

NORMALIDAD E IDEOLOGÍA: EL EJEMPLO DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO*

LICDA. ALEXANDRA PÉREZ JOHNSTON

"Enfocar un texto (no importa el tipo) desde la óptica de la locura es arriesgarse a que ese texto nos enfoque la propia locura (la de nuestro discurso)".

Manuel Picado, *El envés de la red*

Mientras la mayor parte de los escritos de Derecho Penal y disciplinas conexas se caracterizan por utilizar métodos exegéticos clásicos, la intención de este texto es realizar otro tipo de análisis: lo que se ha dado en llamar lectura sintomal.¹

En términos tal vez demasiado simplistas podríamos hablar de que la ley es el equivalente del "consciente" del sujeto, pero que existe también un "inconsciente" de la ley, que para hacerse discurso requiere de todo un proceso de lectura inquisitiva y violenta.

El propósito de este texto es tomar, en este caso, el artículo 114 del Código Penal y hacerle lectura sintomal. ¿De qué se habla cuando se alude a "el que intentare suicidarse"? ¿Qué se está diciendo al imponer una medida de seguridad? ¿Qué punto de referencia tiene el adjetivo "adecuado", con que se califica el tratamiento psiquiátrico que se le adjudica al que intenta suicidarse? ¿Cuál es, en última instancia, el valor funcional para el sistema de esta norma? Estas son sólo algunas de las interrogantes que plantea una lectura sintomal del artículo 114 del Código Penal.

Ahora, ¿para qué hacer lectura sintomal? Quizá para descubrir los mecanismos ideológicos que subrepticamente nos controlan; tal vez para subvertir el sentido de un orden que, de tan evidente, deviene invisible; o aun por el simple propósito de pervertir el discurso y jugar con el lenguaje, desliziándose hacia la locura.²

A la hora de leer el artículo 114³ en esta forma, nos enfrentamos a varios problemas: unos de carácter puramente conceptual, como la tautología circular dentro de la que se define sin definir la noción de suicidio; y otros de carácter ideológico, como el hecho de que se considere fuera de los parámetros de normalidad el que alguien no escoja siempre lo que usualmente se conoce como vida. Es aquí donde la lectura sintomal se impone, para hurgar en las verdaderas motivaciones de este proceder y mostrar la parte sumergida del iceberg.

El suicidio ha sido tema ubicado en zonas de alto voltaje, donde cualquier cambio o cuestionamiento de la evidencia suscita reacciones generalizadas de oposición y escándalo. Por ello, nuestro enfoque podrá en algún momento hacer violencia

* (Una novísima y abreviada versión de la tesis "Suicidio, ideología y ley: disertaciones sobre la locura" presentada por la misma autora para optar al grado de licenciada en Derecho en la Universidad de Costa Rica).

1. Término acuñado por Althusser, que alude a una forma de tomar el texto, el discurso que se nos enfrenta, como síntoma de algo que le precede, que le subyace, que está latente. "Para la lectura sintomal lo que está escrito es un efecto, un producto de una serie de determinantes cuyo mecanismo debe esclarecer. El problema para una lectura sintomal es el de llegar a saber cuál es la problemática en la que el texto se inscribe y a la que él pretende responder. . . Esta lectura es inquietante, intranquilizadora, en un cierto sentido es una lectura maldita". BRAUNSTEIN (Néstor), *Psicología: Ideología y Ciencia*, Siglo XXI Editores, México, 1982, pág. 332.
2. El lenguaje de la locura es el perpetuo deslizamiento de las palabras en actos, hasta que llega el momento en que la palabra es puro acto. COOPER (David), *El lenguaje de la locura*. "¿Cómo habla la locura? A esta pregunta no se puede responder más que de forma contradictoria. Locura y lenguaje son concomitantes y excluyentes. La sinrazón no está ahí donde se habla de ella. La locura quizá esté simplemente ahí donde se habla, en hablar. PICADO (Manuel), *El envés de la red*, EDUCA, San José, 1985, pág. 65.
3. Art. 114. Al que intente suicidarse se le impondrá una medida de seguridad consistente en un adecuado tratamiento psiquiátrico.

en el lector, lo cual, lejos de amedrentar la escritura, la coloca en el lugar del goce.⁴

Por otra parte, el abandono de un estilo convencional de escritura jurídica podrá desconcertar al lector cuya mente oscile en la cuadratura de que los lenguajes deben dividirse según su propósito, considerando inadecuado el delirio en materias cuya científicidad se cree o por lo menos se alega. Se usará aquí un estilo ensayístico por considerar esta forma como la idónea para nuestro enfoque. Y, según palabras robadas, "el ensayo no puede hacer concesiones a la doctrina. Su ámbito propio es el de los matices. No puede ser doctrinario porque es, ante todo, un inductor de ambigüedad. La doctrina tranquiliza; el ensayo no. En él predomina la sugerencia sobre lo unívoco. Renuncia a toda ilusoria realidad".⁵ En otro aspecto también es idónea la forma del ensayo, por la ausencia de pretensiones globalizadoras. Así, "el ensayo se desinteresa del sistema. Persigue más bien el punto

donde éste falla, se abre y se pierde. El trabajo del ensayo toca el sitio prohibido donde el Todo escconde el precario equilibrio que lo funda y sostiene".⁶

Después de tan insistentes advertencias, no se puede menos que comenzar la labor, pese a la tentación de permanecer en los prolegómenos (de alguna manera siempre da más placer plantear que realizar).

El ensayo se estructurará, para efectos de orden, alrededor del artículo 114, en una división tripartita que analizará en primera instancia la indefinición conceptual de la noción de tentativa de suicidio. En segundo lugar, se comentará la presunción de locura que presenta el artículo, haciendo énfasis en las relaciones estrechas entre normalidad e ideología; y finalmente, se planteará el "adecuado tratamiento psiquiátrico de que habla el artículo 114 en términos de disidencia-represión, contrapuesto esto último a la usual dualidad ideológica de locura-cura.

I. LA INDEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL ARTÍCULO 114 DEL CÓDIGO PENAL

Desde un punto de vista histórico y doctrinal, el suicidio no es un concepto único y bien definido. Cada pueblo lo define en formas diversas dado que es un concepto que se define de acuerdo con la valoración que se le dé a los comportamientos. Así, a nosotros nos podrá parecer que un piloto japonés que se estrella contra el enemigo para eliminarlo, sabiendo que él también perecerá (*kamikaze*), comete suicidio. Pero rehusamos aceptar que fumar tres cajetillas de cigarrillos al día sea suicidio. ¿Cuál es la diferencia? ¿Plazo? ¿Seguridad del resultado? No; simplemente cultura, valores, en resumen, ideología.⁷

Tampoco hay coincidencia si examinamos los conceptos de suicidio que se manejan en diferentes disciplinas. Dentro de la misma filosofía, el suicidio es objeto de tratamientos diversísimos, que van desde concepciones moralistas como la de Debreyne⁸ o Santo Tomás, hasta las posturas existencialistas como las de Camus, que plantea el suicidio como una solución al absurdo de la vida.

Al surgir la ciencia sociológica, ésta se aboca a la construcción de conceptos. El suicidio no escapa a esto. No en vano nos dice Baechler, en su texto *Les Suicides*, que "científicamente el suicidio no existía. Debía construirse. De hecho, puede utili-

4. Roland Barthes habla de textos de goce y textos de placer. Así, el texto de goce sería "el que pone en estado de pérdida, desacomoda (tal vez incluso una forma de aburrimiento) hace vacilar los fundamentos históricos, culturales, psicológicos del lector, la consistencia de sus gustos, de sus valores y de sus recuerdos, pone en crisis su relación con el lenguaje". BARTHES (Roland), *El placer del texto*, Edit. Siglo XXI, México, 1980, pág. 23.

5. PICADO (Manuel), *op. cit.*, págs. 22-23.

6. *Ib.*, pág. 24.

7. En una primera acepción, ideología sería la representación del mundo de una cierta forma. Luego usaremos otras acepciones del término.

8. "El frenesí de los que voluntariamente se matan es uno de los síntomas más espantosos de la disolución que amenaza a la sociedad moderna". DEBREYNE, (P.), *El suicidio considerado bajo los puntos de vista filosófico, religioso, moral y médico*, Editorial Pons y Co., Barcelona, 1879, págs. 8-9.

zarse el suicidio para fines científicos, pues es innegable que su carácter de situación límite lo hacen un ejemplo privilegiado para probar cualquier teoría sobre el hombre y su aventura".⁹

En efecto, Durkheim fue el pionero de las teorizaciones sobre el fenómeno del suicidio, que define como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo llevado a cabo por la misma víctima a sabiendas del resultado".¹⁰ Sin embargo, definiciones posteriores han señalado aspectos totalmente distintos. Así, no siempre hay muerte (caso de la tentativa) y, en todo caso, la pregunta ¿qué es muerte? es merecedora de una respuesta menos fisicalista que la que generalmente se propone. La muerte en vida también es muerte. No hay verdadera diferencia entre creer que se está muerto y estarlo.

Tampoco puede decirse categóricamente que la víctima sea ella misma la actora, ya que desde una perspectiva psicoanalítica, el sujeto no es un individuo con una voluntad libre, capaz de elegir sus actos, sino un soporte vacío de una problemática, de un entorno que lo utiliza para manifestar su desazón.¹¹

El problema se tendría que enfocar como la sociedad confesándose a sí misma a través de la muerte de un individuo (o de su comportamiento tendiente a ello).¹²

II. LA PRESUNCIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL

El artículo 114 asigna al que intente suicidarse una medida de seguridad consistente en un adecuado tratamiento psiquiátrico. Según los artículos 101 y 102 del Código Penal, este tipo de medida es de índole *curativa*.

Definitivamente el concepto de CURA remite en forma inmediata al de ENFERMEDAD y de esto se deduce la presunción (*iuris tantum*, pero

De igual manera puede criticarse la frase "a sabiendas del resultado", pues a menudo no existe proporcionalidad entre el método usado y el resultado obtenido, por la ignorancia del sujeto u otras razones.

Hay muchas otras definiciones que llegan incluso a ser contradictorias, y en el campo de la psiquiatría también existe el mismo problema, sin mencionar la posición psicoanalítica.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que no existe un solo concepto de suicidio, y, a fortiori, tampoco de su tentativa, que evidentemente plantea exigencias mucho mayores a la hora de definirla.

Así, si no hay un solo concepto indubitable de suicidio, la ley, al sancionar su tentativa, debería definir el comportamiento que tipifica.

Sin embargo, no lo hace, sino que incurre en tautología con el encabezado del artículo: tentativa de suicidio. Y luego el texto habla de "el que intentare suicidarse". En otros artículos, por ejemplo el de homicidio simple, se hace al menos una definición preliminar: "el que diere muerte...". Pero en el artículo 114, nada.

Entonces, ¿cómo puede sancionarse un comportamiento indefinido? El principio de tipicidad y el de seguridad jurídica quedan completamente anulados.

presunción al fin) del artículo 114, de que el que intenta suicidarse es un enfermo mental.¹³

Esta presunción nos lleva a varios problemas. El principal es la definición de los parámetros a utilizar para ubicar qué es normal y qué es patológico. ¿Existe algo que pueda definirse como enfermedad mental? ¿Puede acaso ponerse el dedo en una llaga llamada locura?

9. BAECHLER (Jean), *Les Suicides*, Editions Calmann-Lévy, Poitiers, 1975.

10. BAECHLER (Jean), *op. cit.*, pág. 75.

11. "Claramente, la conciencia y la conducta individuales son transacciones del sistema con el sistema mismo (que produjo al individuo). Los sujetos singulares son, simplemente, los soportes de esas transacciones". BRAUNSTEIN, *op. cit.*, pág. 71.

12. "La sociedad reposa sobre un crimen cometido en común". ARTAUD (Antonin).

13. El estudio de las actas del anteproyecto de Código Penal de 1969 nos confirma esta afirmación. En ellas se dice que la introducción de la nueva figura de tentativa de suicidio (en los anteriores códigos penales no existía), obedece a un "afán de proteger a quien falló en tan fatal determinación y que forzosamente lo ha hecho empujado por un grave desequilibrio psíquico". (Asamblea Legislativa, Exposición de motivos, folios 128-133).

Dentro de la perspectiva de las diversas disciplinas científicas, entre ellas la psiquiatría, se percibe la locura en términos de enfermedad, ubicada en el paciente, y de cura, localizada en un determinado profesional médico. La locura se explica y clasifica, se le otorga un campo en una nosografía que a priori nombra categorías y cuadros de síntomas.

Históricamente, el fenómeno del internamiento no surge hasta el siglo XVII (por el apogeo del racionalismo cartesiano) para todo lo que represente la sinrazón, de la cual la locura es sólo una pequeña parte. Pero aún la medicina no tenía relación determinante con la designación y ubicación de la locura, aunque ya empieza a esbozarse el rol del médico.¹⁴ Es la necesidad de legitimar la marginación jurídica de algunas personas lo que eventualmente llevará a otorgar poderes extraordinarios al médico. El origen de la clasificación de la locura no obedece verdaderamente a parámetros médicos sino a demandas de poder.

Se une la figura del "perturbador social" (aspecto social de la locura) con la figura del "incapaz" (aspecto jurídico de la locura) en lo que Foucault llama una "unidad mítica".¹⁵

Pero en verdad no se define qué es locura. Sólo se reconoce al loco por sus diferencias de los demás, por lo que no tiene, por lo que "le falta". Así, la locura no tiene un ser, sino más propiamente un no ser.¹⁶

Ante esta situación, la medicina se debe abocar a encontrar signos positivos para describir su objeto. ¿Cómo podría si no curar algo que no sabe qué es? Es aquí donde surge la pasión nosográfica que habrá de caracterizar a la psiquiatría hasta nuestro días. Se empiezan a describir síntomas y especies, y se organiza todo un mundo patológico bajo un modelo taxonómico.

Este es el nuevo espacio en que se inserta la locura como enfermedad mental.¹⁷

El acto de clasificar en psiquiatría es altamente interrogable, ya que no es más que una forma de crear espacios apriorísticos para lograr encajonar lo inaprehensivo, lo indefinible.

Incluso se hace abstracción del enfermo para poder reconocer un límpido cuadro conformador de la enfermedad, que no existe más que en un espacio clasificatorio como concepto productor de efectos.¹⁸

Las clasificaciones psiquiátricas (primer instrumento que se aplica al que intenta suicidarse) han sido impugnadas desde varios ángulos. Para ejemplificar sus críticas, Braunstein compara la clasificación de enfermedades o trastornos mentales propuesta por la American Psychiatric Association con una clasificación de animales hecha por Borges en *Otras Inquisiciones*. Es tan ilustrativa que no logro resistir transcribirlas enteras:

"En las remotas páginas de cierta enciclopedia china que se titula Emporio Celestial de Conocimientos Benévolos está escrito que los animales se dividen en a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas". Jorge Luis Borges, *Otras Inquisiciones*.

"290-294: Psicosis asociadas con síndromes orgánicos cerebrales, 295-299: psicosis no atribuidas a condiciones físicas previamente enunciadas, 300: neurosis, 301: trastornos de la personalidad, 302: desviaciones sexuales, 303: alcoholismo, 304: dependencia a drogas, 305: trastornos psicofisiológicos, 306: síntomas especiales no clasificados en otra parte, 307: perturbaciones situacionales transitorias, 308: trastornos del comportamiento de la infancia y de la adolescencia, 309: síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, 310-315: oligofrenias, 316: desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico

14. ZACCHIAS afirma en su obra *Cuestiones Médico-legales* (1650), que "sólo el médico es competente para juzgar si un individuo está loco y qué grado de capacidad le deja esa locura", en FOUCAULT (Michel), *Histoire de la Folie a l'age classique*, Editions Gallimard, París, 1972, pág. 139.

15. FOUCAULT, *op. cit.*, pág. 146.

16. "La evidencia, sin contestación posible, de "aquel es un loco", no se apoya sobre ningún manejo teórico de qué es la locura. *Ib.*, pág. 203.

17. "A falta de suelo lesional, suelo nacional". BRAUNSTEIN (Néstor), *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*, Siglo XXI, México, 1984, págs. 19-20.

18. "Que no se entienda mal. Se dijo que las "enfermedades mentales" existen en el espacio clasificatorio. No que no existan. Su materialidad es simbólica. Existen a través de sus efectos. No existían antes de que se elaborase su concepto. La misión de la epistemología psiquiátrica consiste en saber cómo fueron constituidas, según qué procesos de producción, dentro de qué coyuntura teórica y cómo se articulan con el resto de los objetos del discurso psiquiátrico". BRAUNSTEIN (Néstor), *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis, op. cit.*, pág. 20-21.

co manifiesto, 317: condiciones no específicas, 318: sin trastorno mental, 319: términos no diagnósticos para uso administrativo". American Psychiatric Association, *DSM of Mental Disorders*.

Lo que pretende esta comparación es resaltar el absurdo en las clasificaciones, con la diferencia de que la segunda tiene pretensiones científicas.¹⁹

¿Qué pretenden mostrar estas clasificaciones y qué es en realidad lo que subyace a esas pretensiones? Se presentan como conjuntos homogéneos, usando inclusive una numeración corrida para dar ilusión de continuidad cuando en realidad son conjuntos heterogéneos caracterizados por una constante ruptura: los parámetros de clasificación se pierden. No se ve qué parámetro puede haber en común al incluir en una misma clasificación el síndrome orgánico cerebral (parámetro estrictamente fisiológico) y "términos no diagnósticos para uso administrativo", o bien la absurda clasificación de "sin trastorno mental". Es tan incoherente esto, como clasificar en una misma lista los "animales pertenecientes al Emperador" (criterio de pertenencia) y "los que acaban de romper el jarrón" (criterio de acción). Lo que se da es un ocultamiento, un efecto ideológico de borramiento de diferencias.²⁰

¿Qué son las verdaderas pretensiones de esta labor tan intrincada del médico psiquiatra? La medicina es una práctica social de la cual se tiene una representación ideológica que la convierte en una instancia de poder. La palabra del médico es "ciencia", es magia, es verdad. Así, para faltar válidamente al trabajo basta legitimarse con la preciosa "excusa médica". Para que alguien legalmente desaparezca de los libros del Registro Civil como ser viviente, un médico debe certificar la muerte. No se pueden comer tales alimentos porque "se lo prohibió el médico". Así, el valor de la medicina

como instrumento ideológico es innarrable, especialmente la medicina mental.

Entonces, la clasificación de enfermedades mentales no clasifica objetos de una ciencia sino las demandas de intervención formuladas a la psiquiatría.²¹ ¿Quién hace las demandas? El sistema. Quien no pasa por el tamiz de la "normalidad" que el sistema implanta es antisocial o loco. El antisocial se recluye; el loco se interna, pues su locura es una declaración política de inconformidad, una forma de subversión individual que es la más peligrosa porque incide en el verdadero punto de cambio, que es la subjetividad humana.²² Así, para David Cooper, "la locura es un movimiento hacia la autonomía. Es ese el peligro real de la locura y la razón de su violenta represión".²³

Queda entonces claro que el fenómeno de la locura es más amplio que el de enfermedad mental, pero que procesos históricos de conveniencia ideológica han reunido en un solo concepto. El interés principal de esto es conferir un *status* de legitimidad científica a la designación diagnóstica que se haga de un sujeto. Al diagnosticar a alguien como enfermo mental se le hace pasar a la esfera "científica" de la medicina, que se eleva como área incontestable y casi mítica de autenticidad a lo afirmado.

La enfermedad se reduce en la realidad a una diferencia en los códigos de comunicación: la locura se erige como un lenguaje diferente con sus propios significantes, o lo que es más, abandona el lenguaje, bordeándolo apenas.²⁴

Al calificar al que intente suicidarse como un enfermo mental, se hace una categorización ideológica que en realidad dice: Usted quiere abandonar la vida pero al hacer eso está cuestionando su sociedad, su familia, sus amigos, en fin, todo un sistema de valores. Esto no conviene al sistema porque hay que mantener la creencia de que los valores de esta sociedad son los mejores. Usted es peligroso. Pero

19. Esta última clasificación corresponde a 1977. Desde entonces ha sufrido cambios importantes, pero las críticas que se hacen aquí, con base en el texto de Braunstein, siguen vigentes. Por ello no se transcribe la clasificación actual. BRAUNSTEIN (Néstor), *Psiquiatría, teoría del...*, op. cit., pág. 11.

20. Aquí manejamos el término ideología como falseamiento de la realidad en función del mantenimiento de las relaciones de poder existentes, en perjuicio de lo que podría ser un conocimiento "científico" (lo que no implica por esto que la ciencia esté exenta de contaminación ideológica).

21. BRAUNSTEIN (Néstor), *Psiquiatría, teoría del...*, op. cit., pág. 44.

22. "La locura abre un vacío, un tiempo de silencio, una pregunta sin respuesta, provoca un rasgamiento sin reconciliación, donde el individuo se ve obligado a interrogarse". FOUCAULT (Michel), op. cit., pág. 21.

23. COOPER (David), *Le Langage de la Folie*, Seuil, París, 1978, pág. 21.

24. "La locura es ajena al orden de logos, refractaria a él. Es una de las formas en que lo real cruza por el campo de la lengua y lo marca de heterogeneidad". PICADO (Manuel), op. cit., pág. 71.

hay que ser más sutil y no decir esta verdad. Es mejor decir: Usted es un enfermo, y como tal, debe ser curado. La sociedad, magnánimamente, ofrece (léase obliga) curarlo.

En resumen, la calificación del que intenta suicidarse como enfermo mental, es de carácter

meramente ideológico, y permite ocultar la dualidad verdadera: disidencia-represión, además de colocar al individuo calificado en un mecanismo disimulado y legitimado de control social: la instancia psiquiátrica. Aquí es donde nos ubicaremos en la tercera parte.

III. EL ADECUADO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

"Todo delirio es una declaración política. . . No hay problemas personales, solo problemas políticos".

David Cooper, *Le Langage de la Folie*.

Ya vimos cómo a través de determinados procesos, el problema de la locura, y dentro de él el del suicidio, se medicaliza y pasa a ser patrimonio de la instancia psiquiátrica. En la segunda parte de este ensayo se examinó el primer término de la ecuación enfermedad-cura. Aquí analizaremos la forma en que se desarrolla el segundo de esos términos: la cura, si es que existe algo así.

Las diversas sociedades a través de la historia siempre han ejercido algún tipo de violencia sobre sus integrantes a efecto de mantener la cohesión del grupo en un marco específico de relaciones de poder. Si bien en la Edad Media existían grilletes y patibulos, en la Revolución Francesa la guillotina, y aún hay tortura, no por ello debe pensarse que la violencia sólo puede ejercerse de esas formas. En nuestro tiempo se ejerce otro tipo de violencia, más aceptable (o al menos no tan evidente) para la opinión pública y para el carácter "civilizado" de nuestra sociedad: la violencia simbólica,²⁵ que se ejerce sobre el sujeto que no se conforma a los parámetros oficiales de normalidad. Una de las formas de violencia simbólica es, sin lugar a dudas, la instancia psiquiátrica.²⁶ Si bien ésta se enfoca como una cura, que sirve para rehabilitar al "enfer-

mo" y para controlar su peligrosidad, la realidad es muy diversa.

Retomando el caso de la tentativa de suicidio, analicemos qué sucede cuando uno de estos casos hace su entrada (o más bien es arrastrado) a la instancia psiquiátrica. Dice el Dr. Francisco Jiménez al respecto:

"Si la autoagresión fue severa, o si la ideación suicida es clara, el paciente es enviado a Pavas, donde usualmente es internado de inmediato. . . Algunos hospitales han establecido como norma hacer la referencia inmediata si se trata de un segundo intento".²⁷

O sea, si no es muy grave (¿según qué parámetros?) se le da de alta, y si no, se le interna en el Hospital Psiquiátrico. Según este mismo estudio, una vez allí, el tratamiento consiste en medicamentos o terapia anticonvulsionante (electroshock). En la muestra estudiada ni uno solo de los pacientes recibió ningún tipo de psicoterapia.

El lugar de la locura es entonces el Hospital Nacional Psiquiátrico, el manicomio. ¿Qué es lo que hace una institución de este tipo? ¿Curar? No parece. El cambio del Asilo Chapuá al Hospital

25. "En la familia existe un modo dominante de imposición de normas que es la violencia simbólica, que recurre a coerciones ideológicas para asegurar la ubicación de sus miembros en los lugares asignados y un modo accesorio que entra en acción cuando fracasa el primero: la violencia física". BRAUNTEIN (Néstor), *Psicología: Ideología y Ciencia*, op. cit., pág. 86. Lo mismo es aplicable a la instancia psiquiátrica, que es, al igual que la familia, un aparato ideológico de la sociedad, según la terminología de Althusser.

26. "¿El papel del psiquiatra en materia penal? No experto en responsabilidad sino consejero en castigo; a él le toca decidir si el sujeto "es peligroso", de qué manera protegerse de él, cómo intervenir para modificarlo, y si es preferible tratar de reprimir o curar". FOUCAULT (Michel), *Vigilar y Castigar*, Edit. Siglo XXI, México, 1981.

27. JIMÉNEZ MARTÍN (Francisco), *El suicidio en enfermos mentales, Estudio de incorporación como especialista en Psiquiatría*, UCR, San José, 1983, pág. 11.

Nacional Psiquiátrico no parece haber significado una gran mejora. Inclusive parece que se ha perdido la paciencia existente en aquel asilo (al menos en una época).²⁸ Se sigue utilizando un tratamiento de tipo "moral", donde se mide el progreso del "enfermo" según vaya logrando ajustarse a los parámetros oficiales de conducta en sociedad.

En menor medida, sigue siendo cierta la apreciación que hicieran del Asilo Chapuí los psiquiatras Guedes Arroyo y García Buñuel:

"El Manicomio Central es lugar para disidentes, para individuos cuya conducta social no coincide con las normas de conducta de la sociedad en que viven. Fuere error grande pretender que todo residente del Manicomio Central está enfermo: alienado, es un extranjero, un prófugo transeúnte sin hogar propio. Muchos de estos alienados sufren de trastornos mentales clasificables dentro de categorías clínicas; otros no. Pero una vez dentro del Manicomio Central, la disidencia no es ya posible, pues toda la organización está dedicada a la clasificación de conductas diversas ya al alojamiento de aquellos que las demuestren dentro de compartimientos o estancos en el seno del hospital, que hagan más fácil su control y manejo".²⁹

La verdad, o por lo menos, la realidad disimulada, es que el criterio de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico a menudo no se apoya en consideraciones fisiológicas sino en consideraciones sociales, porque, como lo reconocen incluso algunos psiquiatras, "la sociedad necesita protegerse de aquellos individuos que constituyan un peligro para sus integrantes, objetivo que se logra separándolos e ingresándolos en centros adecuados en donde se realice hasta donde sea factible, su rehabilitación".³⁰

No es mera casualidad (y este tema merecería un ulterior desarrollo por separado) que en la misma década se hayan gestado los nuevos Códigos

Penal y de Procedimientos Penales, el traslado de la antigua penitenciaría al Centro de Adaptación Social La Reforma, y del antiguo Asilo Chapuí al Hospital Nacional Psiquiátrico. Son fenómenos que se inscriben en un mismo marco, el de instaurar mecanismos de represión y control social con nuevas fachadas legitimadoras, para que parezcan modernos y humanitarios.

Una persona que intenta suicidarse ha evadido todos los métodos de control social del mundo exterior. ¿Podría alguien creer que los mecanismos de control dentro de una institución disciplinaria como un hospital psiquiátrico pueden lograr algún tipo de beneficio para ese individuo? Creo que nadie podría creerlo sinceramente, aunque por razones ideológicas y hasta económicas puedan afirmarlo.

Además, existe en el Hospital Nacional Psiquiátrico un problema de "clientela": la persona de clase acomodada que intenta suicidarse encuentra fácilmente los medios de evadir el control jurídico, y si lo desea, asistirá a un tratamiento privado. En cambio, el pobre no cuenta con un espacio privado para vivir su inadaptación, la excentricidad le está vedada, no hay un lugar para su locura más que el oficial.³¹

Parece extraño que, si la locura es una enfermedad, ésta ataque sólo a un grupo económico de la población, o por lo menos se asigne tratamiento estatal a este sector.

Pero el asunto de la clientela es más complejo. Los verdaderos clientes del hospital psiquiátrico no son los "enfermos" sino los parientes de éstos, la policía y los jueces, y, siguiendo las leyes de mercado, la institución se mantiene por la demanda de esos clientes.³² En última instancia, en la función custodial del hospital psiquiátrico, como dice Basaglia, "entran en juego elementos que tienen muy poco que ver con la enfermedad".³³

28. "Ejercemos la sugestión lenta sobre el enfermo y usamos continuamente la persuasión". GONZÁLEZ MURILLO (Gonzalo), Breve estudio histórico sobre el quehacer médico-psicológico en Costa Rica, en *La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica*, EUNED, San José, 1975, pág. 167.

29. GARCÍA BUNUEL (Leonardo) y GUEDES ARROYO (Luis), *El Hospital Psiquiátrico como centro de salud*, folleto mimeografiado, 1971.

30. GONZÁLEZ MURILLO (Gonzalo), *op. cit.*, pág. 220.

31. Según Basaglia, la función de las instituciones rehabilitadoras es procurar un "puesto institucional controlable a quien no es controlable a través de su participación en el proceso productivo". BASAGLIA (Franco), *El hombre en la picota*, en *Psiquiatría, Psicología y orden manicomial*, Barral Editores, Barcelona, 1975, pág. 164.

32. GOFFMAN, *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortú Editores, Buenos Aires, 1961, pág. 376.

33. BASAGLIA (Franco), *Rehabilitación y control social*, en *Psiquiatría, Psicología y orden manicomial*, *op. cit.*, pág. 186.

La verdadera violencia está en el principio organizativo básico de los manicomios: el loco y su locura han de ser normalizados.³⁴ El problema se encuentra más bien *fuera* del manicomio, donde enfrentamos el reto de desenmascarar la ideología legitimadora.

En resumen, el artículo 114 del Código Penal, al establecer una medida de seguridad consistente

en un "adecuado tratamiento psiquiátrico", lo que hace es, no asignar una curación filantrópica a un "enfermo", sino controlar por medio de la violencia más sutil (la psiquiatría y la instancia psiquiátrica) a las personas que se atreven a poner en duda al sistema, cuestionándolo a través de un comportamiento desviado.

CONCLUSIONES

"El hombre es el animal que pregunta. El día en que verdaderamente sepamos preguntar, habrá diálogo. Por ahora, las preguntas nos alejan vertiginosamente de las respuestas".

Julio Cortázar, *Rayuela*.

Típicamente, y como correspondería al sentencioso título de "conclusiones", deberíamos dar por comprobadas un par de afirmaciones y unos cuantos problemas e inconvenientes, culminando en unas recomendaciones o sugerencias para mejorarlos.

Aquí no se trata de esto. No repetiremos lo que hasta la saciedad se ha dicho (para la pena de aquellos que acostumbran limitar su lectura a la introducción y la conclusión). Interesa sobre todo señalar método, forma de hacer (o deshacer) un texto. Este ensayo tiene un hilo conductor: la tentativa de suicidio, pero su pretensión máxima es señalar la importancia de saber plantear preguntas y no respuestas. El progreso en sentido amplio, a

nivel de escritura, pensamiento y acción, sólo se logra rompiendo con la costumbre ya institucionalizada en nuestro sistema educativo de responder, responder, responder, sin ocasión de pensar nuevas interrogantes, otras formas de ver los problemas jurídicos y de toda naturaleza. Principalmente se desea incitar (¿instigar?) a salir de la cuadratura que impide ver los problemas supuestamente jurídicos desde ángulos más incisivos, como cometas ideológicos.

Mejores palabras que las de Cortázar no he encontrado para resumir lo dicho: "Hay que abrir de par en par las ventanas y tirar todo a la calle, pero sobre todo hay que tirar también la ventana, y nosotros con ella".³⁶

34. GARCÍA (Ramón), Orden manicomial y reeducación de la violencia, en *Psiquiatría, Psicología y orden manicomial*, op. cit., pág. 186.

35. Más propiamente deberían llamarse "inconclusiones" pues concluir es dar respuesta, es afirmar la pregunta y afinarla en límites demasiado precisos.

36. CORTÁZAR (Julio), *Rayuela*, Editorial Bruguera, Barcelona, 1979, pág. 615.