiatría Forense y su campo de acción.

En el capítulo anterior se expuso acerca del porqué de la actuación de la Medicina, y, concretamente, la Psiquiatría, en el ámbito de la justicia, desde el surgimiento histórico de esta labor, hasta su legitimación en tanto asesoramiento técnico a los magistrados.

La indagación de esta forma específica de medicalización de ciertos aspectos concernientes a los procedimientos judiciales, fue uno de los factores que condujeron al estudio de la práctica pericial psiquiátrico forense.

En torno a ello, y como fundamento adicional del interés del estudio, fue considerada la hipótesis (indirectamente contrastada, mediante la lectura de afirmaciones de peritos y jueces) de que la opinión del perito es tomada, generalmente, como prueba en el juicio. Esto conduce directamente a reparar en el reconocimiento y la importancia asignada al dictamen pericial en todo procedimiento jurídico.

Así queda consignado en las palabras del Dr. Echeverría (quien se desempeñaba como Juez Letrado en el momento de escribir el citado artículo), cuando afirma que *“en nuestro Derecho, entendemos aplicable al punto el art. 429 del Código de Procedimiento Civil, que establece que si el Juez no acepta el dictamen pericial ‘deberá expresar los motivos que le decidan a separarse de la opinión facultativa’.*

*La experiencia indica que generalmente los jueces aceptan el dictamen pericial, y que incluso éste prevalece frente a otros medios de prueba”*³

³ Echeverría, D., “Imputabilidad y pericia psiquiátrica”, Revista del Instituto Uruguayo de Derecho Penal Año 1 N°1, Montevideo, 1980, pág. 175.

Esto quiere decir que la práctica de la Psiquiatría Forense es considerada socialmente como prestigiosa y legítima, no sólo en sí misma (en tanto saber y práctica médicas), sino en cuanto otorgará legitimidad a la decisión del juez, legitimidad –de base científica- sobre la cual el dictamen del juez podrá apoyarse y fundamentarse.

Esta constatación fue la que guió el estudio del desempeño de los psiquiatras forenses, en su calidad de peritos, a través del análisis de los Informes Psiquiátricos Forenses, también denominados Pericias Psiquiátricas Forenses (o Pericias Medicolegales Psiquiátricas), que consisten en documentos en los cuales se plasma el resultado de una o más entrevistas psiquiátricas, las que tienen por objeto el asesoramiento del perito a la justicia.

Específicamente, la labor del perito psiquiatra forense es requerida cuando, en el transcurso de un juicio, el magistrado necesita de un asesoramiento técnico, y por lo tanto solicita al perito que expida su opinión en relación a determinados puntos, según el caso de que se trate.

En referencia a la justicia penal, este asesoramiento generalmente está relacionado con la indagación acerca de si el individuo acusado puede ser declarado imputable, es decir, si puede ser culpabilizado y castigado en consecuencia.

La *Imputabilidad* está definida (por la negativa) en el artículo 30 del Código Penal: *“No es imputable, aquel que en momento que ejecuta el acto, por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz, o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación.*

Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado por ella previsto, por influjo del sueño natural, o del sueño hipnótico.”

En los apartados relativos a la Psiquiatría Forense incluidos en los Manuales de Psiquiatría, se puede leer que la opinión del experto –el perito

psiquiatra forense- es requerida para “determinar la imputabilidad del autor (del delito) y la evaluación de los aspectos médico-psicológicos de la peligrosidad para el dictado de la sentencia en forma individualizada”⁴, como la doctrina lo exige en el Código Penal Uruguayo.

En cuanto a la primera parte de esta definición, el concepto de Imputabilidad está claramente explicitado, pues se entiende, según el citado artículo 30 del Código Penal, que un individuo es imputable cuando es capaz de apreciar el carácter ilícito de su acción, y de determinarse según su verdadera apreciación.

Sin embargo, puede decirse que la segunda parte de la definición de los cometidos del psiquiatra es un tanto problemática.

Ha podido observarse que el asesoramiento por parte de un perito psiquiatra forense acerca de la “peligrosidad” de un individuo es un tema aún discutido, pues algunos psiquiatras consideran que ésta es tarea pertinente a su labor, mientras que otros creen que no es menester del psiquiatra forense informar sobre Peligrosidad, pues entienden a éste como un concepto jurídico y no como un concepto médico.

Esta discrepancia, de por sí, concita la atención, pues aparece como un punto en discusión acerca de la tarea de la Psiquiatría Forense.

En este sentido, no existe una creencia unánime en referencia a que el psiquiatra forense deba opinar acerca de la peligrosidad del periciado, y, por otra parte, tampoco se ha encontrado (en el relevamiento bibliográfico acerca del tema realizado para esta investigación) una definición claramente explícita de cómo debe estimarse la peligrosidad de una persona.

Sobre esta temática se profundizará posteriormente, cuando se analice la utilización del conocimiento sustentado por la Psiquiatría General, y las diferencias teórico-conceptuales que surgen a la hora de su aplicación al campo de la justicia penal como caso particular.

⁴ Bepali. Y. y otros, “Tratado de Medicina Legal”, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, s/f, pág. 186.

2.2 La instrumentación práctica de la pericia psiquiátrica

La Psiquiatría Forense se ha transformado, entonces, en una rama del saber y la práctica médicas, cuyo cometido principal es asesorar al juez en una instancia jurídica.

A tales efectos, el interés de este estudio se centró en el análisis de los Informes Psiquiátricos Forenses, redactados por el perito actuante, y enviados al juez para ser utilizados en la causa.

Este informe es elaborado por el propio perito, y contiene el diagnóstico forense realizado, así como también las respuestas a las interrogantes planteadas por el juez, y que requieren de su asesoramiento.

El psiquiatra forense entrevista al sujeto periciado generalmente en una sola oportunidad, aunque está planteada la posibilidad de posteriores entrevistas, si el perito tuviere dudas acerca del diagnóstico primario.

Luego de esta entrevista, elabora su informe psiquiátrico forense, el que será remitido al juez actuante en el caso, para ser incorporado y tenido en cuenta en el proceso judicial que se está llevando a cabo.

Cabe consignar aquí que la entrevista psiquiátrica forense reviste características particulares, que la diferencian del resto de las entrevistas psiquiátricas, fundamentalmente en relación a estos aspectos:

- a) el origen de la entrevista: surge de una orden judicial, en la que el juez impone su realización. Por lo tanto, es involuntaria desde el punto de vista del paciente (periciado).
- b) el lugar donde se realiza la entrevista: generalmente se mantiene en el Instituto Técnico Forense, o el Hospital Psiquiátrico, lugares que no se caracterizan por su hospitalidad o confort, y que pueden resultar en un ambiente hostil.
- c) el periciado no elige al perito que le realizará la entrevista psiquiátrica, por lo cual no existe la posibilidad de una elección que propicie una relación médico-paciente basada en la decisión libre y voluntaria
- d) la entrevista se realiza en ausencia de testigos que puedan corroborar los dichos de los intervinientes. Como se verá más adelante, lo único que

permanece como “constancia” luego de esta entrevista es el informe redactado por el perito

Todas estas características describen un acto médico que sin lugar a dudas aparece como singular. Esta singularidad también remite a las cualidades del informe redactado por el perito, informe que se diferencia sustantivamente de otras formas de presentar diagnósticos (como la historia clínica típica), en sus aspectos fundamentales.

Es necesario puntualizar que para realizar esta investigación sólo fue posible acceder a la lectura del informe redactado por el psiquiatra forense, documento en el cual el perito plasma las respuestas brindadas por el periciado (en algunos casos), o sus propias opiniones y consideraciones (en la mayoría de los casos), pero donde *no* aparecen las preguntas o indagaciones que el psiquiatra efectúa al periciado.

De todos modos, y teniendo en cuenta la precisión anterior, al analizar dichos informes resultaron evidentes sus diferencias respecto a otras historias clínicas, en las cuales aparece una enumeración de consideraciones médicas junto con resultados de análisis clínicos, de laboratorio, etc.

En el informe psiquiátrico forense no aparece un relato del acto forense en tanto tal, sino solamente una descripción mas o menos detallada de los antecedentes del periciado (datos biográficos pasados y presentes, datos que a veces coexisten, y a veces son excluyentes, es decir, o se presenta solamente los datos pasados, o solo los datos presentes) y luego un diagnóstico – generalmente escueto- que presenta los resultados del arbitraje sobre el cual primordialmente debe pronunciarse el psiquiatra, que es acerca de la salud mental del periciado.

La diferencia fundamental en relación a otras historias clínicas se plantea en el hecho de que es difícil reeditar el proceso diagnóstico de un acto forense basándose en su informe.

Es decir que la dificultad se manifiesta a la hora de intentar reconstruir el hecho concreto de la entrevista psiquiátrica forense, pues no quedan pruebas objetivas del desarrollo de la misma, sino que lo que permanece es

dicho informe psiquiátrico forense, que, además, es redactado en diversos estilos (los cuales son difíciles de estandarizar), como se verá más adelante.

Al observarse empíricamente que en el informe psiquiátrico forense pocas veces se anotan los aspectos técnicos que conducen al psiquiatra a elaborar el diagnóstico correspondiente, surge de inmediato el siguiente cuestionamiento: ¿el informe psiquiátrico forense permite un control socio-técnico?. En otras palabras, ¿el relato de un diagnóstico psiquiátrico forense provee los elementos para que sea posible una evaluación o control social y técnico del mismo?

¿Está contemplada la posibilidad de un disenso en el diagnóstico, o la necesidad de obtener una segunda opinión respecto al mismo, o la exigencia por parte de otras personas (familiares del periciado, por ejemplo) de una explicación acerca de los fundamentos del diagnóstico?

2.3 El informe psiquiátrico forense: análisis de sus contenidos

Para tratar de responder a las interrogantes expuestas en el apartado anterior, se planteó el análisis de contenido de una muestra de pericias psiquiátricas en tanto documentos, tratando de indagar en la existencia de esas constataciones objetivables, de ese registro de las pruebas del diagnóstico que pueda guiar una posterior comparación y estudio por parte de otro perito psiquiatra forense o de cualquier otra persona que no posea conocimientos médicos.

Se propone entonces la observación de dichos informes psiquiátricos, teniendo en cuenta una variable que mida, de cierta manera, la existencia o no de dichos exámenes de corte eminentemente clínico, elementos que se supone el psiquiatra utiliza para arribar a sus conclusiones como perito psiquiatra forense.

La utilización de evidencias clínicas en el informe psiquiátrico forense, desde el punto de vista conceptual, es entendida como la forma en la cual el psiquiatra redacta su informe, incorporando o no los elementos, signos, síntomas, relatados por el periciado, u observados por él mismo, elementos que se encuentran en la base y fundamento de su diagnóstico (y que posibilitarán una posterior lectura crítica por parte de otras personas).

De forma más explícita, se supone que el psiquiatra observa y/o deduce dichos elementos, tanto del examen visual del periciado, como del análisis e interpretación de su relato. El principal problema radica en que muchas veces en el informe no se transcriben dichos signos, síntomas, observaciones, o las respuestas del periciado que conducen al psiquiatra a determinadas conclusiones (y no otras).

El reconocimiento empírico de este hecho es lo que permite establecer la hipótesis de que **no es posible (en la mayoría de los casos) realizar un control socio-técnico de los diagnósticos psiquiátricos forenses**, en la medida que la redacción del informe no posibilita, en una posterior lectura, la reconstrucción del camino recorrido por el psiquiatra hasta formular su conclusión diagnóstica.

Para intentar contrastar esta hipótesis, se procedió al análisis de los informes psiquiátricos forenses respecto a la variable anteriormente mencionada.

A tales efectos, y a modo de definición operativa, se establecieron varias categorías para la variable, donde cada una de ellas muestra una formulación discursiva diferente en lo que respecta a la utilización de evidencias clínicas (datos, señales, palabras, respuestas significativas) que conducen al psiquiatra al diagnóstico en cada uno de los casos, y que se plasman en la redacción de la pericia psiquiátrica forense.

Las categorías son las siguientes:

- ausencia de evidencias clínicas en el informe
- utilización de evidencias clínicas mediante la transcripción textual de lo relatado por el periciado

-- utilización de evidencias clínicas como interpretaciones del psiquiatra de lo relatado por el periciado (respuestas mediadas por el psiquiatra forense)

El objetivo primario se traduce en indagar acerca de si dicha ausencia de evidencias clínicas es efectivamente la forma mayoritaria de estructurar el discurso psiquiátrico forense, que luego es plasmado en la pericia (informe).

Precisamente, analizando el material empírico, se pudo observar que la muestra, compuesta por 37 pericias, se distribuía (con respecto a las categorías anteriormente mencionadas) de la siguiente forma:

-- en 27 pericias se observa una ausencia de evidencias clínicas

-- de las restantes 10, en 5 de ellas se utiliza la transcripción textual de los datos mencionados por el periciado, además de las observaciones realizadas por el propio psiquiatra. En las otras 5, las evidencias clínicas aparecen como relatos mediados por el psiquiatra, acompañando a las observaciones que él mismo realiza.

Como consecuencia de tales descubrimientos, es posible elaborar y proponer algunas deducciones, para intentar responder la interrogante acerca de la probabilidad de realizar una evaluación de naturaleza técnica y/o social del diagnóstico pericial.

En primer lugar, pudo apreciarse que en la mayoría de las pericias psiquiátricas forenses analizadas se denota una ausencia de evidencias clínicas, lo cual conduce a entender que el psiquiatra forense realiza un proceso de indagación de aquellos atributos, señales, síntomas que puedan revelar algún tipo de enfermedad mental, antecedentes familiares o personales que justifiquen determinados comportamientos, etc., pero, en el informe, sólo relata aquellos aspectos que refieren a la utilización de diferentes tipos de estrategia biográfica, y luego las interpretaciones que él realiza de las respuestas del periciado en relación a “sensaciones”, “síntomas”,

comportamientos catalogados como “desviados”, pero sin aclarar qué tipo de respuesta (u observación clínica) lo condujo a dichas conclusiones.

El siguiente fragmento (perteneciente a la pericia No. 2) ilustra lo dicho anteriormente:

“CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y MÉDICO-LEGALES: El periciado no presenta signos de enfermedad mental alienante (psicosis).

Su nivel intelectual se encuentra dentro de límites normales.

Su afectividad impresiona inmadura, no ha consolidado vínculos afectivos y presenta rasgos de identificación con la figura materna. Padre ausente en su infancia y adolescencia.

Si se le configura delito es imputable.”

En el resto del informe, el psiquiatra alude a la versión del periciado acerca del hecho delictivo, a la ausencia de antecedentes judiciales, a la ausencia de alcoholismo y otras toxicomanías, y refiere a la instrucción y antecedentes laborales del periciado.

Como es posible apreciar en el fragmento transcripto, el psiquiatra expone algunas conclusiones diagnósticas con respecto al nivel intelectual del periciado, pero no explicita qué elementos utilizó para conformar dicha conclusión, si le fue realizada al periciado alguna prueba o test intelectual, o si la inferencia provino de la forma de expresarse el periciado, o si sólo se tomó en cuenta -por parte del psiquiatra- el hecho de que haya completado la educación primaria.

Quiere decir que si alguna persona lee este informe, y se cuestiona acerca de la veracidad, la exactitud o la pertinencia de dicha afirmación, no le sería posible intentar arribar a conclusión alguna, pues no podría tomar conocimiento de los hechos que condujeron al psiquiatra a deducir acerca del nivel intelectual del periciado.

Lo mismo ocurre con el tema de la afectividad (mencionado en la pericia), pues no aparecen los datos que sustenten la consideración por parte del psiquiatra de que el periciado presenta rasgos de inmadurez afectiva. En ningún momento se plasman en el informe los datos, frases del periciado, conductas observadas, u otros indicios que permitieron al psiquiatra concluir que la “afectividad impresiona inmadura”.

En este otro fragmento también se aprecia el mismo estilo de estructurar el informe psiquiátrico forense, pues se manifiesta el diagnóstico en forma de aseveraciones que es imposible de verificar, o tan siquiera de poner en duda, pues se carece de los elementos que podría haber utilizado el psiquiatra como evidencias clínicas para la conformación del diagnóstico.

(Pericia No. 27)

“Al examen actual no presenta trastornos de conciencia ni del pensamiento.

NIVEL MENTAL: Bueno

PERSONALIDAD: Rasgos sensitivos.

ENFERMEDAD PSÍQUICA: No presenta.”

¿Cuáles son los elementos que permitieron al psiquiatra concluir acerca del nivel mental y la personalidad del periciado?

No es posible conocerlos, pues no han sido incorporados al informe psiquiátrico forense.

Por otra parte, en 10 de las pericias psiquiátricas sí se encontró que la estructuración del discurso psiquiátrico forense incluye ciertos datos de carácter empírico, que permiten reconstruir en parte el proceso de orden clínico realizado por el psiquiatra, y que redundan en las conclusiones que él mismo presenta.

Sin embargo, esta presencia de las evidencias clínicas, no refiere al diagnóstico completo. En todos estos informes se observa que, si bien aparecen algunos datos, indicios, etc., éstos refieren sólo en parte a ciertas conclusiones diagnósticas, pero no a todas.

Pero, a su vez, también se puede apreciar una diferencia en cuanto a la presentación de dichos datos, pues en algunos de los documentos se realiza la

transcripción textual de la respuesta del periciado que da lugar a la conclusión diagnóstica del perito, pero en otros casos, sólo se introduce la respuesta del periciado pero mediada por el psiquiatra, es decir, la transcripción de lo que el psiquiatra interpretó de la respuesta que obtuvo del periciado.

Estas dos formas de presentar los datos difieren en cuanto al grado de corroboración al que sería posible acceder, pues mientras que si se leyera la respuesta textual -a pesar de encontrarse fuera de contexto- podría concluirse a partir de ella directamente, si se accede a la lectura de un relato de los hechos narrados por el periciado, pero con expresiones del psiquiatra, siempre quedará planteada la duda acerca de la mayor o menor “distancia” entre lo que el periciado respondió, y lo que el psiquiatra efectivamente interpretó y luego incorporó al informe.

En los párrafos transcriptos a continuación, es posible reconocer las diferencias anotadas anteriormente.

(Pericia No. 6)

“Personalidad inmadura, de rasgos esquizoides, es decir que tiende a la soledad y al aislamiento: ‘a veces estoy meses sin salir a ningún lado, solo en campaña’, sin expectativas ni medios económicos: ‘a veces mateo, me paso aburrido, y peor ahora que estoy quebrado de la pierna’.”

En este fragmento se presentan las frases dichas por el periciado que permitieron al psiquiatra concluir acerca de los rasgos de soledad y aislamiento del periciado, así como de la falta de expectativas y disponibilidad de medios económicos.

Evidentemente, otro psiquiatra podría leer este diagnóstico y manifestar desacuerdo con respecto a la conclusión de que el periciado presenta rasgos esquizoides, argumentando que de las respuestas brindadas por el individuo no se desprendería necesariamente la existencia de dichos rasgos esquizoides. Si esos datos no hubieran sido transcriptos, no existiría la posibilidad de tal disenso (o acuerdo), pues no se sabría qué elementos analizó el perito para realizar su diagnóstico.

Este otro párrafo citado ilustra acerca de la forma de relato del informe psiquiátrico, incorporando las respuestas del periciado, pero de manera tal que no remiten a las frases textuales, sino a expresiones elaboradas por el psiquiatra incluyendo lo dicho por el individuo periciado.

(Pericia No. 14)

“Se describe como un niño excitable, enurético hasta los 14 años, cuyas crisis eran precipitadas por las situaciones de violencia que presenciaba(...)”

Aquí se evidencia claramente la mediación interpuesta por el psiquiatra, pues utiliza las palabras “enurético”, “excitable”, que no pertenecen al saber común, sino probablemente al lenguaje propio del saber médico-psiquiátrico, y que por lo tanto difícilmente haya sido utilizado por el periciado.

Posiblemente el periciado relató que en su infancia y hasta los 14 años, sufría de problemas para contener su orina, y el psiquiatra, utilizando los términos técnicos, transcribe su interpretación de los hechos, mencionando que era un niño enurético.

A la luz de estas evidencias empíricas, se plantea esta interrogante:
¿Existe alguna forma de evaluación socio-técnica de un informe psiquiátrico forense?

Parecería que, según la revisión de las pericias psiquiátricas forenses que componen la muestra estudiada, son pocos los elementos que, en cada informe, permitirían un análisis crítico del diagnóstico propuesto.

Los casos analizados permitieron ilustrar la confirmación anteriormente planteada. Se impone entonces la búsqueda de una explicación para esta forma singular de desempeño utilizada por los psiquiatras forenses, forma que

sugiere la posesión y el ejercicio de una autonomía profesional con características particulares, las que se intentará describir en los apartados siguientes.

3.- Hacia una explicación de la autonomía en el ejercicio de la Psiquiatría Forense

3.1 El corpus de conocimiento psiquiátrico forense: entre la Psiquiatría y la Medicina Legal

En primer lugar, ha podido constatarse, mediante una exhaustiva revisión bibliográfica, y algunas entrevistas a informantes calificados (psiquiatras forenses y especialistas en Medicina Legal, entre otros), que en lo que respecta a la Psiquiatría Forense como cuerpo de conocimientos, existe un campo de libertad relacionado con la integración de los conocimientos que componen dicho saber, como parte del saber médico científico-técnico.

La Psiquiatría Forense se presenta como una disciplina cuya elaboración técnica específica no es tan densa en sí misma, sino que sus conocimientos provienen más bien de la conjunción de los saberes propios de la Psiquiatría y la Medicina Legal. Tanto es así que la Facultad de Medicina de la Universidad de la República no otorga un título de Postgrado en Psiquiatría Forense.

Asimismo, aparentemente en el resto del mundo (manifestado por los propios peritos en varias publicaciones) tampoco existe una bibliografía aplicada que dé cuenta de las especificidades de los casos psiquiátricos abordados en la práctica forense, por lo que los profesionales deben guiarse por los tratados y manuales que versan sobre temas de Psiquiatría General.⁵

Por otra parte, y asumiendo determinadas falencias, en el seno de la propia Psiquiatría se ha planteado una discusión acerca de la necesidad de la

⁵ Así queda claramente señalado, por ejemplo, en la obra de T. Ortiz Valero y J. Ladrón de Guevara y Guerrero, "Lecciones de Psiquiatría Forense", donde los autores afirman que "*Actualmente parece razonable utilizar [como criterio] la clasificación americana (...). Se trata de la obra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (...). Se trata de un manual actualmente imprescindible, con el inconveniente de ser extenso para tratarse de una simple clasificación de las enfermedades mentales con los criterios diagnósticos correspondientes. (...) en relación a la Psiquiatría Forense, dicho texto advierte con toda claridad su posible inoperancia. El DSMIII-R, e igual criterio mantiene el DSMIV-R, dice textualmente: 'las consideraciones clínicas y científicas en que se basan los criterios diagnósticos y la clasificación del DSMIII-R, pueden ser inútiles cuando este manual se utiliza fuera de contexto de la clínica o de la investigación (por ejemplo, en peritajes legales)' "* (Ortiz Valero y Ladrón de Guevara, 1998, pág. 50)

creación de una taxonomía, un principio clasificatorio de las entidades psiquiátricas, para posibilitar la unificación de criterios.

Así queda manifestado en este fragmento de un trabajo presentado al XV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría en 1987 por el Dr. G. Martínez Pesquera:

“Todo diagnóstico implica un juicio sintético del padecimiento de un sujeto en particular y cuanto mayor sea la concordancia de los diferentes clínicos en relación a su juicio sobre los mismos enfermos, mayor la fidelidad que se le debe reconocer a ese diagnóstico.

Una clasificación ideal es por lo tanto según Pull aquella que permite a los clínicos llegar sistemáticamente a iguales diagnósticos en los mismos enfermos. Desgraciadamente esta eventualidad es todavía quimérica y lo falible de todas ha sido corroborado por varios trabajos conjuntos que se han tomado ya clásicos.”⁶

De aquí se desprende que, en algunos aspectos, no solamente no existe un conocimiento lo suficientemente específico de los casos (desde un punto de vista etiológico) de la Psiquiatría Forense, sino que en lo que respecta a la Psiquiatría en general, se reconoce la existencia de áreas del conocimiento sobre las cuales no existen criterios unánimes de clasificación y por ende, de diagnósticos.

Una de las razones puede estar fundada en el hecho de que la enfermedad mental como tal, no ha encontrado su explicación absoluta en el campo de la Medicina, por lo que se manejan diversos criterios acerca de su etiología y terapéutica. Este tema no es el foco de análisis del presente trabajo, sin embargo, al mostrar algunas de estas diferencias conceptuales instaladas al interior mismo de la disciplina, se intenta reforzar la idea de que la ausencia de evidencias clínicas en los informes psiquiátricos forenses resulta un hecho relevante pues dificulta la corroboración diagnóstica y el control socio-técnico de los mismos.

El planteo se realiza teniendo en cuenta que si es reconocida por los propios psiquiatras la existencia de áreas del conocimiento para las cuales las

⁶Martínez Pesquera, G., Artículo “La Psiquiatría como rama de la medicina necesita de una clasificación”, Revista de Psiquiatría del Uruguay No. 311, Montevideo, 1988

definiciones y conceptualizaciones todavía no han logrado una aceptación unánime, parecería necesario que los informes psiquiátricos forenses se confeccionaran con un nivel de detalle apropiado para la comprensión e interpretación de otro psiquiatra, en el entendido de que éste podría analizar las evidencias clínicas señaladas y llegar a una conclusión diagnóstica acorde o no a la realizada por su colega.

Otra confirmación de lo expuesto anteriormente surge al analizar un texto perteneciente al “Tratado de Medicina Legal” de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, donde la Dra. Yubarandt Bespali retoma el enfoque del concepto de normalidad como criterio de salud mental. Podrá observarse que este enfoque se complementa al hecho del no-establecimiento de criterios comunes de diagnóstico y clasificación de las enfermedades, tanto en la Psiquiatría como, análogamente, en la Psiquiatría Forense.

En este Tratado se afirma que *“la psiquiatría siempre ha tenido dificultad para determinar los límites entre lo normal y lo anormal. En realidad, los individuos se disponen, respecto a su salud mental, en un continuum de casos con pequeñas diferencias respecto a los que le son contiguos. Es el estudio científico, para su sistematización, que requiere dividir ese continuum en entidades discretas, nosográficamente clasificables. ¿Qué criterio se usa para determinar las unidades taxonómicas que servirán a la clasificación? Algunos criterios son útiles sólo para determinado tipo de problemas, otros implican riesgos ideológicos si se aplican en forma generalizada (...)”*⁷

Sin que sea necesario ahondar en los significados de los conceptos de normalidad y anormalidad, se podría analizar el párrafo anteriormente citado desde la óptica de la variabilidad de criterios que se pueden presentar a la hora de elaborar un diagnóstico en la órbita psiquiátrica forense, teniendo en cuenta las características particulares de la interacción entre el psiquiatra forense y el periciado, con una entrevista mucho menos extensa en relación a

⁷Bespali, Y. y otros, “Tratado de Medicina Legal”, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, s/f, pág. 186.

la entrevista que se desarrolla con un eventual paciente que no se encuentre inmerso en un juicio, y, sumado a esto, el hecho de que generalmente esta entrevista es la única que se realiza, aún cuando exista la posibilidad de otras entrevistas que amplíen y permitan complementar el diagnóstico.

Esta variabilidad es reconocida por la propia autora cuando, en otro fragmento de esta obra afirma que *“en la medida que los conceptos son convenciones científicas que permiten el estudio de la psiquis humana, que varían de una cultura a otra y que en psiquiatría las clasificaciones han ido evolucionando con el tiempo, la opinión de los expertos que el magistrado solicita, tienen un enorme margen de variabilidad.”*⁸

Pues entonces, si los psiquiatras forenses albergan en su práctica la posibilidad de una variabilidad de criterios, porqué no existe en los informes psiquiátricos forenses un detalle de orden clínico del acto forense, posibilitador de ulteriores revisiones o controles socio-técnicos?

3.2 Saber y poder: legitimidad y autonomía de la Psiquiatría Forense

Para intentar responder a las interrogantes planteadas anteriormente, las que a su vez han surgido a lo largo de todo el trabajo, es necesario, en primer lugar, indagar acerca de las características específicas del ejercicio de la Psiquiatría Forense.

Estas características especiales remiten, por un lado, a la autoridad y legitimidad que la Psiquiatría Forense esgrime en tanto detenta un conocimiento científico y, por otro, al desempeño profesional de la disciplina propiamente dicha.

Conforme a lo manifestado, una de las cuestiones claves refiere a la emergencia de la autoridad social y cultural de la Medicina en tanto conocimiento y práctica científico-técnicas.

⁸ Ibidem, pág. 187.

El saber médico científico-técnico está inmerso en la racionalidad moderna, y por lo tanto el poder y el prestigio del médico han ido surgiendo con el advenimiento de dicha racionalidad.

Según Freidson, la profesión médica llegó a ser una verdadera profesión de consulta hacia finales del siglo XIX, luego de desarrollar una base lo suficientemente científica como para que su trabajo pareciera superior al de los curadores irregulares (entre ellos los curanderos, hechiceros, y diversos practicantes con conocimientos en el arte de curar).

Actualmente, la imposición ideológica de la ciencia y la técnica (la razón instrumental) sobre la religión y la magia han hecho posible el afianzamiento del poder de la Medicina, y además, su legitimación en tanto profesión.

Es posible afirmar que existen varias fuentes de legitimación para la Medicina, pues, por una parte, recibe el reconocimiento social en tanto conocimiento experto (generando a su vez cierta dependencia hacia ese conocimiento), y, además, al concederle el Estado el monopolio sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad, ésta se convierte, más que en una ocupación, en una Profesión, y refuerza entonces las bases profesionales y corporativas.

A continuación se analizarán estas dos fuentes de legitimación.

3.2.1 La Medicina como sistema experto

Una de las características propias de la modernidad, en lo que se refiere a los modos de vida y organización sociales, radica en la gran separación entre los fenómenos del tiempo y el espacio, separación que según Giddens promueve el desanclaje de los sistemas sociales, es decir, remueve las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción, para reestructurarlas en otros contextos, no definidos ya por los parámetros de espacio y tiempo (Giddens, 1994).

Este proceso es generado por medio de dos mecanismos de desanclaje: la creación de señales simbólicas (medios de intercambio que es posible entregar de un individuo a otro, independientemente de las características de cada individuo, independientemente de la copresencia o no entre los individuos e independientemente también de la coincidencia temporal entre los mismos), y el establecimiento de sistemas expertos (sistemas de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos, al decir de Freidson).

Giddens afirma que estos dos mecanismos de desanclaje fundamentan su actuación en la idea de *fiabilidad*, fiabilidad que no es atribuida a los individuos, sino mas bien a capacidades abstractas.

En este sentido, se entiende por fiabilidad la “confianza en algunas cualidades o atributos de una persona o cosa, o en la verdad de una afirmación”.

Para el caso de los mecanismos de desanclaje, la fiabilidad está relacionada íntimamente con los parámetros de tiempo y espacio, es decir, con el hecho de que no se establezca la copresencia física y temporal, pues no habría necesidad de confiar en ninguna persona cuyas actividades estuvieran visibles para el resto de los individuos involucrados en dicha actividad, y cuyos pensamientos o razonamientos fueran completamente transparentes e inteligibles, así como tampoco habría necesidad de fiarse de cualquier sistema cuyo funcionamiento fuera completamente conocido y comprendido.

Es necesario aclarar que cuando se habla de fiabilidad en relación a los sistemas expertos, la confianza que se deposita en los mismos descansa en la creencia en la autenticidad del conocimiento experto que es aplicado, más que en la rectitud moral de los que lo aplican (que no está puesta en discusión, pero tampoco tenida en cuenta a la hora de confiar en un sistema experto).

“La credibilidad que depositan los actores profanos en los sistemas expertos, no es solamente cuestión -como normalmente ocurría en el mundo premoderno- de generar una sensación de seguridad en un universo independientemente dado de acontecimientos. Es una cuestión de cálculo de beneficio y riesgo, en

aquellas circunstancias en las que el conocimiento experto no sólo proporciona ese cálculo, sino que efectivamente crea (o reproduce) el universo de acontecimientos como resultado de la continua aplicación reflexiva de ese mismo conocimiento.

Una de las cosas que esto significa en una situación en la que muchos aspectos de la modernidad han sido globalizados, es que nadie puede eximirse completamente de los sistemas abstractos implicados en las instituciones modernas.”⁹

Definida así la noción de sistemas expertos elaborada por Giddens, se entiende entonces que la Medicina (el saber médico) puede ser concebida como un “sistema experto”, en tanto conocimiento erudito, destreza técnica y aval científico, fundamentando así la confianza que depositan los actores profanos en ese conocimiento experto.

Asimismo, es imprescindible reconocer que el conocimiento científico en tanto tal, como conocimiento experto (base de muchos de los sistemas expertos), ostenta una posición de privilegio en la jerarquía del saber.

En este sentido, se admite que la principal característica de la Medicina actual es su preeminencia, no solamente en cuanto al prestigio, sino también en cuanto a ser la autoridad experta. El conocimiento de la Medicina sobre la enfermedad y su tratamiento está considerado como autorizado, definitivo y por lo tanto, incuestionable.

Precisamente, estas consideraciones revelan una de las claves que permitirán comprender el hecho de que en los informes psiquiátricos forenses no se incluyan las evidencias clínicas.

En la medida que el conocimiento médico es considerado incuestionable, probablemente aparezca como innecesario el proporcionar elementos (en la confección del informe psiquiátrico forense) que posibiliten su crítica, evaluación técnica, control social, etc.

⁹ Giddens, A., “Consecuencias de la modernidad”, Alianza Editorial, Madrid, 1994, pág. 84 y ss.

Sin embargo, aparentemente no es tenido en cuenta el hecho de que, más allá de la evaluación crítica, puede ser solicitada una explicación del diagnóstico, una aclaración sobre ciertas conclusiones, o, por qué no, una descripción de los procedimientos y métodos utilizados para realizar determinado diagnóstico.

La “incuestionabilidad” del conocimiento teórico, en todo caso, no es asimilable a la “incuestionabilidad” de la práctica, es decir, de la aplicación de estos conocimientos teóricos a los casos concretos.

Corroborando lo planteado anteriormente, ya fue explicitado el reconocimiento de los propios psiquiatras acerca de la variabilidad de ciertas conceptualizaciones teóricas en el seno mismo del conocimiento psiquiátrico, y también la falta de unanimidad en los criterios para aplicar dichas definiciones, de donde se desprenden la variedad de formas de desempeñar la práctica psiquiátrica forense.

Más adelante se enfocará este tema en relación con el postulado de la autonomía profesional de los psiquiatras forenses.

3.2.2 La Medicina como profesión

En el punto anterior se planteó de qué forma y bajo qué fundamentos el saber médico es asimilado a un sistema experto (desde la conceptualización de Giddens) y como tal es reconocido socialmente y legitimado como autoridad para desarrollar el “arte de curar”.

Ahora se tratará la segunda fuente de legitimación de esa “autoridad experta” otorgada al saber médico, por cuanto a la profesión médica se le concede el monopolio para tratar la salud y la enfermedad, lo que permite el desarrollo de ese “status” de profesión, y la adquisición de ciertas prerrogativas tales como el derecho a la autonomía y la autorregulación, que son a su vez criterios fundamentales para la definición de profesión.

Retomando el análisis de la profesión médica realizado por E. Freidson, se plantea que una profesión es un tipo especial de ocupación. En tanto ocupación, cumple con las características de ser un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades comunes, con métodos compartidos y transmitidos, las cuales les proveen su principal fuente de recursos, y por las que se les remunera al considerarlas útiles o productivas.

A su vez las profesiones se diferencian del resto de las ocupaciones en el sustento de cierta autonomía en el desempeño de su labor, que, por otra parte, es lo que les otorga derecho a controlar su propio trabajo.

La profesión médica se diferencia de las demás profesiones, pues a ésta se le concede intencionadamente dicha autonomía, como posición privilegiada para el control legítimo de su propia labor, que incluye además el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo, y cómo debiera ser realizado éste.

En suma, existen ciertos elementos que definen y caracterizan a la profesión médica, y ellos son:

- el monopolio sobre una parte protegida del mercado de trabajo
- la autonomía técnica
- el derecho al control de su propio trabajo
- el derecho a determinar quiénes ejercen legítimamente la profesión, y la forma en que debe ser realizado el trabajo.

Quiere decir entonces que la autonomía profesional es el criterio más importante para definir a la profesión médica. Este elemento va íntimamente ligado con la noción de autorregulación, la que propugnan los profesionales como base y fundamento de este derecho a la autonomía.

Es decir que la profesión fundamenta su demanda de una posición privilegiada respecto al autocontrol, en el hecho de que sólo los que son miembros de la profesión, esto es, solamente aquellos que poseen el conocimiento experto, y están preparados para su ejercicio en la práctica

profesional, son los que pueden llevar a cabo una evaluación de la labor médica, pues los no miembros no poseen esa destreza o conocimiento experto, y no serán capaces entonces de evaluarlo y controlarlo apropiadamente.

“La cuestión del control, después de todo, es el anverso de la cuestión de la autonomía, ya que la autonomía es conferida a la profesión en el supuesto de que ella misma, sin interferencia exterior, regulará o controlará la actuación de sus miembros. Así como la autonomía es la prueba del status profesional, del mismo modo la regulación propia es la prueba de la autonomía profesional”¹⁰

Este privilegio es justificado por los propios profesionales sobre la base de tres premisas fundamentales: en primer lugar, por el hecho de que se necesita un grado de conocimiento y experiencia tal para ejercer la profesión médica, que los no profesionales no son capaces (ni están preparados) para evaluarlo o regularlo.

En segundo lugar, reivindican que los profesionales son lo suficientemente responsables como para que se pueda confiar en su trabajo, sin necesidad de una continua supervisión.

Por último, también afirman que debe confiarse en que la profesión tomará medidas regulatorias en aquellos casos en los cuales se descubra que cierto profesional ha actuado incompetentemente, o faltando a la ética.

De este modo consideran que la profesión es la única fuente de competencia para reconocer la actuación incorrecta y para autorregularse en general. (Freidson, 1978)

3.2.3 Formas que adopta la Autonomía

A lo largo del estudio aquí presentado, y de acuerdo a los casos que sirvieron de ilustración, pudo apreciarse que son muy escasas las evidencias clínicas (que fueron denominadas aquí como síntomas, señales, indicios,

¹⁰ Freidson, E., “La profesión médica”, Ediciones Península, Barcelona, 1978, pág. 95

elementos, observaciones del perito) que alguien podría utilizar, en el caso de que se le atribuyera la tarea de examinar y evaluar un informe psiquiátrico forense.

Evidentemente, en el caso de que fuera necesario realizar esta tarea de análisis de un informe, tal vez no sólo con el propósito de evaluarlo sino en la eventualidad de requerirse una segunda opinión, esto no podría llevarse a cabo debido a la mencionada dificultad para la reconstrucción del proceso diagnóstico.

Es indudable entonces que el ejercicio de efectuar la evaluación y control social y técnico está condicionado a la existencia de elementos observables que lo posibiliten, como fue detectado en el citado estudio de E. Freidson: *“el supuesto fue que la observabilidad de la actuación es un prerrequisito estructural para la regulación, limitando el grado en que la realización del trabajo puede ser inspeccionado y la calidad de la información que se puede reunir sobre la actuación.”*¹¹.

Pero, a su vez, la posibilidad de un control socio-técnico sólo será viable en la medida que se reconozca que tanto peritos como legos pueden requerir una explicación en torno a los métodos y elementos utilizados para abordar a las conclusiones periciales.

En el caso de los informes psiquiátricos forenses analizados, estos métodos y elementos observables aparecen solamente en algunos de los mismos, por lo que la tarea de examinar la actuación de los peritos se transforma en un emprendimiento complicado y prácticamente irrealizable.

Reflexionando en torno a esta constatación, surge como posible explicación la idea de que la Psiquiatría Forense ejerce una autonomía profesional que adopta dos formulaciones, las que a su vez podrían tener su fundamento en las dos principales fuentes de su legitimación.

¹¹Freidson, E., “La profesión médica”, Ediciones Península, Barcelona, 1978, pág. 163.

En este sentido, **se propone la teoría de que los psiquiatras forenses no sólo gozan de una autonomía profesional de carácter exógeno** (con respecto a todo aquello que es exterior a la profesión médica, es decir, respecto a los no miembros de la profesión, que, por lo tanto, no poseen el conocimiento experto), **sino que también existe una autonomía endógena, de carácter individual, detentada por cada uno de los peritos psiquiatras forenses en relación al resto de sus “pares”** (demás integrantes del cuerpo psiquiátrico forense).

Autonomía exógena y endógena

Fue establecido que la profesión médica, al detentar cierta autonomía profesional (ligada directamente a su autoridad social y cultural, al decir de Paul Starr), limita la posibilidad del control técnico a la evaluación por parte de los propios integrantes de ese saber; porque se supone que la autonomía es conferida a la profesión médica en el supuesto de que ella misma, sin interferencia de orden externo, regulará o controlará la actuación de sus miembros (Freidson, 1978).

Por lo tanto, en la base de la autonomía profesional se encuentra el principio de autorregulación, que proclama que la misma profesión es la única fuente de competencia para reconocer la actuación errónea, y para regularse a sí misma en general.

Esta forma de autonomía puede denominarse “exógena”, en la medida que está referida a la evaluación externa a la profesión. Evidentemente, la consideración de la Medicina como “sistema experto” promueve esta situación de privilegio, en tanto sólo podrá ser evaluada y controlada por aquellos que también detenten este conocimiento específico. Además, y como ya fue analizado anteriormente, aparentemente no se concibe que este conocimiento pueda ser “cuestionado” por aquellos ajenos al mismo, por lo que la posibilidad de control social no es considerada.

Por otra parte, el hecho de que no existan elementos observables que faciliten la evaluación, conspira en contra del ejercicio del principio de autorregulación, y es en ese sentido que se plantea que los psiquiatras forenses de hecho gozan, además, de una autonomía “endógena”, en la medida que la práctica psiquiátrica forense, por sus propias características, limita el control y examen de su labor individual, lo que a su vez reduce a una mínima expresión dicha autorregulación.

Pero, esta autonomía de carácter endógeno, observada empíricamente en ciertas características de la práctica psiquiátrica forense, presenta algunos elementos que no solamente aportan evidencias para su cuestionamiento sino que podría considerarse contradicen los postulados básicos de su legitimidad.

A modo de ejemplo, y siguiendo este razonamiento, ha podido constatarse en más de una oportunidad, la aparición de ciertos tópicos para los cuales la Psiquiatría Forense aún no ha logrado unanimidad de criterios, lo que proporciona otra justificación para la importancia de un posible control socio-técnico.

Precisamente, a lo largo de este trabajo fue expuesta la dificultad, asumida por los propios psiquiatras, acerca de la realización de un diagnóstico en los casos de enfermedades mentales, debida básicamente a la ausencia de criterios únicos para la clasificación de los estadios de la salud y/o enfermedad mental.

Entonces, es notorio que no existe una posición uniforme acerca de las causas, manifestaciones, explicaciones de la enfermedad mental, así como tampoco existe una posición unánime que defina los parámetros de normalidad y anormalidad.

Pero, además, al psiquiatra forense se le exige en cada uno de sus peritajes un diagnóstico, una afirmación en torno a la salud mental del periciado, que a su vez debe estar relacionada con la imputabilidad del mismo, y este diagnóstico debe ser emitido indefectiblemente, pues hace a la tarea que el propio perito desarrolla.

Debido a ello, es muy probable que esta situación provoque incertidumbre en el profesional, conjugándose con cierta presión a la hora de establecer un diagnóstico, por las propias características de la tarea que supone que dicho informe es necesario en el juicio penal que se está desarrollando.

Siguiendo a L. Schraiber, puede afirmarse que la labor del médico (en este caso del psiquiatra forense) envuelve un juicio subjetivo y complejas decisiones de carácter personal.

“Estas características también se establecen en razón de su extremo pragmatismo, pues la sociedad exige de la medicina siempre una acción, una solución en respuesta a las demandas que le son formuladas, aún cuando no existe conocimiento científico para ampararlas.”¹²

El psiquiatra forense debe necesariamente concluir acerca de la salud mental del periciado, pero, esta conclusión no está desligada de cierto manejo de la incertidumbre provocada por el proceso de aplicación práctica de un saber que se declara “en discusión” en algunos puntos teóricos.

Aquí es donde surge uno de los aspectos cuestionables de la práctica forense, y una de las principales fundamentaciones de la importancia de la autorregulación.

Pues a priori aparece como natural el hecho de que se presenten dudas, o una lógica vacilación en la dilucidación de este tópico de la imputabilidad, que remite a indagar en la posible existencia de una enfermedad mental. La situación de un juicio penal también provoca que muchas veces este diagnóstico se realice en situaciones de apremio respecto al tiempo disponible, todo lo que redundaría en una probable sensación de incertidumbre en algunos casos.

¹²Schraiber, L; “O trabalho médico: Questões acerca da autonomia profissional”, Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro, 1995, pág. 59.

Estas características de la práctica forense hacen suponer que los informes psiquiátricos forenses deberían consistir en un relato detallado de los elementos técnicos utilizados para obtener las conclusiones diagnósticas, elementos que podrían ser analizados con posterioridad por otro profesional si el diagnóstico, realizado en esas circunstancias particulares, provocara ciertas dudas, o la necesidad de una segunda opinión, o su confirmación por parte de otro perito.

Sin embargo, contrariamente a lo esperable, en la mayoría de los casos estudiados se propone un diagnóstico que, por la forma de su relato, se plantea, a priori, difícil de evaluar.

Este es uno de los elementos que permiten suponer que el ejercicio de la autonomía endógena aparece en contradicción con uno de los postulados que legitiman la profesión médica: el principio de autorregulación.

Por otra parte, es importante también rescatar que la práctica de la Psiquiatría Forense reviste características particulares, sobre todo en torno a las definiciones conceptuales y criterios variables (respecto a la enfermedad mental), lo que también redundaría en una clara diferenciación entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica a casos concretos.

Estas connotaciones son también analizadas por Freidson, el que observa que *“(...) los elementos cuestionables del trabajo médico son precisamente los elementos implicados en la aplicación práctica del conocimiento a las cuestiones humanas. El conocimiento sistemático, teórico, científico y objetivo de la Medicina descansa en su conocimiento ‘puro’ y abstracto del curso de la enfermedad y de los procedimientos que tienen mayor probabilidad de curar o aliviar los efectos de la enfermedad. Tal conocimiento es abstracto y puro en cuanto a que los métodos para aplicarlo a la realidad práctica son distintos y separados de él constituyendo evaluaciones, usos acostumbrados, preferencias personales y aun quizás intereses creados más*

que conocimiento sistemático orientado por alguna teoría consciente de sí misma. Por lo tanto, el reclamo de autonomía que hace la profesión para determinar el contenido de su trabajo no se justifica por el carácter de su conocimiento de cómo aplicar tal saber, aun cuando el carácter de su conocimiento puro sea aceptable.” ¹³

De aquí surge otro argumento que sustenta la idea de que la ausencia de evidencias clínicas en los informes psiquiátricos forenses, no solamente no posibilita su control socio-técnico, sino que parece contradecir uno de los supuestos básicos en torno a la legitimidad de la profesión médica, en el sentido de que las bases teóricas de la autonomía profesional radican en el compromiso de posibilitar y realizar una autorregulación al interior de cada disciplina.

¹³Freidson, E., “La profesión médica”, Ediciones Península, Barcelona, 1978, pág. 339.

CONSIDERACIONES FINALES

A modo de reflexión final, se expondrán a continuación algunas de las conceptualizaciones más relevantes surgidas a lo largo del trabajo, así como también las principales líneas de discusión que podrían ser retomadas en futuras investigaciones.

En primer lugar, la investigación surge en un marco de reflexión sociológica signado por el fenómeno de medicalización de la sociedad, la que se observa en distintas esferas de lo social, y también en la apropiación por parte de la Medicina de variados roles institucionales diferentes a los ejercidos tradicionalmente.

Con este enfoque, se optó por indagar en los procesos medicalizadores, y también en las áreas de lo social que reciben la intervención de la Medicina, para lo cual se focalizó el análisis en el ejercicio de la práctica psiquiátrica forense, como una práctica articuladora entre los ámbitos de la Justicia y la Medicina.

La elección de este objeto de estudio se relaciona directamente con la función social que cumple esta práctica, pues, en el caso de la Justicia Penal, desarrolla la tarea de peritaje psiquiátrico a aquellos que intervienen en un hecho ilícito. Esta tarea conlleva, en sí misma, un componente arbitral de gran importancia, pues los dictámenes y juicios que son emitidos por los peritos psiquiatras forenses, serán utilizados en el juicio como “elemento de prueba” (en la casi totalidad de los casos), cumpliendo un rol preponderante también en la decisión y dictamen final del juez.

En primer lugar, el estudio consistió en un análisis de las formas y procedimientos utilizados por el psiquiatra forense para realizar el *informe psiquiátrico forense*, documento que es enviado al juez actuante en cada caso.

En dicho informe, el perito psiquiatra plasma el diagnóstico realizado a la persona periciada.

Pudo apreciarse que los informes analizados poseen características singulares: la más importante parece ser aquella que denota una mayoritaria ausencia de evidencias clínicas en el relato del diagnóstico. Esto propició la reflexión en torno a cómo podría realizarse un control social y/o técnico de estos diagnósticos, ante la falta de elementos observables, pregunta que se intentó responder a lo largo del estudio.

¿Porqué resultaría importante poder realizar un control socio-técnico de los peritajes psiquiátricos forenses?

En primer lugar, por la importancia asignada a estos diagnósticos en el andamiaje judicial. El juez decidirá acerca de la salud mental del periciado, y, consecuentemente, acerca de su imputabilidad. Esto definirá la posibilidad o no de ser condenado, factor de gran relevancia para el sujeto juzgado.

En segundo lugar, y no menos importante, por el posible requerimiento desde la sociedad, en torno a obtener una “explicación” de cuáles fueron los procedimientos adoptados, los elementos tenidos en cuenta, y las conclusiones obtenidas por el perito psiquiatra, en relación a determinado periciado. Dado que este diagnóstico reviste tal importancia en el futuro no sólo del sujeto, sino también de la sociedad (por ejemplo al existir la posibilidad de liberar a alguna sujeto percibido como peligroso, etc.), las personas pueden pretender conocer algunos de los aspectos que justificaron el dictamen del perito, los análisis realizados al mismo, etc., ejerciendo su derecho a saber.

En tercer lugar, porque podría ocurrir que se planteen dudas en torno al diagnóstico realizado, y requerirse la opinión de otro perito psiquiatra forense, que corrobore o desestime el diagnóstico primario.

Éstos son sólo algunos de los casos en los cuales se podría requerir alguna forma de evaluación o control de la práctica psiquiátrica forense, sobre todo en relación a los diagnósticos elaborados. Pero, para realizar de modo adecuado tanto el control social como el control o evaluación técnica, es

imprescindible contar con elementos que lo posibiliten (para reconstruir el proceso diagnóstico). En el caso de los informes psiquiátricos forenses, estos elementos serían las aquí denominadas “evidencias clínicas”, las que posibilitarían su análisis por parte de otros peritos psiquiatras, y que podrían propiciar las situaciones explicatorias planteadas anteriormente.

Empíricamente se observó que la mayoría de los informes psiquiátricos forenses estudiados carecía total o parcialmente de estas evidencias clínicas, y este descubrimiento condujo directamente a la reflexión en torno a dicha constatación.

En este sentido, se procuró indagar acerca de una posible justificación que explicara por qué no se ha planteado hasta este momento la necesidad de realizar un informe psiquiátrico forense que contenga elementos posibilitadores de una futura reconstrucción diagnóstica, elementos que sí aparecen, por ejemplo, en historias clínicas desarrolladas por otras especialidades médicas.

Las características propias de la Medicina parecen proponer esta justificación.

Por un lado, una de las fuentes de legitimación de la Medicina proviene de su consideración en tanto conocimiento científico y en tanto conocimiento experto. Desde la conceptualización de Giddens fue explicada como dicha asimilación concede a la Medicina, como sistema experto, un grado importante de fiabilidad por parte de los legos, fiabilidad basada en su conocimiento erudito y su destreza técnica.

De esta forma, la Medicina adquiere cierta autoridad cultural, la que le otorga un prestigio singular, y que avala además su intervención en distintos ámbitos de la vida social.

Estas connotaciones podrían explicar el hecho de que no se cuestione la actuación de la Medicina, y más propiamente dicho, de la Psiquiatría Forense, y que por lo tanto no se requieran pruebas de su actuación. La idea de

“confianza” en los sistemas expertos, supone una creencia en su desempeño, y por lo tanto una credibilidad en sus resultados.

Entonces, aquí podría encontrarse una justificación para la ausencia de elementos observables en los Informes psiquiátricos forenses.

Pero, existe otro argumento a tener en cuenta, que señala una justificación de porqué sí deberían existir dichos elementos observables, y es la que se refiere al postulado de autorregulación propio de la profesión médica.

En la medida en que la Medicina es ejercida por profesionales médicos, se debe tomar en cuenta para el estudio las características de dicha profesión (a la que se le ha otorgado el monopolio para tratar la salud y la enfermedad).

En este sentido, el cumplimiento de los principios de autonomía y autorregulación son los postulados esenciales para la definición de toda profesión. La autonomía está relacionada con el derecho de los profesionales al control legítimo de su propia labor, así como también el derecho exclusivo a establecer quiénes pueden ejercerla, y cómo deben hacerlo.

Directamente relacionado con la autonomía está el principio de autorregulación, en tanto el control de su labor será realizado por los propios profesionales, que son los únicos habilitados y capacitados para hacerlo.

Aquí es donde surge el argumento principal para fundamentar el requerimiento de la existencia de “elementos observables”, pues no se puede controlar o regular ningún informe o ninguna práctica, sin poseer elementos que habiliten la observación y/o la reconstrucción del procedimiento realizado.

En el caso de la práctica psiquiátrica forense, podría decirse que si existiera la necesidad de observar la práctica de determinado perito, podría hacerse a través de la presencia en una entrevista a un periciado, y de allí obtener los elementos observables para la evaluación.

Pero ésta sería una forma de evaluación o control sobre la acción a futuro. Por el contrario, en este trabajo se está planteando la dificultad de evaluar o controlar socialmente y técnicamente la labor ya realizada, de la que sólo queda como registro el Informe Psiquiátrico Forense.

Basados en estos argumentos, fue planteada la hipótesis de que los profesionales psiquiatras forenses no sólo gozarían de la autonomía propia de la profesión médica, autonomía que fue denominada aquí exógena, sino que también estarían detentando una autonomía de carácter endógeno, respecto al resto de sus pares, en la medida que su práctica específica aparentemente no facilitaría la posibilidad de un control autorregulador.

Esta conjetura aparece como de gran importancia y relevancia sociológica, sobre todo a la hora de indagar en torno a las características de las profesiones, y la relación entre el saber y el poder, entre otros.

Por lo tanto, amerita un espacio de reflexión más amplio, retomando las líneas de discusión planteadas, y para lo cual podría ser interesante, por ejemplo, desarrollar una investigación que analizara la opinión de los propios peritos psiquiatras forenses en relación a las formas y fundamentos de la práctica que desempeñan, lo que ampliaría y profundizaría el conocimiento sociológico sobre este tema.

BIBLIOGRAFIA CITADA Y DE REFERENCIA

- **Abercrombie, N., "Clase, estructura y conocimiento", Editorial Península, Barcelona, 1982.
- **Albuquerque, M., "Psiquiatría y Derecho: semejanzas y diferencias", en "Psiquiatría Forense" compil. por H. Puppo Touriz, D. Murguía y otros, Librería Médica Editorial, Montevideo, 1985.
- **Bayce, R., y otros, "La medicalización de la sociedad", Editorial Nordan Comunidad, Montevideo, 1993.
- **Basaglia, Franco (preparador) y otros, "Los crímenes de la paz", siglo XXI Editores, México, 1987.
- **Bercovich, I., "La medicalización de la justicia uruguaya. Análisis del discurso psiquiátrico en el área penal", Montevideo, 1998, mimeo.
- **Bespali, Y. y otros, "Tratado de Medicina Legal", Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, s/f
- **Canguilhem, G., "Lo normal y lo patológico", Siglo XXI Editores, México, 1986.
- **Diamond, B., "The psychiatrist as expert witness", editado en The psychiatric clinics of North America Volume 6 N° 4, EE.UU., 1983
- **Echeverría, D., "Imputabilidad y pericia psiquiátrica", editado en Revista del Instituto Uruguayo de Derecho Penal Año 1 N° 1, Montevideo, 1980
- **Foucault, M., "Microfísica do poder", Edit. Graal, Río de Janeiro, 1979
- **Foucault, M., "La vida de los hombres infames", Editorial Altamira, Buenos Aires, s/f.
- **Foucault, M., "Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão"; (comp.), Edit. Graal, Río de Janeiro, 1988.
- **Freidson, E., "La profesión médica. Un estudio de Sociología del Conocimiento aplicado ", Edic. Península, Barcelona, 1978.
- **Freidson, E., "Professional Powers. A study of the institutionalization of formal knowledge", The University of Chicago Press, Chicago, 1986.
- **Giddens, A., "Consecuencias de la modernidad", Alianza Editorial, Madrid, 1994

- **Harris, R.; "Assassinato e locura. Medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*"; Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1993.
- **Herzlich, C.; Pierret, J., "De ayer a hoy: la construcción social del enfermo", Editado en Cuadernos Médico Sociales No. 43, Rosario, 1988.
- **Laplantine, F., "Antropologia da doenca", Edit. Martins Fontes, San Pablo, 1991.
- **Levinson, D., Gallagher, E., "Sociología del enfermo mental", Amorrortu Editores, Buenos Aires, s/f.
- ** Martínez Pesquera, G., Artículo "La Psiquiatría como rama de la medicina necesita de una clasificación", Revista de Psiquiatría del Uruguay No. 311, Montevideo, 1988
- **Merton, R., "La sociología de la ciencia", Editorial Alianza, Madrid, 1977.
- **Mitjavila, M., Proyecto de investigación sobre las estrategias medicalizadoras del espacio social.
- **Mitjavila, M., Echeveste, L., "La medicalización de la reproducción humana", Serie Investigaciones No. 64, CLAEH, Montevideo, 1992.
- **Murguía, D. y Soiza Larrosa, A., "Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay", Revista de Psiquiatría del Uruguay No. 52, Montevideo, 1987
- **Ortiz Valero, T., Ladrón de Guevara y Guerrero, J.; "Lecciones de Psiquiatría Forense", Editorial Comares, Granada, 1998.
- **Parsons, T., "El Sistema Social", Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1966.
- **Pereira-Neto, F., "A profissao médica em questao (1922): dimensao histórica e sociológica", artículo editado en Cad. Saúde Públ. Vol 11 N°4, Rio de Janeiro, 1995.
- **Puppo Bosch, D. y Bocchino, S., "Peritaje psiquiátrico a propósito de 70 casos", Revista de Psiquiatría del Uruguay No. 52, Montevideo, 1987
- **Puppo Touriz, H., Grezzi, O., Puppo Bosch, D., Soiza Larrosa, A., Martínez Pesquera, G., "Aportes de la Psiquiatría a la Criminología", Revista de Psiquiatría del Uruguay N° 276, Montevideo, 1981
- **Rodríguez, J., "El poder médico, desde la Sociología", artículo editado en Revista Española de Investigaciones Sociológicas N° 14, 1981.

**Schraiber, L; “O trabalho médico: Questões acerca da autonomia profissional”, Cad, Saude Pública., Rio de Janeiro, 1995

**Soiza Larrosa, A., “Peritaje medicolegal. Asesoramiento Psiquiátrico en materia Civil y Penal”, en “Psiquiatría Forense” compil. por H. Puppo Touriz, D. Murguía y otros, Librería Médica Editorial, Montevideo, 1985.

**Starr, P., “La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América”, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1991.

**Szasz, T.; “Ideología y enfermedad mental”, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1976.

**Szasz, T.; ”A quién sirve la psiquiatría”, editado en “Los crímenes de la paz”, Siglo XXI Editores, México, 1987.