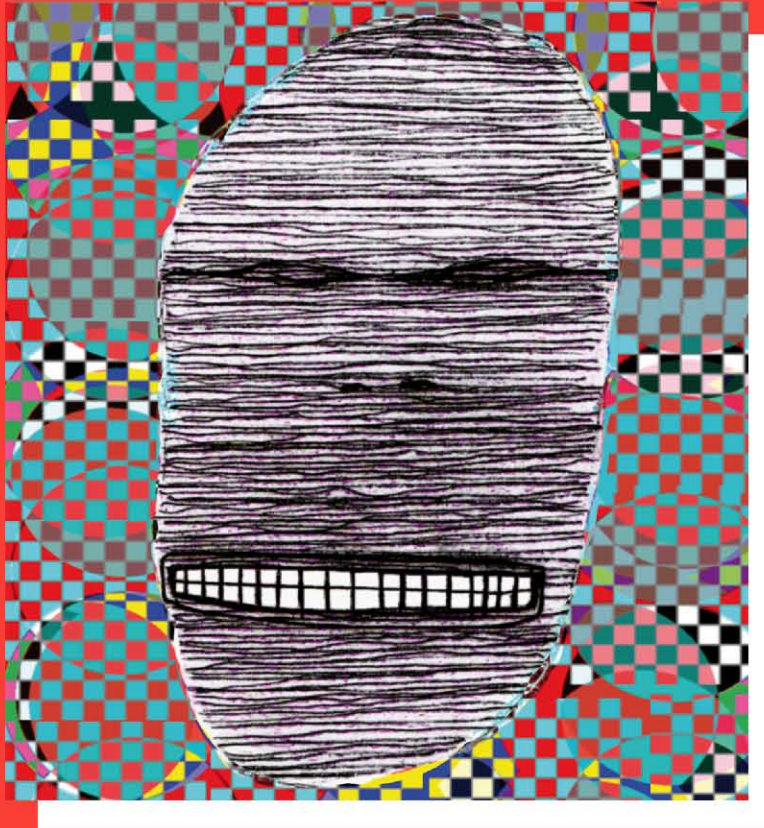




VERTEX  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

97



PSICOPATOLOGÍA Y VIOLENCIA  
ÉTICA Y PSIQUIATRÍA

*Alberio / Bertone / Márquez / Martínez Ferretti / Ohman / Romi / Silva / Stingo / Zazzi*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXII - Nº 97 Mayo - Junio 2011 - ISSN 0327-6139

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
 Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetkovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matteredazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembilit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. L.ôo, P. N.ôel, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

### Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXII Nro. 97 MAYO-JUNIO 2011

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:  
 VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
 (1093), Buenos Aires, Argentina  
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181  
 E-mail: editorial@polemos.com.ar  
 www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia  
 Informes y Suscripciones  
 Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
 E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño  
 Marisa G. Henry  
 marisaghenry@gmail.com  
 Impreso en:  
 Sol Print SRL,  
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina de  
Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
*"Literatura  
Latinoamericana en  
Ciencias de la  
Salud"* (LILACS), SCIELO y  
MEDLINE.

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa*

*"El fantasma del humo"*

Artista: José Binetti  
Técnica: carbonilla, lápiz, fibras  
y retoque digital  
21,59 cm x 27,94 cm

Año 2011

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

#### • Validación del Mood Disorder Questionnaire en su versión argentina

Rodolfo Zaratiegui, Laura S. Lorenzo, Gustavo H. Vázquez pág. 165

### DOSSIER

#### PSICOPATOLOGÍA Y VIOLENCIA: ÉTICA Y PSIQUIATRÍA

#### • Algunas reflexiones criminológicas y psicopatológicas sobre los crímenes seriales

Juan Carlos Romi pág. 175

#### • Enfoque jurídico de los trastornos antisociales de la personalidad

Néstor Ricardo Stingo pág. 188

#### • Filicidio. Madres asesinas

María C. Zazzi pág. 199

#### • Vicisitudes en el ingreso y la emergencia de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario

Luis Ohman, Germán Alberio, Matías Bertone,  
Edgardo Márquez pág. 205

#### • Una aproximación a los conceptos de *autonomía* e *integridad* en la praxis asistencial

Daniel H. Silva pág. 215

#### • Internación de enfermos mentales: pasado, presente y futuro

José María Martínez Ferretti pág. 220

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

#### • Los primeros aportes de la Psiquiatría a la Medicina Legal en la Argentina

Juan Carlos Romi pág. 236

## EDITORIAL



*Cuál es el lugar de la familia en el cuidado y la recuperación de las personas con trastornos mentales severos luego de una crisis que requiera hospitalización? ¿La familia siempre favorece la estabilización y recuperación de sus miembros aquejados por un trastorno mental? Esta última pregunta pareciera tener una respuesta obvia: por supuesto que sí. ¿Quién podría no estar de acuerdo con esta afirmación en su carácter general? ¿Qué psi-*

*quiatria no considera su trabajo completo sin alcanzar la reinserción de sus pacientes en su medio habitual, evitando las internaciones prolongadas?*

*Sin embargo, a la luz de la realidad clínica el asunto merece algunas consideraciones que, no por más obvias que la respuesta anterior, no deben ser omitidas.*

*En primer lugar el lugar el problema debe ser matizado con dos hechos indudables, que han sido estudiados y ampliamente enfatizados por los especialistas en familias, quienes trabajan regularmente en tareas de rehabilitación e inserción social y por los clínicos que tratan pacientes severamente perturbados. En ese sentido es bueno recordar que la estructura vincular familiar puede estar causalmente implicada en la génesis y cronificación de los trastornos mentales. Observaciones regulares a lo largo de décadas han demostrado ese aserto y la noción de familia de alta implicación afectiva, suficientemente puesta en evidencia en múltiples investigaciones, alude precisamente a cómo la trama vincular próxima puede determinar estructuraciones patológicas, inducir descompensaciones y rechazar a alguno de sus miembros de su seno al convertirlo en el chivo emisario de la locura del grupo, como nos enseñó Enrique Pichon Rivière con su teoría de la depositación. Este fenómeno es uno de los responsables de lo que se denomina "puerta giratoria" cuando, por desconocerlo, se omite el trabajo terapéutico necesario, y no siempre exitoso, que hay que realizar para devolver al grupo su responsabilidad en la enfermedad familiar expresada en el designado como paciente. Una confianza excesivamente ingenua en los beneficios que otorga el ambiente familiar para acoger a sus miembros enfermos conduce a externaciones sin haber, al menos, intentado trabajar para modificar el entorno cercano del paciente; y a un círculo vicioso de internación/externación que complica la evolución de muchos casos. Por otro lado, está la sobrecarga que significa para ciertas familias la convivencia con un miembro con severas secuelas de un trastorno grave en su comportamiento. En esas situaciones se verifican verdaderas descompensaciones de los parientes, situaciones de culpa y agresividad reprimidas y actuaciones de todo tipo al intentar forzar una cohabitación insostenible. Nociones tales como las de emergente, dinámica de grupo, vínculo y red vincular, y otras provenientes de la extensa experiencia que la psiquiatría clínica ha incorporado a lo largo del tiempo deben ser revalorizadas y utilizadas regularmente en el tratamiento de los pacientes y sus familias. No incluirlas en las estrategias terapéuticas priva de recursos de formidable valor para una respuesta integral a los problemas que se deben encarar y deja un excedente de sufrimiento sin resolver en otros miembros del grupo familiar, con consecuencias negativas para la evolución posterior. En conclusión, no siempre el ámbito familiar es el mejor lugar para compensar los casos de personas aquejadas de una psicosis, un trastorno de personalidad y otras condiciones clínicas severas. Las familias sustitutas, las casas de convivencia y a medio camino, las instituciones semiabiertas de tipo hostel o residencias con adecuada contención, que se han ensayado exitosamente en diferentes lugares, son la solución más adecuada para lograr la estabilización y la vida menos sujeta a factores conflictivos de esas personas. Estas breves notas, escritas, muy resumidamente, cobran una importancia fundamental para ser tenidas en cuenta en los debates que se tienen en el momento actual en nuestro medio ■*

Juan Carlos Stagnaro

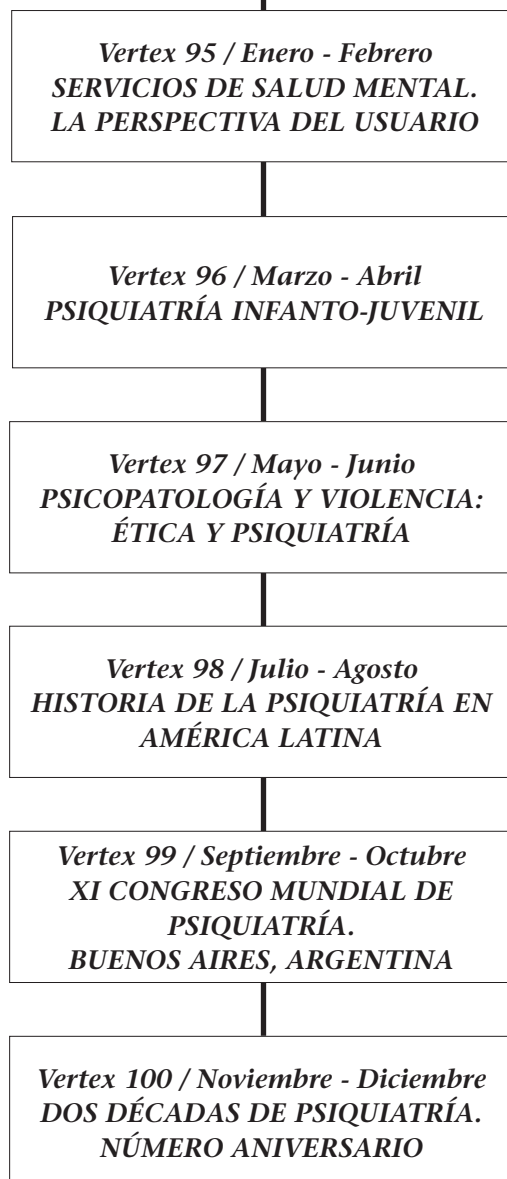
## **REGLAMENTO DE PUBLICACIONES**

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## **MÉTODO DE ARBITRAJE**

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

## **TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2011**





*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Validación del Mood Disorder Questionnaire en su versión argentina

**Rodolfo Zaratiegui**

*Médico Psiquiatra. Vicedirector del Instituto Superior de Formación de Posgrado de APSA  
Director del Centro Psinapsys, La Plata, Argentina  
E-mail: rzaratie@gmail.com*

**Laura S. Lorenzo**

*Médica Psiquiatra. Miembro del Centro Psinapsys. La Plata, Argentina*

**Gustavo H. Vázquez**

*Médico Psiquiatra. Titular Departamento de Neurociencias, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina  
Presidente del Capítulo Argentino de la International Society for Bipolar Disorders*

---

## Resumen

El trastorno bipolar configura una condición médica severa, recurrente, con importantes repercusiones sobre la calidad de vida y funcionalidad. Sin embargo, existen déficits en la capacidad de detectarlo. Uno de los métodos para mejorar esto es la administración de cuestionarios de tamizaje o cribado, tales como el *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ). El objetivo del presente trabajo es validar la versión argentina de este cuestionario y determinar el puntaje de corte óptimo para pacientes ambulatorios con trastornos afectivos que consultan en nuestro medio. La muestra se conformó con pacientes adultos en atención ambulatoria, reclutados entre 2007 y 2008, en 11 centros asistenciales de Argentina, con diagnósticos de trastorno bipolar (tipo I, II y no especificado) y trastorno depresivo mayor. Sobre 354 pacientes, el MDQ identificó correctamente el 53,6% de los bipolares y al 96,6% de los unipolares. El puntaje de corte óptimo se estableció en 5 puntos para el ítem 1. Eliminando el ítem 3, el desempeño es aún mejor. En conclusión, la versión argentina del MDQ ha demostrado mantener la capacidad de detección del trastorno bipolar de la versión original del cuestionario en el ámbito psiquiátrico.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar - Depresión unipolar - Diagnóstico - Cuestionarios autoadministrados - Mood Disorder Questionnaire.

## VALIDATION OF THE ARGENTINE VERSION OF THE MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE

### Summary

Bipolar Disorder (BD) is a severe and recurrent medical illness with relevant impact on quality of life and functioning for patients. However, we still have significant deficits on its detection. One of the ways to improve the accurate recognition of the disease consists on the administration of screening tools such as the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). The main aim of this investigation was to validate the Argentine version of the MDQ and determine the optimal cut off for outpatients who suffer from mood disorders in our country. The total sample consisted of 354 adult outpatients with diagnosis of BD type I, II and NOS, and Unipolar - Major Mood Disorders (MDD), enrolled between 2007 and 2008, from 11 sites of Argentina. The MDQ positively detected 53.6% of BD patients and 96.6% of MDD patients. The best cut off for our sample was established in 5 points for item 1 of the MDQ. By deleting the item 3 of the questionnaire, the performance was significantly improved. In conclusion, the Argentine version of the MDQ has demonstrated the same ability for detecting patients with BD of the English original version on a psychiatric population.

**Key words:** Bipolar disorders - Unipolar disorder - Diagnosis - Self-administered questionnaires - Mood Disorder Questionnaire.

## Introducción

El trastorno bipolar configura una condición médica severa, recurrente, a veces con sintomatología muy prolongada, con importantes repercusiones sobre la calidad de vida y funcionalidad (14). Su impacto sobre la morbimortalidad se refleja no sólo en la conducta suicida sino también en un riesgo aumentado de muerte prematura por causas naturales (18). Su prevalencia a nivel mundial se estima en 0,5 a 1%, pero si se tienen en cuenta las formas clínicas que constituyen el espectro bipolar, alcanza a más del 5% de la población (7).

A pesar de la carga sanitaria que representa, existen déficits en la capacidad de diagnosticarlo, existiendo un elevado índice de subdiagnóstico. Se ha indicado que entre un 40% y un 60% de los pacientes bipolares no son detectados como tales aun en ámbitos especializados (13). Una encuesta realizada en Argentina y Chile a pacientes en tratamiento por trastorno bipolar encontró que un 75% de ellos habían recibido previamente otros diagnósticos, más comúnmente depresión unipolar. Un 31% tuvo una latencia diagnóstica menor al año, pero el resto sufrió una demora promedio de 12 años para recibir el diagnóstico correcto (21). La dificultad diagnóstica es mayor en los pacientes bipolares II, que tienden a no recordar o a no estimar como patológicas a sus hipomanías. El estudio EPIDEP realizado en Francia en pacientes con depresión mayor confirmada por médicos psiquiatras (15), mostró que un 22% tenía antecedentes de hipomanía. Cuando al mes se efectuó una segunda entrevista, en la que se recopilaron datos históricos en forma sistemática con el paciente o su familia, el porcentaje ascendió al 40%. En otros estudios, hasta un 50% de los pacientes con depresión son bipolares (6).

Los pacientes cuya bipolaridad no ha sido detectada están expuestos a tratamientos ineficaces o perjudiciales, a un riesgo incrementado de suicidio (11) y además ocasionan mayores costos en Salud (8).

Uno de los métodos para mejorar la capacidad de diagnóstico es administrar a los pacientes cuestionarios de cribado o tamizaje, que son instrumentos estandarizados de identificación presuntiva de una afección. Su uso permite seleccionar casos "sospechosos" que ameritan una evaluación más detallada.

Nos propusimos validar localmente alguno de estos instrumentos para detectar casos de posible enfermedad bipolar. Elegimos el "Mood Disorder Questionnaire" (16), un cuestionario autoadministrado sobre presencia de síntomas de manía o hipomanía, por ser el más usado y estudiado en esta población. Otro objetivo fue determinar el puntaje de corte óptimo para la población de pacientes ambulatorios que consultan con trastornos afectivos en nuestro medio.

## Materiales y métodos

### Diseño

En este estudio transversal de validación participaron 11 centros de atención psiquiátrica especializados, pertenecientes a distintas regiones de Argentina (Tabla 1). El reclutamiento se llevó a cabo entre diciembre de 2007 y marzo de 2008. La muestra se conformó con pacientes adultos en atención ambulatoria por trastornos afectivos, incluidos en forma consecutiva. Todos dieron su

consentimiento informado para participar. El protocolo fue aprobado por los comités de ética de cada centro y se condujo de acuerdo a las normas locales de investigación.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes por centro.

Centro	n	%
Psinapsys (La Plata)	75	15,2
Hospital Borda (CABA)	65	13,2
Consultorio Dra. Márcia Marinelli (CABA)	63	12,8
Hospital de Formosa	63	12,8
Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba	60	12,2
AREA (CABA)	44	8,9
Hospital Sequeiros (Jujuy)	41	8,3
Inst. Psiquiátrico Vilapriño (Mendoza)	29	5,9
Inst. Neurológico Mendiondo (Mar del Plata)	25	5,1
INECO (CABA)	18	3,6
Hospital Alvarez (CABA)	10	2,0
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>100,0</b>

### Población

Se consideraron elegibles los pacientes adultos (mayores de 18 años), con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I (BPI), tipo II (BPII), tipo no especificado (BPNOS) y trastorno depresivo mayor unipolar (UP), en tratamiento actual o en evaluación para tratamiento en los centros participantes. El diagnóstico se realizó siguiendo los criterios del DSM-IV (3), con el módulo de trastornos afectivos de la entrevista estructurada *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI 500) (12, 20). Para el diagnóstico del BPNOS se extendieron los criterios del DSM-IV de acuerdo a la propuesta de Akiskal y Pinto (2) de modo de incluir pacientes de espectro bipolar. Este grupo fue dividido en tres subgrupos, siguiendo a los autores mencionados: BPNOS con hipomanía subsindrómica (menos de 4 días de duración), BPNOSIII (manía o hipomanía inducida por medicamentos) y BPNOSIV (con temperamento hipertímico). Se definieron como criterios de exclusión la presencia de trastorno bipolar debido a condición médica o uso de sustancias, manía aguda, psicosis, deterioro cognitivo severo y cualquier otra condición que pudiera afectar la comprensión del cuestionario.

La muestra reunió a 493 pacientes estudiados sistemáticamente en los centros participantes. Un total de 82 pacientes no fueron incluidos por diversas razones: retiro del consentimiento, violación de protocolo, datos incompletos, etc. Las características sociodemográficas se pueden ver en la Tabla 2. Otros 28 no vieron confirmado su diagnóstico clínico con la entrevista MINI y 29 no llenaron satisfactoriamente el MDQ.

**Tabla 2.** Composición sociodemográfica de la muestra.

Edad (media, DS)	46.8	12.9
Rango (min. – max)	16	76
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mujeres (n, %)	254	71.8
Hombres (n, %)	100	28.2
<b>Estado civil</b>		
Divorciados	162	45.8
Solteros	95	26.8
Viudos	65	18.4
Casados	30	8.5
No Consignado	2	0.5
<b>Educación</b>		
Primaria incompleta	5	1.4

Secundaria incompleta	46	13
Universitaria incompleta	134	37.8
Universitaria	168	47.5
No Consignado	1	0.3
<b>Nivel socioeconómico*</b>		
Clase alta	15	4.2
Clase media autónoma	101	28.5
Clase media asalariada	180	50.9
Obreros autónomos	11	3.1
Obreros asalariados	10	2.8
Desempleados o empleo no fijo	13	3.7
No consignado	24	6.8

\*Clasificación de Torrado (22)

### Mediciones

Luego de firmar el consentimiento informado, los pacientes seleccionados completaron el cuestionario para trastornos afectivos (*Mood Disorder Questionnaire*, MDQ), el inventario de síntomas depresivos de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) (9) y la escala para diagnóstico de espectro bipolar (*Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*,

BSDS) (23). Se eligieron estas dos últimas por estar validadas en nuestro país, no teniendo los autores conocimiento de que otras escalas, como por ejemplo la de Hamilton para depresión, hayan sido validadas autóctonamente. Posteriormente, todos fueron diagnosticados con el módulo afectivo de la entrevista estructurada MINI 500 (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de los diagnósticos.

Diagnóstico	N	%	Edad (SD)	BDI (SD)	Evolución en años (DS)	Número de episodios (media)
Unipolar	97	23.6	48.2 (11,7)†	18,1 (11,0)*	12,5 (11,9)¶	4,5‡
Bipolar total	286	69.6	46,5 (13,3)	16,1 (11,4)	17,6 (11,8)	7,6
I	115	28.0	45,4 (13,7)	14,9 (10,6)	19,4 (12,1)	8,1
II	94	22.9	47,0 (12,2)	17,4 (12,4)	17,8 (12,1)	9,4
NOS	22	5.4	40,9 (13,3)	17,3 (12,3)	16,5 (12,5)	4,8
NOS III	20	4.9	46,6 (13,9)	16,6 (13,4)	15,9 (8,9)	8,5
NOS IV	35	8.5	52,1 (12,6)	15,4 (9,9)	12,7 (10,1)	6,2
Diagnóstico no confirmado	28	6.8	46,9 (14,4)	16,8 (8,8)	-	-
<b>Total</b>	<b>411</b>	<b>100</b>	<b>46,9 (12,9)</b>	<b>16,6 (11,4)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

†: t = 1,21; p = 0,227 versus bipolar total; \*: t = 1,54; p < 0,126 versus bipolar total; ¶: t = -163,22; p < 0,001 versus bipolar total; ‡: p < 0,001 versus bipolar total (Mann-Whitney)

El MDQ es un instrumento diseñado para detectar posibles casos de trastorno bipolar.

Este cuestionario autoadministrado consta de tres secciones. En la primera, el paciente debe responder por sí o por no a 13 ítems que corresponden a síntomas de manía o hipomanía. Luego, una segunda sección le pregunta si los síntomas reportados han ocurrido en el mismo período de tiempo, y finalmente en la tercera debe reportar si le han ocasionado algún tipo de dificultad (ver Anexo 1). La versión original en inglés ha demostrado adecuada sensibi-

lidad y especificidad (0,73 y 0,90 respectivamente) para la detección de trastorno bipolar en poblaciones de consulta psiquiátrica (16). Recientemente ha sido traducido y validado para España, y ha demostrado similares propiedades (19). La versión local fue preparada por el autor principal (R. M. Z.) a través del método de la doble traducción (25).

El BDI es un inventario de síntomas depresivos que los pacientes contestan eligiendo para cada síntoma una respuesta en función de la intensidad del mismo. No es un instrumento diagnóstico sino que permite evaluar la



presencia de sintomatología depresiva y su severidad al momento de administrarlo.

El BSDS es un instrumento diseñado para detectar pacientes portadores de distintos tipos de trastorno bipolar, que consta de dos partes: la primera tiene 19 frases que describen los principales aspectos clínicos del espectro bipolar y la segunda pregunta acerca del grado de reconocimiento de estas situaciones como representativas del funcionamiento del individuo. El puntaje obtenido orienta sobre la probabilidad de que el paciente tenga alguna de las formas de trastorno bipolar incluidas en el espectro. Para la población local la prueba mostró una sensibilidad de 0,70 y una especificidad de 0,89 (23). La MINI 500, en su versión en español 5.0.0., es un instrumento para realizar el diagnóstico psiquiátrico según DSM-IV. Es una entrevista estructurada en módulos, organizados según los grupos de categorías diagnósticas; cada uno consta de preguntas formuladas en

función de los distintos criterios de inclusión en las categorías. Las respuestas consignadas por el entrevistador ("SI" o "NO") permiten arribar a la presencia o ausencia de cada uno de los trastornos evaluados. En este estudio se utilizó el módulo de trastornos afectivos que incluye la discriminación diagnóstica para UP, BPI y BPII. Para el diagnóstico de BPNOS se diseñó un anexo "ad hoc" con dos partes: una para discriminarlo del BPII, considerando la duración del episodio hipomaniaco (BPNOS) y la presencia de un episodio hipomaniaco desencadenado por medicamentos (BPNOSIII), y otra para identificar pacientes sin antecedentes de manías o hipomanías, pero con personalidad hipertímica (BPNOSIV).

#### *Análisis estadístico*

Para evaluar la hipótesis de que ambos grupos, pacientes bipolares y unipolares, eran lo suficientemente distintos para determinar sensibilidad y especificidad respectivamente, se

## **ANEXO 1. The Mood Disorder Questionnaire.**

**Instrucciones:** Por favor conteste cada pregunta por sí o por no, lo mejor que pueda.

<b>1.- ¿Hubo alguna vez un período de tiempo en el que Ud. no se sentía como de costumbre, y...</b>			
A... se sentía tan bien o tan "superbien" que los otros pensaban que Ud. no era el de siempre, o incluso, estaba tan "super" que terminó metiéndose en problemas?	SI	NO	
B... estaba tan irritable que les gritaba a los demás o empezaba discusiones o peleas?	SI	NO	
C... sentía mucha más confianza en sí mismo que lo habitual?	SI	NO	
D... dormía mucho menos que lo habitual y sin embargo sus energías no disminuían?	SI	NO	
E... estaba mucho más conversador y hablaba más rápido que de costumbre?	SI	NO	
F... sus pensamientos iban demasiado rápido y/o Ud. no podía desacelerarlos?	SI	NO	
G... se distraía tan fácilmente con las cosas del entorno que tenía dificultades para concentrarse o para continuar con la actividad que estaba realizando?	SI	NO	
H... tenía mucha más energía que la habitual?	SI	NO	
I... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas que de costumbre?	SI	NO	
J... estaba mucho más sociable o salidor y, por dar un ejemplo, llamaba por teléfono a amigos a horas avanzadas de la noche?	SI	NO	
K... estaba mucho más interesado en el sexo que de costumbre?	SI	NO	
L... hacía cosas inhabituales para Ud., o cosas que otra gente podía considerar excesivas, locas o riesgosas?	SI	NO	
M... sus gastos de dinero le trajeron problemas a Ud. o a su familia?	SI	NO	
<b>2. Si Ud. tildó o marcó "SI" en más de una pregunta, ¿algunas de las situaciones a las que hacen referencia le sucedieron en el mismo período de tiempo?</b>		SI	NO
<b>3. ¿Hasta qué punto las situaciones a las que se refieren las preguntas le causaron problemas? Por dar algunos ejemplos: no pudo ir a trabajar, tuvo problemas con su familia, tuvo problemas legales, problemas de dinero, se metió en peleas o discusiones. A continuación, subraye el grado de problemas que le causaron (sólo una de las posibilidades):</b>			
NINGÚN PROBLEMA	PROBLEMAS PEQUEÑOS	PROBLEMAS MODERADOS	PROBLEMAS SERIOS

analizaron la media de puntajes obtenidos en el BDI y los años de evolución de la enfermedad. En el análisis estadístico se utilizaron pruebas de chi cuadrado o test exacto de Fischer para variables categóricas; para la comparación de variables continuas se usó t-test o U-test de Mann-Whitney en caso de ausencia de distribución normal. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p$  menores a 0,05.

Se evaluó la factibilidad o viabilidad del cuestionario MDQ, medida como el porcentaje de pacientes que lo completaron, y su consistencia interna, a través del coeficiente alfa de Cronbach. La validez convergente de los datos obtenidos se evaluó por medio del coeficiente de correlación de Spearman, con respecto a los resultados del BSDS. La validez de criterio se estableció calculando el desempeño del MDQ (sensibilidad y especificidad) en comparación con los diagnósticos hechos mediante la entrevista MINI, tomada como patrón. La sensibilidad se define como la proporción de pacientes que, teniendo la enfermedad, presentan una prueba positiva; es decir, la capacidad de la prueba para detectar correctamente a los individuos enfermos. La especificidad se entiende como la proporción de pacientes libres de enfermedad cuya prueba resulta negativa; en otras palabras, la posibilidad de la prueba de detectar correctamente a las personas sanas (10). Ambas se calcularon con intervalos de confianza del 95%. Para obtener los puntajes de corte óptimos para la población analizada se realizaron las curvas ROC (receiver-operated characteristic).

## Resultados

En total, de los 493 pacientes seleccionados, 354 completaron todos los pasos requeridos para efectuar el análisis de sensibilidad y especificidad.

La composición de los diagnósticos está representada en la Tabla 3. El 52% de los bipolares y el 57,6% de los unipolares se encontraban estabilizados. La edad y la intensidad de los síntomas de depresión medida por BDI fueron comparables entre los diagnósticos. En cambio, los bipolares tenían mayor tiempo de evolución de su enfermedad que los unipolares, indicando un comienzo más precoz en virtud de que las edades eran comparables, y mayor número de episodios.

El 67,5% de la muestra total tenía indicado estabilizadores del ánimo, el 51,8% antidepressivos, el 48,9% sedantes y el 32,2% antipsicóticos.

### Factibilidad o viabilidad:

El 92,5% de los pacientes completaron el cuestionario, denotando una buena aceptación y comprensión. La mayor cantidad de omisiones se detectaron en los ítems 1K (hipersexcualidad) = 3,2%, 3 (magnitud de los problemas causados) = 2,6% y 1F (taquipsiquia) = 2,4%, lo que indica que ninguna pregunta resultó inaceptable o incomprensible.

### Confiabilidad:

Se determinó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, que arrojó un resultado de  $\alpha = 0,82$ . Esto indica que los ítems del cuestionario fueron suficientemente homogéneos y por lo tanto confiables.

### Validez concurrente:

La correlación entre los puntajes del ítem 1 del MDQ y el total del BSDS fue de 0,70 (coeficiente de correlación rho de Spearman), con una significación estadística de  $p = 0,01$ . De este modo, podemos afirmar que el cuestionario se comporta en la misma dirección que otro ya validado en nuestro medio.

### Validez de criterio:

En la muestra completa, el MDQ presentó una sensibilidad de 0,536 (IC 95% 0,48-0,60), lo que significa que fueron identificados correctamente el 53,6% de los bipolares. Su especificidad fue de 0,966 (IC 95% 0,93-1), revelando que el 96,6% de los unipolares dieron resultado negativo para bipolaridad en este cuestionario.

En la Tabla 4 se puede observar cómo varía la sensibilidad de acuerdo con el tipo de trastorno bipolar. El MDQ tuvo una aceptable sensibilidad para detectar casos de trastorno bipolar I, pero fue decreciendo notablemente a medida que nos alejamos en el espectro bipolar. De este modo, identificó menos del 50% de quienes presentaban variantes denominadas "blandas" de la afección, las más problemáticas para el diagnóstico diferencial con el trastorno unipolar, lo que podría considerarse deficitario.

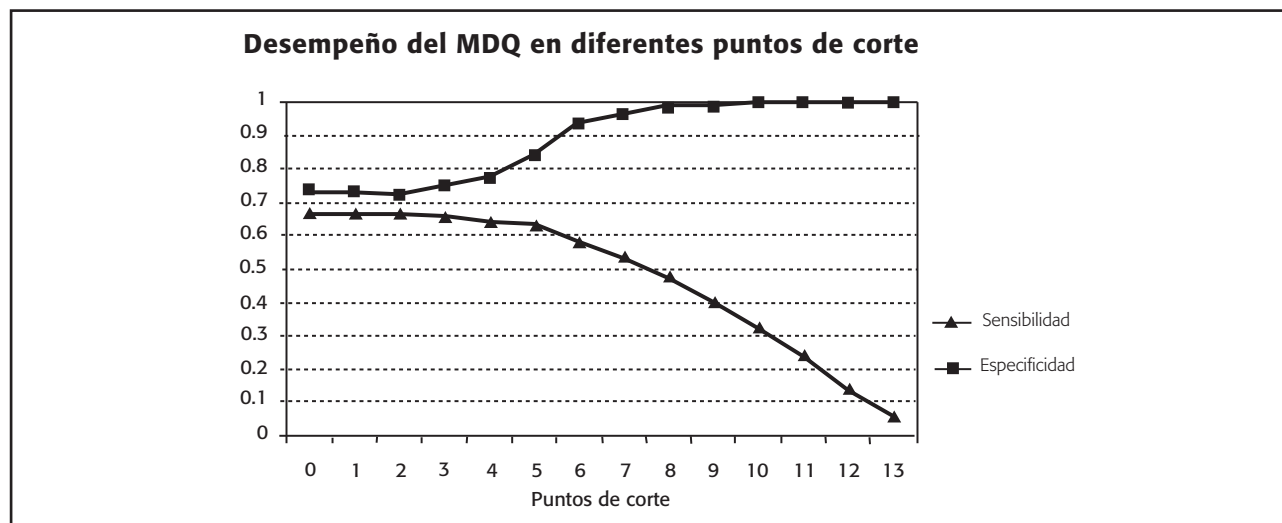
**Tabla 4.** Sensibilidad de la escala MDQ según subtipos de bipolaridad.

Diagnósticos	Sensibilidad	IC95%
Todos los bipolares	0,536	[0, 48 - 0,60]
BP I	0,705	[0,62 - 0,79]
BP II	0,523	[0,42 - 0,63]
NOS	0,450	[0,23 - 0,67]
NOS III	0,350	[0,14 - 0,56]
NOS IV	0,206	[0,07 - 0,34]
BP II + NOS + NOS III + NOS IV	0,425	[0,35 - 0,50]
NOS + NOS III + NOS IV	0,311	[0,22 - 0,40]

Como segundo objetivo, se trató de establecer el puntaje de corte óptimo para nuestro medio, para lo que se determinaron las diferentes sensibilidades y especificidades de los distintos puntajes de corte posibles, como se puede ver en la Figura 1.

Con un puntaje igual a 5 la sensibilidad resultó de 0,623 y la especificidad de 0,865, claramente mejor que el corte en 7 puntos ya que aumenta la sensibilidad sin que la especificidad se reduzca a un nivel inaceptable. Si el corte se bajaba a 4 puntos, la ganancia en sensibilidad era baja (0,01 más) pero la pérdida de especificidad era más importante (0,045 menos). Se puede considerar entonces que 5 preguntas positivas para el ítem 1, respetando las instrucciones originales de los ítems 2 y 3, es decir con simultaneidad de síntomas y deterioro funcional, representa el mejor balance entre sensibilidad y especificidad en nuestra muestra.

Por otra parte, se ha considerado que el ítem 3 del MDQ es en cierto modo problemático para el despistaje de hipomanía, porque requiere que la sintomatología haya ocasionado problemas psicosociales moderados o severos, cuando

**Figura 1.** Sensibilidad y especificidad a través de diferentes puntos de corte del MDQ.

la misma puede suceder sin ocasionar pérdida funcional u originar aun un mejoramiento (1, 15). Por tal razón, se ha propuesto eliminar el ítem 3 con la finalidad de mejorar la detección de hipomanía (5). Así, realizamos el cálculo de las propiedades del MDQ manteniendo el umbral de 7 respuestas positivas en el ítem 1 pero omitiendo el ítem 3, obteniendo una sensibilidad de 0,695 y una especificidad de 0,935. Esta forma de puntuación mejoró aun más el desempeño del cuestionario.

También se procedió a analizar individualmente los

diferentes ítems con el fin de observar cómo variaban los porcentajes de respuestas positivas según el diagnóstico de trastorno unipolar o bipolar (Tabla 5). Todos los porcentajes fueron significativamente diferentes para cada trastorno. Más del 75% de los bipolares reconoció tener períodos de logorrea, de mayor energía y/o de hiperactividad. Los síntomas menos apuntados en el autorreporte fueron gastar excesivamente (37,4%) y excesivo instinto gregario (47,9%). La diferencia más pequeña entre unipolares y bipolares se dio en irritabilidad.

**Tabla 5.** Porcentaje de respuestas positivas a los distintos ítems del MDQ, según diagnóstico.

Ítem	Unipolar	Bipolar
1 A. Humor elevado	15,7%	60,4%*
B. Irritabilidad	50,6%	68,2%#
C. Autoestima elevada	21,6%	70,7%*
D. Disminución de las horas de sueño	43,7%	74,5%*
E. Logorrea	29,2%	80,3%*
F. Taquipsiquia	41,0%	74,8%*
G. Distractibilidad	42,7%	63,7%*
H. Más energía	35,2%	78,1%*
I. Hiperactividad	39,8%	77,3%*
J. Excesivamente sociable	17,2%	47,9%*
K. Libido aumentada	17,4%	51,4%*
L. Cosas excesivas, locas o riesgosas	15,7%	52,7%*
M. Gastos excesivos	16,9%	37,4%*
2. Simultaneidad	---	90,2%
3. Ningún problema	32,9%	10,2%*
Problemas pequeños	29,1%	20,8%*
Problemas moderados	31,6%	34,0%*
Problemas serios	6,3%	35,1%*

\*:  $p < 0,001$ ; #:  $p = 0,002$

## Discusión

La versión argentina del MDQ ha demostrado mantener la capacidad de detección del trastorno bipolar de la versión original del cuestionario en el ámbito psiquiátrico. Se han publicado a la fecha distintos trabajos de validación con esta herramienta tanto en los Estados Unidos como en países de Europa y de otros continentes, y aunque ya existe una versión en español (24), nuestra versión local parece ser, según nuestro conocimiento, la primera adaptada y validada en ese idioma en Latinoamérica.

En los estudios anteriores se ha reportado que el MDQ alcanza una alta especificidad y una baja sensibilidad. En este aspecto nuestra investigación ha demostrado que, utilizando los valores de corte originales, la especificidad de la versión argentina se encuentra entre las más elevadas, en tanto que la sensibilidad es un poco más baja que el común de las investigaciones, sugiriendo ambas cifras que el puntaje de corte original resulta un poco elevado para nuestro medio. Asimismo, y en línea con los hallazgos publicados para las otras versiones, el MDQ argentino registra una mejor sensibilidad para la detección de los pacientes bipolares tipo I que para el resto de los subtipos de trastornos bipolares. Con el objetivo de incrementar la detección diagnóstica de todas las formas clínicas del trastorno bipolar ha sido sugerido por distintos investigadores la aplicación conjunta del MDQ con otras herramientas, como la BSDS y la *Hypomania Checklist* o HCL-32 (4), diseñadas específicamente para detectar la sintomatología característica de los subtipos bipolares II y NOS.

Siguiendo la línea de investigación de los trabajos previos intentamos aumentar la sensibilidad del cuestionario bajando el punto de corte para las respuestas del ítem 1. Como fuera explicado anteriormente, encontramos que con un puntaje de corte de cinco respuestas positivas en el ítem 1 (y manteniendo los criterios de corte para los ítems 2 y 3) logramos un mejor equilibrio entre los pacientes afectivos de nuestra población local. Por otro lado, si eliminamos el ítem 3 (que indaga acerca del "impacto funcional", mayormente ausente en los cuadros de hipomanía propios de los pacientes bipolares II) y mantenemos los criterios originales de corte de siete respuestas positivas dentro del ítem 1, mejoramos aun más el desempeño diagnóstico del cuestionario. Este hallazgo ha sido reportado asimismo en otras poblaciones con individuos bipolares en distintos países, lo que ha llevado al autor del MDQ a plantear la modificación de este ítem para las futuras versiones del cuestionario.

En conclusión, podemos afirmar que la utilización de la versión argentina de este auto-cuestionario de sencilla y rápida aplicación constituye un complemento apropiado para mejorar el reconocimiento diagnóstico del trastorno bipolar en el ámbito de nuestra práctica clínica cotidiana, disminuyendo la demora

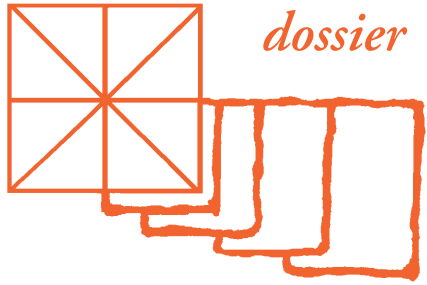
diagnóstica e incrementando la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado de los pacientes con esta severa enfermedad.

**Agradecimientos:** Red Argentina de Investigación en Trastorno Bipolar: Strejilevich S y Cetkovich-Bakmas M (Instituto de Neurociencias, Fundación Favaloro, Buenos Aires), Marinelli M (Consultorio particular), Aguayo S (Servicio de Psiquiatría, Hospital de Formosa, Formosa), Kahn C y Schiavo C (Departamento de Psiquiatría, Hospital Álvarez, Buenos Aires), Díaz J (Centro Psinapsys, La Plata), Goldchluk A y Herbst L (Servicio de Consultorios Externos, Hospital T Borda, Buenos Aires), Abraham E (Instituto Neurológico Mendiondo, Mar del Plata), García Bonetto G (Hospital Privado San Nicolás, Córdoba), Padilla E (Hospital Psiquiátrico Nestor Sequeiros, San Salvador, Jujuy), Calvo M y Guerrero G (Instituto de Psicopatología, San Salvador, Jujuy), Vilapriño J y Vilapriño M (Instituto de Psiquiatría Profesor Vilapriño, Mendoza).

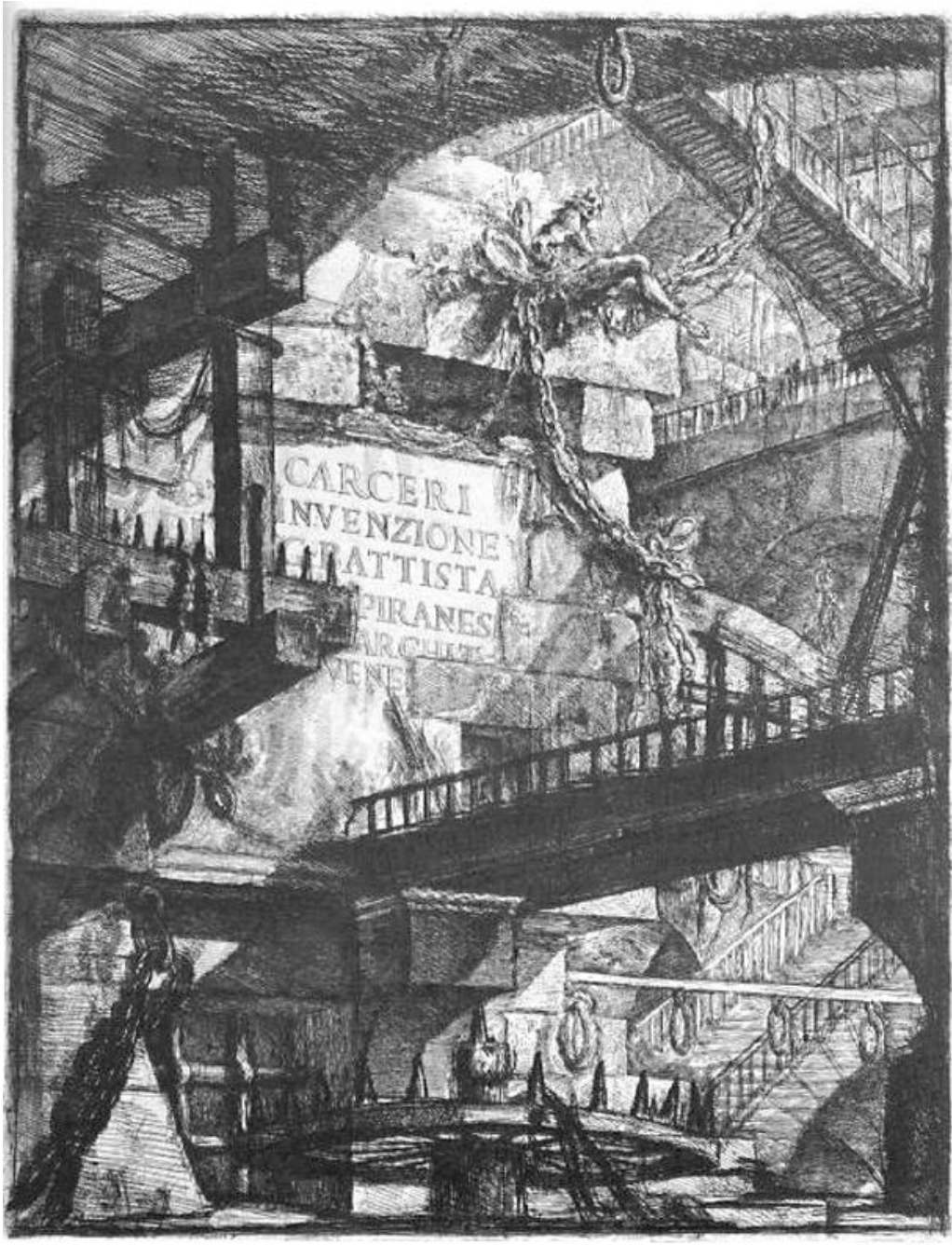
**Conflictos de interés:** los autores no declaran conflictos de intereses ■

## Referencias bibliográficas

- Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. En: Maj M. Bipolar disorder. West Sussex; New York, NY: John Wiley & Sons; 2002.
- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22 (3): 517-534, vii.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 2005; 88 (2): 217-233.
- Benazzi F. Improving the Mood Disorder Questionnaire to detect bipolar II disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (11): 770-771.
- Benazzi F. Bipolar disorder--focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet* 2007; 369 (9565): 935-945.
- Berk M, Dodd S. Bipolar II disorder: a review. *Bipolar Disord* 2005; 7 (1): 11-21.
- Birnbaum HG, Shi L, Dial E, Oster EF, Greenberg PE, Mallett DA. Economic consequences of not recognizing bipolar disorder patients: a cross-sectional descriptive analysis. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (10): 1201-1209.
- Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res* 1998; 79 (3): 277-285.
- Dawson B, Trapp RG. Basic & clinical biostatistics. 4th ed. New York, Lange Medical Books-McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2004.
- Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5 (6): 456-463.
- Ferrando LBJ, Gibert J. M.I.N.I. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW PLUS. Spanish Version 5.0.0., 2005.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (2): 125-134.
- Goodwin FK, Jamison KR, Ghaemi SN. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. 2nd ed. New York, N.Y., Oxford University Press, 2007.
- Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998; 50 (2-3): 163-173.
- Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (11): 1873-1875.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (12): 1322-1330.
- Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (2): 147-156.
- Sánchez-Moreno J, Villagran JM, Gutiérrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10 (3): 400-412.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33; quiz 34-57.
- Strejilevich S, Retamal Carrasco P. Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex* 2003; 14 (54): 245-252.
- Torrado S. Estructura social de la Argentina. Buenos Aires, Ediciones La Flor, 1994.
- Vázquez GH, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi SN, Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and Specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale -Spanish Version. *Compr Psychiatry* 2010; 51 (5): 552-6.
- Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord* 2007; 101 (1-3): 43-55.
- Zaratiegui R. Desarrollando mejores hábitos de diagnóstico y seguimiento del trastorno bipolar. XXV Congreso Internacional de Psiquiatría - APSA - Mar del Plata - Argentina, abril 2009.



*dossier*



# PSICOPATOLOGÍA Y VIOLENCIA: ÉTICA Y PSIQUIATRÍA

**Coordinación**  
**Esteban Toro Martínez**  
**Alexis Mussa**

*La relación entre la violencia criminal y la psicopatología ha sido compleja y controvertida. El proceso de construcción histórica de la Psiquiatría Moderna se fundó precisamente en la diferenciación y separación entre la criminalidad por un lado y las distintas formas de la locura por el otro. Pero esta distinción, a priori clara y romántica, no se sostiene fácilmente a la hora de la administración de Justicia y de la implementación de las políticas estatales destinadas al abordaje de la cuestión criminal. De este modo, la Criminología, el Derecho Penal y fundamentalmente los distintos funcionarios vinculados al orden público interrogan, no meramente a la Psiquiatría –lo cual sería en todo caso un apasionante tema a discutir– sino al psiquiatra sobre cuestiones que exceden con creces las áreas específicas sobre la que este se capacita en su trabajo clínico. De este encuentro, quizás no buscado por la Psiquiatría pero si aceptado, han surgido “figuras”, “cuadros” crimino-clínicos y predictivos donde intentando remedar el método de la psiquiatría clínica se ofrecieron desde esta al campo de la criminología nuevas categorías, semblanzas construidas bajo el fulgor del positivismo, buscando una precisión ilusoria de cientificidad –donde las nociones de peligrosidad y estado peligroso, constituyeron el punto teórico culminante. Es importante informar al lector de nuestra revista, emparentado al campo clínico asistencial, que en el mundo jurídico existe un debate vigente y vigoroso que cuestiona la noción de la peligrosidad y sus consecuencias jurídicas, discusión difícil de zanjar en tanto que si bien se acepta casi mayoritariamente que diagnosticar a un individuo como “peligroso” es condenarlo a una medida de seguridad sin control de los jueces, contrario a un Derecho Penal de Garantías, no es tan fácil eludir alguna cuantificación de cuán peligrosa puede ser su conducta a la hora de determinar la gradación de la pena. Pero aquí debe advertirse el paso de “ser peligroso” a*

*realizar una “conducta peligrosa”. Esta noción de peligrosidad, emparentada a la criminología y a la psiquiatría forense y que se encuentra en el artículo 34 inciso primero, 2° y 3° párrafo del Código Penal Argentino, se deslizó a través de la doctrina de la temerabilidad al Código Civil Argentino, en su artículo 482 hoy derogado. Así, los psiquiatras argentinos justificaron su indicación de internación bajo el modelo de “peligrosidad para sí y/o terceros”. La nueva ley de Salud Mental, 26657/10 impuso una modificación en el paradigma de la peligrosidad, al reformar el artículo 482 y al estipular en su artículo 20 que una persona puede recibir indicación interdisciplinaria de internación coactiva cuando “...mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros”. Esta es una definición muy importante, porque se deja de “ser” para estar “en una situación de”, situación de la cual se puede salir. Toda esta referencia introductoria está destinada al profesional de la Salud Mental y en especial al Psiquiatra para que tome una noción aunque sea sumaria e introductoria a la compleja trama filosófica, doctrinaria y jurídica que subyace a alguna de las aseveraciones que se hacen en el ejercicio de nuestra profesión. Aseveraciones que muchas veces avasallan el campo de la clínica y que en algunas situaciones deberían ser resorte de decisiones de un magistrado. Por ejemplo: ¿es tan fácil responder que un sujeto es peligroso para sí o para tercero? Tal respuesta, ¿es científica?, ¿es ética?, ¿es ideológicamente neutra? ¿Un psiquiatra puede determinar que un sujeto es “peligroso”? o quizás evaluando el estado de sus facultades mentales, su estado psicopatológico al momento del examen, su situación vital y sus circunstancias ¿pueda responder acerca de si se encuentra o no en una determinada situación de riesgo cierto e inminente de daño? Del mismo modo, existen otras tensiones, no sólo conceptuales sino éticas o más específicamente “bioéticas”. El ejercicio de nuestra*

profesión, en forma constante, nos pone en una situación dilemática producto del choque entre dos derechos fundamentales de las personas: el derecho a la libertad y el derecho a la salud. Los psiquiatras por nuestra formación estamos familiarizados con este último, pero tenemos dificultades mayores con el primero en tanto se entremezclan, lo que creemos que son dos situaciones o ánimos distintos. Por un lado, nuestra tendencia paternalista, ancestral en medicina nos lleva a creer que podemos tomar decisiones muy buenas para el paciente, a pesar del paciente. Rápidamente, debemos informar al lector, que tal circunstancia en la actualidad de los últimos 40 años, en todo el mundo, es antiética e ilegal. Pero por el otro, y es allí donde invitamos a reflexionar al colega acerca de una tendencia, que podríamos caracterizar de por lo menos contradictoria, que Occidente tiene con el Psiquiatra y con la Psiquiatría: por un lado se le imputa prepotencia intelectual, se le cuestiona sus métodos, sus invasiones a la libertad y a la autonomía, el uso de fármacos que modificarían pensamientos, ánimos y conductas (mejor ni siquiera mencionar el impacto de otros tratamientos somáticos) y por el otro se le demanda permanentemente respuestas exactas acerca del riesgo, de la "peligrosidad", de la predicción, de la "normalización" y de la "adecuación". Pero entonces, la pregunta que formulamos al colega y que por supuesto nos formulamos nosotros mismos es: ¿los psiquiatras somos policías de la mente y de las conductas? Al respecto es ilustrativo leer un acta de detención policial y ver los giros lingüísticos que usa el agente de policía a la hora de la detención: "...habiendo aplicado la fuerza mínima y necesaria" y reflexionar acerca de cuán similar parece a nuestras evoluciones: "...al momento de la evaluación por encontrarse en una situación de riesgo cierto e inminente..." (o en el pasado reciente "por ser peligroso para sí o terceros"). Retomando la pregunta, es obvia la respuesta que damos a la misma los editores de este dossier: NO. No somos policías de la mente, no somos agentes de seguridad ni efectores del control social. Somos médicos, humanistas, que nos interesan los laberintos de la mente y sus sufrimientos –llámense trastornos, enfermedades o padecimientos- y que deseamos intentar aliviarlos mediante determinadas acciones que llamamos "terapéuticas", fundadas en el método racional de nuestra disciplina, en un marco plural. Entonces, a las preguntas que Occidente nos formula, debemos oponer como respuesta el método, la prudencia, el marco bioético, la humildad de lo limitado de nuestro saber y los conocimientos técnicos acompañados de la reflexión permanente.

Al respecto de estos últimos y sabiendo que la tarea será sólo introductoria y quizás de atisbo a la cuestión, este dossier se ocupa de algunos temas específicos que ocurren en la frontera de las locuras, los crímenes y las decisiones que sobre distintos ámbitos de la libertad las opiniones de un psiquiatra dado pueden ejercer influencia.

¿Qué pasa en la cabeza de un delincuente sexual? ¿Qué lo motiva, cómo se comporta, que tipo de patología presenta? Sobre este tema, muy singular y difícil de estudiar en el ámbito clínico se ocupa el artículo del Profesor Romi, reconocido especialista en la materia. El artículo de la Dra. Zazzi sobre las mujeres que matan a sus hijos, posa la mirada sobre uno de las situaciones más angustiantes y "antinaturales" que la conducta humana puede ofrecer. En dicho artículo se ilustra además con viñetas psiquiátrico-forenses tales acciones. El artículo del Dr. Stingo revisa de manera integral el complejo abanico fenomenológico, neurobiológico y dinámico que subyace en la personalidad antisocial, clásicamente llamada "la máscara de la cordura". En el artículo del Dr. Ohman y cols. encontramos detalles y descripciones acerca de cómo es el trabajo en una unidad psiquiátrica, en interfase con el sistema penitenciario, desde una perspectiva de derechos humanos. Por su parte, el artículo del Profesor Silva nos conduce al terreno de la dimensión ética que exige nuestra práctica clínica, al brindarnos una pormenorizada y erudita reflexión acerca del concepto de Autonomía, los niveles de análisis de la cuestión desde la ética y la bioética, de la jerarquía y de la interrelación de sus conceptos, que brinda un marco de referencia para el abordaje a la hora de responder acerca de capacidades, competencias y actos autónomos. Por último, el Dr. Martínez Ferreti ofrece una historización y reflexión documentada acerca del devenir del marco legal que regula las internaciones en psiquiatría, su perspectiva diacrónica y su enlace en el presente abriendo preguntas acerca de las posibles consecuencias medico legales que ella encierra y formulando una propuesta original acerca de la necesidad de crear "fueros específicos" en salud mental.

La última década del siglo XX se inauguró con la caída del Muro de Berlín, en el primer decenio del siglo XXI cayó el Consenso de Washington, con el cambio de centuria no finalizó la Historia y el devenir de la humanidad se renueva en viejas y nuevas preguntas. La psiquiatría no escapa a ese proceso mundial y hoy transitamos una situación de cambio de paradigma. Esperamos que el lector encuentre de interés o de utilidad alguna de las cuestiones que en esta introducción insinuamos ■

# Algunas reflexiones criminológicas y psicopatológicas sobre los crímenes seriales

Juan Carlos Romi

Médico Forense de la Justicia Nacional  
Profesor consulto de Psiquiatría, UBA. Cátedra del Hospital José T. Borda  
Miembro Fundador y Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Sexología

## 1. Los crímenes seriales

A modo de introducción aclararemos que los crímenes son delitos graves que consiste en herir, hacer daño o matar a una o más personas. Por lo tanto, no son necesariamente sinónimos de homicidio ya que provocar hechos dañosos o lesiones a las personas sin llegar a ultimarlas también son crímenes.

Luego, en el caso de que la acción delictiva conlleve al homicidio de la o de las víctimas, para que configure un asesinato debe existir intencionalidad de lograr ese propósito (dolo) por alguna razón secundaria o motivación.

Por último, cuando estos crímenes se reiteran en el tiempo por parte de una mismo sujeto se habla de la figura de los *crímenes seriales* que se limitan en algunos casos solo al daño o las lesiones y en otros como consecuencia de ello se llega al homicidio (asesinos seriales). En nuestra experiencia como peritos psiquiatras del Cuerpo

Médico Forense (CMF) hemos tenido posibilidad de observar muchos más casos de *crímenes seriales* lesivos que asesinatos seriales y fundamentalmente de motivación sexual. No obstante ello haremos una breve recopilación que nos permita hacer algunas reflexiones al respecto (38, 39, 46, 48, 50, 54, 55, 64, 69, 70).

## 2. Distinción de los multiasesinos

Los *multiasesinos* suelen diferenciarse entre sí y de acuerdo a sus características distintivas. Se suelen describir en forma sucinta los siguientes:

### A. *Asesino en serie*

También conocido como *asesino serial*, es una perso-

---

### Resumen

En el presente trabajo se revisa el concepto de crimen serial, el que involucra además del homicidio, a los hechos que dañen o lesionen a las personas. Se diferencian a los diferentes tipos de multiasesinos: los asesinos en serie, los asesinos en masa, los asesinos relámpago, con diferentes ejemplos de cada uno de ellos. Asimismo, se intenta describir psicopatológicamente los antecedentes de ellos. Estos criminales suelen tener un especial comportamiento (ritual) que le son particularmente característicos y mantienen inalterados durante la secuencia delictiva, lo que permite elaborar un perfil psicológico del asesino. Dentro de las diferentes motivaciones para asesinar se pueden encontrar a los asesinos: psicóticos, proféticos o iluminados, por placer, por beneficio secundario o lucro, por poder y dominio o control. Se describe la conducta delictiva y la criminodinamia. Finalmente, se vierten algunas reflexiones sobre la experiencia personal en la investigación de agresores sexuales a lo largo de 20 años.

**Palabras clave:** Crimen serial – Asesinos seriales – Agresiones sexuales.

SOME CRIMINOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGIC REFLEXIONS ABOUT SERIAL CRIMES

### Summary

This article reviews the concept of serial crime, including murder as well as any action for the purpose of inflicting bodily harm upon any person. It characterizes three types of multi-murderers: serial killers, mass murderers, and spree killers. These offenders often have a specific (ritual) behavior that is idiosyncratic and repeated on each crime, which allows the psychological profiling of the murderer. Examples, a psychopathological background, and a description of both their criminal behavior and dynamics are provided for each of these criminals. They are further classified according to their different motivations: psychotic, prophetic or enlightened, pleasure, secondary or pecuniary profits, power or control. Finally, the author shares his personal experience over 20 years in the assessment of sexual offenders.

**Key words:** Serial crime - Serial killers – Sexual offenders.



na que asesina a tres o más personas en un lapso de más de treinta días, dejando un periodo de “enfriamiento” (*cool-off*) silencio o “reposo” entre cada asesinato, y cuya motivación se basa en la gratificación psicológica que le proporciona dicho acto.

En medio de sus delitos, ellos parecen “bastante normales”, una condición que Dr. Hervey Cleckley Milton (1903-1984) un psiquiatra estadounidense, pionero en el campo de la psicopatía y que fuera el más influyente en el siglo XX, la ha descrito en forma magistral con el término de “*máscara de la cordura*”. También fue corroborada esta observación por el Dr. Robert D. Hare (1934-), un investigador estadounidense de renombre en el campo de la psicología criminal (77, 81).

Suele ser frecuente encontrar un elemento sexual en este tipo de asesinos como por ejemplo el caso de Fred West (Frederick Walter Stephen West, 1941-1995) un asesino en serie británico. Fred y su esposa Rosemary entre 1967 y 1987, violaron, torturaron y asesinaron al menos 12 mujeres jóvenes, casi todas en la casa de ellos en Gloucester, Inglaterra. Casi todas esas mujeres eran chicas que pedían hospedaje o simplemente niñeras que se ofrecían para cuidar a sus hijas. Además, la pareja secuestraba mujeres en las paradas de autobuses. Las víctimas de los West casi nunca eran reportadas como desaparecidas debido a que no tenían familia que se ocuparan y preocuparan por ellas. El reinado de terror de los West llegó a su fin después de que ellos asesinaran a su propia hija, Heather. Fred West se ahorcó en su celda de la prisión mientras esperaba el juicio por varios asesinatos.



Fred West



Retrato del asesino del Zodíaco según el testimonio de un testigo

Otro asesino serial de características sexuales claras fue el *asesino del zodiaco*, un asesino en serie que actuó en el Norte de California durante 10 meses desde finales de los años 60. Él mismo eligió su nombre en una serie de cartas amenazantes que envió a la prensa hasta 1974. En sus misivas incluyó cuatro criptogramas, de los cuales tres todavía no han sido descifrados. Sus víctimas se encontraron entre diciembre de 1968 y octubre de 1969 y sus edades fluctuaron entre 16 y 29 años. La identidad del asesino sigue siendo una incógnita. El Departamento de Policía de San Francisco declaró la investigación “inactiva” en abril de 2004 y reabrió el caso en marzo de 2007.

En general los asesinos en serie están específicamente motivados por una multiplicidad de impulsos psicológicos, sobre todo por ansias de poder y la impulsión sexual. Los crímenes suelen ser llevados a cabo de una forma similar y las víctimas a menudo comparten alguna característica (p. ej. ocupación, raza, apariencia, sexo o edad) (46, 77).

#### B. Asesinos en masa

Estos asesinos matan a un número elevado de víctimas de manera simultánea en un periodo corto de tiempo. Un

*asesino en masa* es un individuo que comete múltiples asesinatos en una ocasión aislada y en un solo lugar.

Un caso paradigmático aconteció en nuestro país en la década del 20 del siglo pasado. Se trata de Mateo Banks (1872-1949) (alias: “Mateocho”, el “místico” o “Eduardo Morgan”). Fue un chacarero argentino de origen irlandés, famoso por haber cometido asesinatos múltiples en el pueblo de Parish en el partido de Azul, en 1922. El caso fue muy resonado en la época, y se ha calificado a Banks como el primer multihomicida argentino.

Mateo era socio del Jockey Club y de varias ligas de beneficencia, vicecónsul de Gran Bretaña y representaba a la marca de autos Studebaker en la provincia de Buenos Aires. Había contraído matrimonio con una mujer de sociedad, Martina Gainza.

El asesinato en masa ocurrió el martes 18 de abril de 1922. En horas del mediodía, Banks (de 44 años de edad en ese momento), se encontraba en la estancia “La Buena Suerte”. Allí comenzó su raid homicida matando a escopetazos a 8 personas de las cuales 6 eran parientes de él.

Banks había pasado de ser un próspero chacarero a estar en bancarota, según se cree, por una afición al juego. El 3 de abril de 1923 se dio por concluido el juicio. Su abogado Larrain alegó vicios en el proceso, que fue declarado nulo. El juicio fue trasladado a La Plata. Banks contó para este juicio con la defensa de Antonio Palacios Zinny, reconocido abogado penalista de la época. A pesar de las estrategias de Palacios Zinny, la condena fue confirmada. En 1924 fue trasladado al penal de Ushuaia. Allí concedió numerosas entrevistas. Rezaba continuamente, y llegó a fabricar un rosario con botones, del que nunca se separaba. Más tarde tuvo éxtasis religiosos y dictó liturgias, por lo que fue apodado “El místico”.

El 10 de junio de 1944 fue liberado. Intentó volver a Azul, pero la condena social era muy grande, por lo que se mudó a Buenos Aires, donde cambió de identidad. Se mudó a una pensión en el barrio de Flores, donde se registró con el nombre falso de Eduardo Morgan. El mismo día de la mudanza, resbaló en la bañera, golpeándose la cabeza y falleciendo en el acto.

En la caja fuerte de la cárcel había dejado un manuscrito con sus memorias, de unas 1200 páginas, con instrucciones para su publicación. Sin embargo, este se perdió. Los crímenes de Banks inspiraron dos tangos: *Doctor Carús* (de Martín Montes de Oca) y *Don Maté 8* (letra de José Ponzio y música de Domingo Cristino).



Mateo Banks



Ricardo Barreda

Más recientemente en la década del noventa el odontólogo Ricardo Barreda (1936-), oriundo de La Plata realiza el 15 de noviembre de 1992, en la casa de Calle 48 entre 11 y 12 en La Plata un asesinato en masa, mató a su ex mujer, su

ex suegra y dos de sus hijas con una escopeta que le regaló su madre política, un mismo día en un mismo lugar. Luego de 18 años de prisión se encuentra en discusión judicial la posibilidad de ser liberado en forma condicional.

Otro lamentable caso en la Argentina ocurrió el 28 de septiembre de 2004, un adolescente de 15 años que cursaba el primer año del polimodal conmocionó al país. El adolescente ingresó luego de izar la bandera en el aula de la escuela media N° 2 "Islas Malvinas", en Carmen de Patagones, y mató a tres compañeros e hirió a otros cinco por motivos inexplicables. El menor sorprendentemente sacó un arma automática, una pistola marca Browning calibre 9 milímetros que pertenecía a su padre, un suboficial de la Prefectura Naval y disparó una, dos, tres veces. Varias veces más. En su irracional actitud agotó los 13 tiros del cargador y, no conforme con el trágico resultado, intentó aumentar el saldo con un segundo cargador. Un compañero se le interpuso en el camino y le arrebató el arma. El agresor no tenía un blanco predeterminado. Todos eran compañeros que compartían con el agresor horas de estudio. En su pupitre tenía escrito: "Lo más sensato que podemos hacer los humanos es suicidarnos" (46, 77, 81).

### C. Asesinos relámpago

Estos asesinos que cometen múltiples asesinatos en un corto período y en lugares distintos, en raid. En inglés se los suele llamar *spre killer*. Este tipo de homicida comete múltiples asesinatos en diferentes lugares, dentro de un período que puede variar desde unos cuantos días hasta varios meses. A diferencia de los asesinos en serie, ellos *no vuelven* a su comportamiento normal entre asesinatos.

Carlos Eduardo Robledo Puch (1952-) es uno de los sociopatas más famosos en la historia criminal de la República Argentina. Apodado *El Ángel Negro* o *El Ángel de la Muerte*, se lo ha condenado por diez homicidios calificados, un homicidio simple, una tentativa de homicidio, diecisiete robos, una violación, una tentativa de violación, un abuso deshonesto, dos raptos y dos hurtos. Se trata de la persona con más delitos graves imputados en el país entre ellos su propio cómplice. Está detenido desde 1972. En la actualidad, Robledo Puch continúa privado de su libertad psíquica en un pabellón para homosexuales del penal de Sierra Chica.



Carlos Robledo Puch

El 27 de mayo del 2008, Robledo Puch solicita su libertad condicional. El juez que atiende su solicitud se la deniega por considerar que no se ha reformado de manera positiva en ninguno de los aspectos sociológicos necesarios para vivir en libertad, además de no poseer familiares directos que puedan contenerlo.

Otro caso resonante fue el del "tirador de Belgrano"

ocurrió el 6 de julio de 2006 en avenida Cabildo al 1700 de la Capital, cuando disparó al menos 9 balazos con su pistola Bersa Thunder calibre 380 y además de asesinar a un estudiante hirió a otras seis personas. Los otros tres ataques a balazos en el barrio de Belgrano que se le imputan son, contra un colectivo de la línea 67 donde hirió a dos personas, contra una confitería donde baleó a una chica de 17 años y contra un tren en movimiento donde no hubo heridos (37, 46, 77, 81).

### 3. Análisis de los asesinos seriales

El asesino serial (en inglés término *serial killer*) fue promocionado por el agente especial del FBI en la década del 70 Robert Ressler (1937-) donde trabajó durante 20 años y fue profesor de la escuela de criminología de este organismo. Es especialista en la identificación y captura de asesinos, para lo que se ayuda de su habilidad para trazar su perfil psicológico.

El concepto ya había sido acuñado en 1930 por el inspector policial alemán Ernst Ferdinand Gennat (1880-1939) que fue el director en Berlín de la Policía Criminal.

La expresión *asesino en serie* entró al lenguaje popular en gran parte debido a la publicidad que se dio a los crímenes de Ted Bundy (Theodore Robert Cowell Bundy), nacido en 1946 y condenado a morir en la silla eléctrica en 1989 en Florida, EE.UU.). Fue un asesino en serie que los analistas estiman que, el número de sus víctimas podría rondar las cien mujeres, muy lejos de los números oficiales de alrededor de treinta y seis.



Ted Bundy



David R Berkowitz (el hijo de Sam)

Otro asesino serial paradigmático fue David Richard Berkowitz, nombre de sus padres adoptivos ya que nació como Richard David Falco en 1953, también llamado *El hijo de Sam* y *Asesino calibre 44*. Es un asesino en serie e incendiario estadounidense cuyos crímenes aterrorizaron Nueva York desde julio de 1976 hasta su arresto en agosto de 1977. Cumple seis condenas por 365 años.

Todos estos tipos de crímenes mencionados son usualmente consumados por una sola persona. Existen otros tipos de asesinatos múltiples también, aunque a menudo están relacionados con grandes organizaciones y no con dos o tres asesinos: genocidio y ataques terroristas.

Los asesinos múltiples han sido en su mayoría varones, las mujeres representan la minoría en las estadísticas. Los asesinos en serie están específicamente motivados por una multiplicidad de impulsos psicológicos, sobre todo por ansias de poder y impulsión sexual como ya dijimos. Este aspecto motivacional los desliga de los asesinos a sueldo y otros asesinos múltiples, quienes están motivados por el lucro (37, 46, 77, 81).

### 3.1 Algunos antecedentes psicopatológicos

La mayoría de los asesinos en serie tienen antecedentes de afecciones mentales. Se sabe que, frecuentemente, fueron víctimas de abusos durante su infancia, ya sea física, sexual o psicológicamente, toda vez que es factible encontrar una correlación entre los abusos en su infancia y los crímenes que cometen.

Con frecuencia se observa que estos sujetos presentan sentimientos de inadaptabilidad, inutilidad y minusvalía. Algunas veces debido a las humillaciones y los traumas sufridos en la infancia. Los crímenes que cometen suelen otorgarles una sensación de potencia y frecuentemente le sirven de revancha, venganza, o reivindicación de su estado de frustración histórica.

Los asesinos en serie suelen tener impulsos extremadamente sádicos. Desde niños pueden tener antecedentes de actos de *piromanía*, comienzan con incendios invariablemente sólo por la emoción de destruir cosas, y también con *crueledad hacia los animales* ("zoo-sadismo"). El famoso "petiso orejudo" (luego veremos) es un ejemplo paradigmático (20, 21, 42, 44, 46, 53).

Estos sujetos anulan la capacidad de sentir empatía por el sufrimiento de otros, de esta manera, son frecuentemente diagnosticados precozmente como psicópatas o sociópatas, términos que eufemísticamente son renombrados en la actualidad por psicólogos como *trastornos antisocial de la personalidad*.

El elemento de fantasía en el desarrollo de los asesinos en serie es extremadamente importante. A menudo fantasean en la infancia y/o la adolescencia con cometer asesinatos. Sueñan despiertos de manera compulsiva con dominar, someter y asesinar, con elementos o formas muy específicos que después aparecen en sus crímenes reales.

Muchos expertos han afirmado que una vez que el asesino serial comienza con sus actos delictivos no puede parar (puede presentar períodos de acalmia solo para luego reincidir). Algunos sostienen la opinión de que aquellos que no son capaces de controlar sus impulsos homicidas son más fáciles de atrapar.

Tampoco es cierto que estas conductas delictivas sean necesariamente producto de una historia de pobreza familiar o promiscuidad social.

Por lo general, los asesinos en serie suelen tener una motivación sexual por lo tanto, hacen uso de una "lujuria erótica" y de la tortura, para obtener placer sexual por mutilación de la víctima y también de la necesidad de matarla lentamente tras un tiempo, a veces prolongado.

De manera tal que el *asesino serial sexual* complace su placer erótico, por lo general de tinte parafilico, con un homicidio, es decir, el delincuente satisface su erotismo matando a la víctima. El asesinato lujurioso es sinónimo del término *erotophonophilia*, parafilia que se caracteriza porque la excitación o gratificación sexual depende de la muerte de un ser humano.

Normalmente este tipo de delincuencia se manifiesta ya sea por asesinato durante la relación sexual y/o mutilar a los órganos sexuales o las zonas de la víctima el cuerpo. La mutilación de la víctima puede incluir la evisceración y/o despedazamiento de los órganos genitales.

A veces incluye actividades sexuales tales como la eliminación de la ropa del cuerpo, posando y sosteniendo el

cuerpo en diferentes posiciones eróticas o con la inserción de objetos en los orificios corporales. La *antropofagia* (el consumo humano de la sangre y/o la carne) y la *necrofilia* (la realización de de actos sexuales en un ser humano muerto) también están descritas (41, 45, 54, 58, 76).

Estos delincuentes han hecho una conexión entre el asesinato y la satisfacción sexual. Cuando este tipo de delincuente elige a una víctima, ésta debe tener algo que el delincuente encuentra sexualmente atractiva. Recordar que *víctima* no es cualquier persona, sino aquella que "encaja" en el patrón del victimario. Esta característica atractiva podría ser común en todas las de las víctimas del delincuente (configura un patrón). Puede haber muchas víctimas potenciales que un delincuente "deja pasar" porque no cumplen con sus necesidades psicopatológicas básicas.

Una vez que el delincuente ha encontrado una víctima ideal a sus necesidades, la acosa o realiza otras conductas deprecadoras, antes de actuar su fantasía criminal sobre ella. Dijimos que las fantasías son un componente clave en los asesinatos por placer erótico. Si no puede cumplir dichas fantasías en forma completa, se vuelve cada vez más violento mientras lucha por cumplirlas creando un ciclo repetitivo.

El propósito de la fantasía es el control total de la víctima, mientras que un asalto sexual puede ser utilizado como un vehículo para el control, la tortura se convierte en una herramienta para degradar, humillar y someter a la víctima. Las fantasías pueden ser alimentadas por la violencia y facilitado en algunos casos por el alcohol u otras sustancias. Por lo general, las fantasías pueden implicar una o varias formas de parafilia (1, 4, 5, 14, 29, 32, 36, 38, 39, 40, 41, 45, 56, 57, 60, 65, 66, 67, 68, 71, 72).

Estos tipos de conductas delictivas no son de reciente aparición desde el siglo XX. Ya varios siglos antes, existen referencias históricas de asesinos múltiples. Por ejemplo, en el siglo XV, uno de los hombres más ricos en Francia, Gilles de Rais, secuestró, violó y asesinó al menos un centenar de muchachos.



Gilles de Rais



Elizabeth Báthory

La condesa Elizabeth Báthory (1560-1614), fue una aristócrata húngara, perteneciente a una de las familias más poderosas de su país. Ha pasado a la historia por haber sido acusada y condenada de ser responsable de una serie de crímenes motivados por su obsesión por la belleza, que le han valido el sobrenombre de "*La Condesa Sangrienta*" y tiene el Record Guinness de la mujer que más ha asesinado en la historia de la humanidad. Fue arrestada en 1610 y subsecuentemente acusada de torturar y matar más de 600 jovencitas.

En ambos ejemplos, De Rais y Báthory fueron supuestamente sádicos y adictos a matar, y difieren de los asesinos seriales de hoy en día, en que este par de asesinos eran ricos y poderosos.

Thug Behram (1765-1840) del culto *thuggee* en India (temible clan de ladrones), fue uno de los asesinos en serie más prolíficos. Pudo haber matado hasta 931 víctimas entre 1790 y 1840 con las ropas ceremoniales (o rumal, que en hindú significa pañuelo) usadas para su culto. Behram fue ejecutado en 1840 por ahorcamiento. De esta manera, posee el registro de más asesinatos cometidos por una sola persona en la historia.



Richard von Krafft-Ebing con su esposa Marie Luise



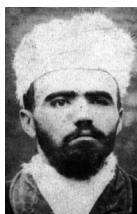
Thug Behram

En su famoso libro *“Psicopatías Sexuales”*, Richard von Krafft-Ebing registra el caso de un asesino serial ocurrido alrededor del año 1870, un italiano llamado Eusebius Piedagnelle quien tenía una obsesión sexual con la sangre y confesó haber dado muerte a seis personas.

El popular asesino anónimo “Jack el Destripador” despedazó varias prostitutas en Londres en 1888 (el número exacto de víctimas se desconoce; como mínimo cuatro, probablemente seis). Estos crímenes lograron obtener enorme atención de la prensa debido a Londres, en aquel momento, era el centro de la superpotencia económica más importante del mundo.



Un retrato robot de lo que pudo haber sido el rostro de Jack “El Destripador”



Joseph Vacher

Joseph Vacher (1869-1898) fue un asesino en serie francés al que se le hizo acusaciones por el asesinato de un mínimo de 11 personas. A veces se le ha llamado *“el destripador francés”*, debido a su comparación con el más famoso Jack el destripador de Londres de 1888. Sus señas de identidad eran su cara cicatrizada, un acordeón y un sencillo sombrero blanco de piel de conejo hecho a mano. Fue ejecutado en Francia en 1898 después de confesar el asesinato y mutilación de 11 mujeres y niños (46, 77, 81).

### 3.2 Manifestaciones del accionar del asesino serial

Estos criminales suelen tener un especial comportamiento (ritual) que le son particularmente característicos

y mantienen inalterados durante la secuencia delictiva, lo que permite elaborar *un perfil psicológico del asesino* (81).

El FBI, sin mucha precisión, ha categorizado a los asesinos seriales dentro de dos tipos diferentes: *organizados* y *desorganizados*.

A. *Asesinos organizados*: usualmente son poseedores de un coeficiente intelectual superior a la media (105 en adelante). Suelen denominarse “homicidas perversos o desalmados” (trastorno antisocial de la personalidad), que planifican sus crímenes muy metódicamente por lo cual pueden tardar cierto tiempo en realizar un asesinato. A veces realizan sus asesinatos por despechos o trastornos y, para encubrirse, involucran a otras personas en su planificación.

Por lo común, secuestran a las víctimas, después de ganar su confianza, matándolas en un lugar y deshaciéndose de ellas en otro. A veces, este tipo de persona busca entre su pasado a personas que formaron parte de su vida y que la marcaron de alguna manera. Actúan engañando de muchas maneras y, si hay personas extrañas en medio de su objetivo, las estudian y llegan a crear toda una cantidad de circunstancias para volverlas en contra de su objetivo.

A veces, pueden tardar años en separar a su objetivo de su obstáculo. Una vez realizado este propósito se acercan de forma pasiva y con muchas mentiras y engaños a la persona de su pasado. Así, por fin, consigue su objetivo, que es hacerle daño de maneras que pueden: matar a su víctima o provocarle sufrimiento, como hacerle daño físico a un ser querido o amado, a su entorno ya sea familia directa del objetivo o ser querido actual. Finalmente, se ensaña con su objetivo inicial.

Estos tipos de asesinos, tienen un alto grado de control sobre la escena del crimen, y generalmente conocen bien la ciencia forense que los habilita para cubrir sus huellas, tal como enterrar el cuerpo o cargarlo hasta un río para hundirlo. Ellos siguen escrupulosamente sus crímenes en los medios de comunicación, y muchas veces se enorgullecen de sus acciones, como si fuesen grandiosos proyectos.

El asesino organizado es habitualmente muy sociable, tiene amigos y amantes, muy a menudo hasta esposa e hijos. Son el tipo de persona que cuando son capturados, son descritos por los conocidos como “un tipo agradable e inofensivo”.

Algunos asesinos en serie se esfuerzan por hacer sus crímenes difíciles de descubrir, como por ejemplo falsificando notas de suicidio. Es el caso de Harold Shipman (old Frederick o “Fred” Shipman) (1946-2004) fue un médico británico, acusado de matar a 218 de sus pacientes entre 1971 y 1998. Es conocido por ser uno de los peores asesinos en serie de la historia moderna. Shipman fue encontrado colgado en su celda de la prisión de Wakefield. Su posición social y ocupación eran tal que, le permitía simular las muertes de sus víctimas, considerando que morían por causas naturales.



Harold Shipman



Francisco García Escalero

B. *Asesinos desorganizados*: estos sujetos presentan un cociente intelectual entre 80 y 95, cometen sus crímenes impulsivamente. Se le observan notorias alteraciones mentales, suelen denominárselos como “el asesino psicótico”. Mientras que el asesino organizado saldrá específicamente a cazar a la víctima, el desorganizado matará a alguien cuando quiera que la oportunidad surja, contadas veces se molestará en deshacerse del cuerpo, dejándolo en el mismo lugar en que encontró a la víctima.

Usualmente llevan a cabo ataques “sorpresa”, asaltando a sus víctimas sin previo aviso, y típicamente ejecutarán rituales que creen necesarios hacer, una vez que la víctima esté muerta (por ejemplo; necrofilia, mutilación, canibalismo, etc.). A menudo son personas no sociables, con pocos amigos, y pueden tener un historial de problemas mentales y ser referidos por sus conocidos como excéntricos o hasta “un poco extraño”. Tienen poca consciencia sobre sus crímenes y puede que bloqueen los recuerdos de sus asesinatos.

Uno de los casos recientes más conocidos que encajan con este perfil es el de Francisco García Escalero: (1954-) conocido como “el matamendigos” o el “asesino de mendigos” es un asesino en serie, que practicaba la necrofilia y el canibalismo. En 1996, la Audiencia Provincial de Madrid declaró probados los asesinatos de 11 personas, si bien le fue aplicada la eximente de responsabilidad penal por enajenación mental, al concurrir en él (según los psiquiatras forenses) un proceso esquizofrénico asociado a alcoholismo, necrofilia, etc. Por esta razón resultó absuelto de sus delitos pero fue internado en el psiquiátrico penitenciario de Alicante hasta la actualidad.

Un número significativo de asesinos seriales muestran ciertos aspectos de los dos tipos mencionados, aunque las características de un tipo dominan. El comportamiento de algunos asesinos declina de ser organizado a desorganizado, según sus homicidios continúan. Complementan cuidadosa y metódicamente los asesinatos al principio, pero conforme su compulsión se sale de control, dejan de dominarse volviéndose descuidados e impulsivos.

Algunos asesinos sufren de personalidad múltiple (trastorno de identidad disociada) lo que los lleva a cometer asesinatos tanto organizados como desorganizados. Aunque varios psicólogos han citado a la personalidad múltiple como una de las mayores causas de asesinatos, está comprobado que solo la minoría de los asesinos seriales sufren este trauma (3, 13, 30, 46, 49, 70, 77, 81, 82).

### 3.3. Causas o motivaciones para asesinar

Los patrones organizado y desorganizado, están relacionados con los métodos del accionar de los asesinos. Ahora bien, en cuanto a *los motivos* que pueden movilizar ese accionar, pueden considerarse las siguientes categorías diferentes. Pueden ser asesinos:

A. *Psicóticos*: contrario a lo que se suele suponer son muy pocos los asesinos seriales exculpados por enajenación mental. Herbert Mullin (1947-) masacró a 13 personas después de “oír unas voces” que le dijeron que los asesinatos eran necesarios para prevenir un sismo en California. Por tal razón fue declarado inimputable.



Herbert Mullin



Ed Gein

Edward Theodore Gein (Ed Gein) (1906-1984) alegó que al comer los cadáveres de mujeres que se asemejaban a su madre difunta, él podía preservar el alma de su madre en su propio cuerpo. Mató dos mujeres que le recordaban a su madre, comiéndose a una y siendo arrestado mientras se encontraba en proceso de preparar el segundo cuerpo para consumirlo. También usó la carne de cadáveres exhumados para dar forma, a un “traje de mujer” para sí mismo y de esta manera poder “convertirse” en su madre, a la vez que no dejaba de tener pláticas consigo mismo con una voz en falsete. Después de su arresto fue emplazado a una institución mental por el resto de su vida.

B. *Proféticos o iluminados*: son llamados también *asesinos apostólicos*, creen que sus actos están justificados cada vez que ellos se deshacen de cierto tipo de personas indeseables (prostitutas o miembros de cierto grupo étnico), por delegación de una autoridad divina o mística, haciéndole un favor a la sociedad.

Gary Ridgway (1949-) es un hombre de apariencia humilde cuyo aberrante comportamiento sexual nace por su odio hacia las mujeres (misoginia). Asesinó por lo menos a 4 mujeres cuando fue detenido en 2001 en Washington. Ese odio fue influido por su madre al ser quién maltrataba a los integrantes de su familia, especialmente a él y su padre.



Gary Ridgway



Aileen Carol Wuornos

Aileen Carol Wuornos (1956 y murió bajo los efectos de la inyección letal en 2002). Fue una asesina en serie condenada a muerte por el estado de Florida en 1992 que admitió haber matado a siete hombres en incidentes separados; todos ellos, afirmó, la violaron (o intentaron hacerlo) mientras trabajaba como prostituta. Curiosamente, en el caso de Wuornos, las víctimas no eran prostitutas, sino los clientes de estas.

Los asesinos apostólicos difieren de otros tipos de asesinos seriales, en que sus motivaciones que por lo general no son sexuales.

C. *Placer*: este tipo de homicida asesina por el simple placer de hacerlo, aunque las características que ellos disfrutan pueden diferir. Algunos pueden deleitarse con la “búsqueda” de perseguir y encontrar una víctima más que cualquier otra cosa, mientras otros pueden estar principalmente motivados por los actos de tortura y abuso de la víctima mientras está viva. Usualmente existe un fuerte

rasgo sexual en los crímenes, aun cuando puede que no sea inmediatamente obvio, pero algunos asesinos obtienen una oleada de excitación que no es necesariamente sexual. Se describen una variada forma de expresión:

1. El *asesino motivado por emoción*. Este asesino mata por la emoción que siente mientras su víctima muere. La víctima tiene que estar consciente durante el ataque para que el asesino pueda recibir el máximo placer posible. Actos sexuales no ocurren después que la víctima muere. El objetivo del asesino motivado por emoción es *sentir el terror* de sus víctimas antes que mueren.

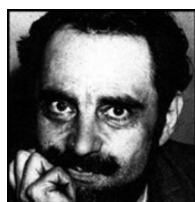
2. El *asesino motivado por lujuria*. Este asesino es el que tortura y mutila sus víctimas. Son motivados por lujuria y placer sexual, como ya vimos. Las víctimas de este tipo de asesino se encuentran con evidencia de tortura y a veces faltando partes del cuerpo. La violación de las víctimas del asesino motivado por lujuria es común. A pesar de eso, otros pueden asesinar al perjudicado rápidamente, casi como rutina y después gratificarse en actos de necrofilia o canibalismo.

Un ejemplo paradigmático de esta motivación fue el asesino serial Jeffrey Lionel Dahmer (1960-1994). En septiembre de 1986 es arrestado por exhibicionismo indecente y desembozó a su primer análisis psicológico, siendo diagnosticada una personalidad peligrosa. Un año después empezó a matar. Esta vez se trataba de un joven negro al que ofreció una bebida dopada. Dahmer se despertó al día siguiente encima de un cuerpo ensangrentado, pero afirma no recordar nada de lo que pasó aquella noche. Después de eso, Dahmer comienza a matar siempre que tenía ocasión. Seguía el mismo *modus operandi*: primero el flirteo ofreciendo dinero a cambio de sexo, luego les ofrecía bebida con somnífero y finalmente los estrangulaba. Después de matar a su víctima se quedaba abrazando el cadáver, pensando en cómo conservar las cabezas y formar una especie de altar en la habitación adornado con los huesos. Dahmer mostraba muchas características de asesino organizado: acechaba a sus víctimas, les engañaba para llevárselos a su apartamento con la promesa de dinero y favores y después de la muerte ocultaba las pruebas de los crímenes, pero también daba muestras de ser un criminal desorganizado: realizaba actos sexuales con sus víctimas después de la muerte, consumía su carne y sangre, las mutilaba y conservaba algunas partes como recuerdos.

Esta mezcla de delincuente organizado y desorganizado es lo que se denomina un asesino 'mixto'. Este asesino, llamado "*El Carnicero de Milwaukee*" fue sentenciado a un mínimo de 900 años, pero murió en la cárcel en 1994 asesinado a golpes por un recluso.



Jeffrey L. Dahmer



Marcel Petiot



Peter Sutcliffe

D. *Beneficio secundario o lucro*: la mayoría de los criminales que cometen asesinatos múltiples por fines materiales (tales como los asesinos a sueldo), no son clasificados

como asesinos seriales, porque están motivados por el afán de lucro o algún tipo de ganancia económica, en lugar de estarlo por una compulsión psicopatológica. Aun así, existe una delgada línea que separa a ambos tipos de asesinos.

Por ejemplo, Marcel André Henri Petiot Félix (doctor Marcel Petiot) (1897-1946, año en que fue decapitado) fue un médico francés y asesino en serie condenado por múltiples asesinatos tras el descubrimiento de los restos de 26 personas en su casa de París tras la Segunda Guerra Mundial.

Es sospechoso de matar a más de 60 víctimas durante su vida. Operaba en la Francia ocupada por los nazis, podría clasificarse como asesino serial. Se hacía pasar como un miembro de la resistencia francesa y atraía con engaños a opulentos judíos a su casa, haciéndoles creer que él podía hacerlos salir clandestinamente del país. En lugar de eso, los asesinaba y robaba sus pertenencias, matando a 63 personas antes de que fuera finalmente atrapado.

Aunque la principal motivación de Petiot era material, pocos pueden negar que un hombre deseoso de matar a tanta gente, simplemente por adquirir unas pocas docenas de maletas con ropas y joyería, no fuera un asesino compulsivo y psicópata.

E. *Poder y dominio o control*: este es el asesino serial más común. Su principal objetivo para matar es obtener y ejercer poder sobre su víctima. Tales asesinos algunas veces fueron maltratados de niños, se sienten increíblemente impotentes y a menudo se satisfacen en prácticas que están vinculadas a las formas de abuso que sufrieron ellos mismos. Muchos asesinos de este tipo abusan sexualmente de sus víctimas, pero difieren de los asesinos hedonistas en que la violación no es motivada por lujuria, sino por otra forma de dominación sobre el martirizado.

Algunos asesinos en serie, puede que tengan características de más de uno de los tipos mencionados. Por ejemplo, el asesino británico Peter Sutcliffe, parece ser un asesino psicótico y a la vez profético, toda vez que afirmó que escuchaba voces que le ordenaban que limpiara las calles de prostitutas (2, 11, 22, 25, 26, 66, 67, 70, 77, 81).

#### 4. La conducta delictiva

El *asesino serial sexual* que habitualmente se observa, es por lo general un varón introspectivo, tranquilo, reservado, distante de buenos modales, agradable, sin amigos, solitario en sus decisiones, hipobólico, tímido, estudioso, suele ser fácilmente descartado como sospechoso por su historia de persona pasiva que no reacciona frente a la violencia, ordenado, meticoloso, pulcro, es común que no fume, no beba ni consuma drogas y si lo ha hecho, no es un adicto. Suele ser mojigato y condena la obscenidad de la vulgaridad y las palabras soeces.

Es particularmente propenso a delinquir cuando ha sufrido una pérdida en su autoestima, se han burlado de él, ha sido rechazado sexualmente o han cuestionado su masculinidad.

Compensa con el acto delictivo esta situación de minusvalía recuperando su narcisismo, su egocentrismo y su vanidad hasta estar convencido de su poder al llevar acabo sus delitos y escapar de las investigaciones policiales por ser más inteligente.

Quiere ser notorio antes que ignorado, y pasar a la historia como el criminal más importante (vanidad delincuente).

cial). Es por ello que suele hablar, leer y hacer comentarios a personas sobre las noticias que se refieren a su accionar (antes de ser capturado) manifestando opiniones punitivas muy fuertes sobre lo que se debería hacer con el asesino cuando lo detengan.

Tras una fachada distante, existe una profunda agresividad que no puede expresar. Imagina escenas que luego interpreta en sus agresiones. Su inteligencia le permite planear detalladamente el delito con mucha anticipación para luego poder evitar con éxito las investigaciones policiales.

En el momento del crimen se excita mucho, se transforma adquiere la seguridad que le falta y el impulso sexual asume el control de sus acciones.

Por lo general luego del hecho no tiene remordimientos, no tiene piedad por sus víctimas ni está preocupado por las connotaciones morales de sus actos a los que alude sin mayor resonancia afectiva.

De manera tal que, el delincuente serial, que hemos estudiado con mayor precisión que es aquel que, presenta una modalidad sexual habitual, hemos observado que es infrecuente que sea un psicótico, o un insano, ya que conoce la naturaleza y la calidad de sus actos y sabe que son malos. No solo no cometería el hecho si hubiera alguien que lo viera, sino que tampoco lo harían si pensara que corre algún riesgo o posibilidad de ser apresado.

De acuerdo con la "Regla de M'Naghten", una persona carece de responsabilidad penal sólo cuando carece de juicio moral. En los EE.UU. añadieron a la prueba de responsabilidad penal la del "impulso irresistible". Esta prueba se basa en una fórmula desarrollada en 1869 en New Hampshire en el caso Estado/Pike por Isaac Ray y el Juez Charles Doe, donde se hizo una pregunta que quedó como popular: ¿habría sucumbido la persona a ese impulso de tener un policía al lado?

La observación de criminales seriales con motivación sádica no es tan frecuente como se piensa. Tampoco es habitual encontrar insanos (alienados o enajenados de larga data) entre los seriales.

Lo que si es frecuente es hallarlos en la literatura y la bibliografía. Allí se citan ejemplos temibles de asesinos sádicos que degüellan, decapitan, estrangulan, o mutilan a sus víctimas con más o menos ciega impulsividad o con un refinamiento llevado al máximo de crueldad, como ya hemos visto.

Se trata de individuos que suman a la tendencia homicida un auténtico interés sexual sustitutivo de la finalidad sexual adecuada, ya que su sexualidad es deficitaria o permanece insatisfecha.

De ahí que los homicidas suplan esta insatisfacción inasequible, como parece ser el célebre caso del Mariscal de Francia Gilles de Rais (que ya hemos descripto) que pasó de valeroso guerrero y prodigo hacedor de conventos e iglesias a un pedófilo que degollaba luego a sus víctimas para utilizar su sangre en prácticas mágicas y luego quemar sus cadáveres.

Entre ellos, hay que citar también a aquellos que comen parte de la carne de sus víctimas o que beben su sangre, asociando a su sadismo supervivencias de una sexualidad digestiva (mezcla de los instintos de nutrición y reproducción).

Casos célebres como el de Peter Kürten (1883-1931), *el asesino de Düsseldorf*, que fue juzgado por nueve crímenes y que confesó muchos más, había comenzado sádicamente su carrera delictiva torturando animales en la infancia y

a los nueve años realiza su primer crimen cuando impidió volver a bordo a un compañerito que se cayó de una balsa mientras se estaban bañando. Fue luego agravando sus crímenes al ver que no llegaba al orgasmo con actos de menor violencia. Murió guillotinado en Colonia, Alemania.



Peter Kürten



Cayetano S. Godino

Otro ejemplo que hemos tenido en la Argentina fue Cayetano Santos Godino, más conocido por su apodo *Petiso orejudo* (1896-1944), fue un asesino en serie sádico que asoló su país con sólo 16 años, siendo uno de los mayores sociopatas en la historia Argentina.

A principios del siglo XX fue responsable de la muerte de cuatro niños, siete intentos de asesinato y el incendio de siete edificios. Tras ser detenido confesó cuatro homicidios y numerosas tentativas de asesinatos. En una primera instancia, Santos Godino fue declarado irresponsable y se lo recluyó en el Hospicio de las Mercedes, en el pabellón de alienados delincuentes, donde atacó a dos pacientes. Uno estaba inválido en una cama. Otro se movía en silla de ruedas. Después intentó huir. Lo trasladaron entonces a la Penitenciaría Nacional de la calle Las Heras. Finalmente, en 1923 se lo trasladó al Penal de Ushuaia (*Cárcel del Fin del Mundo*).

En 1927 los médicos del penal le hicieron una cirugía estética en las orejas, porque creían que allí radicaba su maldad (teoría lombrosiana). Obviamente este tratamiento radical no sirvió de nada.

En 1936 pidió la libertad y se la negaron: de los dictámenes médicos elaborados por los médicos forenses de la época, Dres. Alejandro Negri y Amador Lucero y los doctores José A. Esteves y Domingo Cabred, se concluye que "*Es un imbécil o un degenerado hereditario, perverso instintivo, extremadamente peligroso para quienes lo rodean.*" De su vida de recluso se sabe poco. Apenas alguna anécdota como la siguiente: en 1933, consiguió detonar la furia de los presos porque mató al gato mascota del penal arrojándolo junto con los leños al fuego; le pegaron tanto que tardó más de veinte días en salir del hospital.

Las circunstancias de su muerte, ocurrida en Ushuaia el 15 de noviembre de 1944 siguen siendo nebulosas. Se presume que murió a causa de una hemorragia interna causada por un proceso ulceroso gastroduodenal, pero se sabe que había sido maltratado y, con frecuencia, violentado sexualmente. Sobrellevó los largos días de la cárcel, sin amigos, sin visitas y sin cartas. Murió sin confesar remordimientos.

En general lo que se observa es que el delincuente sádico usa la violencia como medio para conseguir lo que quiere (dinero, poder, sexo, etc.).

La humillación de la víctima y el causarle dolor se constituye en el componente integral de su satisfacción sexual (verdadero sadismo) (6, 8, 15, 19, 23, 27, 33, 34, 37, 38, 39, 43, 46, 52, 59, 61, 62, 73, 77, 79, 81).

## 5. La criminodinamia

El asesino serial suele presentar una secuencia psicopatológica en su accionar delictivo.

El proceso se suele iniciar cuando el potencial asesino empieza a recrear su mundo de fantasías disociando su conducta externa que aparece como normal de su introspección psíquica alterada. Sus sueños diurnos de destrucción y muerte van debilitando progresivamente su contacto con la realidad.

La idea criminal se va tornando insistente por lo que comienza una búsqueda imperiosa de la posible víctima de acuerdo a sus necesidades fantaseadas hasta que termina marcando la "presa" que coincide con su "patrón interno".

Comienza así una etapa de seducción. Por su perfil psicopático siente un placer especial en seducir a sus víctimas para atraerlas hacia sí, transmitiendo una aparente confiabilidad lograr así cierta intimidad.

Posteriormente se lanza a la captura de la presa a través de crear temor en ésta, juego que realimenta su placer criminal.

El asesinato propiamente dicho es comparado al clímax erótico sexual. El asfixiar, golpear, herir, quemar, envenenar, etc., de acuerdo a las preferencias homicidas suelen ir asociadas o ser equivalentes a un orgasmo. Previo al acto homicida suele ser común la tortura (motivación parafilica sádica).

Como ocurre con el orgasmo sexual, el placer que conlleva suele ser efímero, razón por la cual el asesino suele guardar algo de la víctima que le rememore el acto. Puede recrear de esta manera la escena con posterioridad, así como el placer obtenido. No es tan infrecuente la necrofilia posterior a la muerte como forma de obtener ese cuerpo (necrofilia homicida).

Luego del hecho delictivo el serial suele presentar un periodo de acalmia, como un período refractario de su sexualidad, acompañado de un estado de lasitud que puede llegar hasta la depresión y aun a un eventual intento de suicidio. Si supera este momento aparece un impulso recurrente de renovado deseo de cometer un nuevo hecho (31, 46, 53, 55, 74, 75).

## 6. Algunas reflexiones sobre la experiencia personal

Las reflexiones que verteremos en este trabajo son el producto de las investigaciones de casos de agresores sexuales en los últimos 20 años, en el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional Argentina, a propósito de la tarea pericial que se nos ha encomendado como médico forense (43, 50, 59, 60, 63, 64, 69, 70, 73, 76).

No se puede estudiar y comprender los delitos sexuales sino se parte de un mínimo de conocimiento sobre lo que significa la sexualidad en la conducta de cada individuo.

Se observa frecuentemente que estos delitos son cometidos por individuos que por su conducta sexual habitual pueden ser considerados "normales" desde el punto de vista psicojurídico, y la manifestación de esa conducta sexual delictiva está ligada a una biografía personal más las circunstancias ambientales condicionantes o desencadenantes.

Por supuesto que también estos delitos los pueden cometer perturbados sexuales (disfuncionales y/o parafilicos o desviados) pero, debe quedar en claro que estas perturba-

ciones sexuales por sí mismas, por lo menos en la inmensa mayoría de ellas, no están contempladas como delitos por el Código Penal vigente.

En el mes de mayo de 1999 se cambió el Código Penal en cuanto a las figuras tipificadas como delitos sexuales, razón por la cual conductas sexuales delictivas como la violación, el abuso deshonesto, el estupro, etc. del código anterior fueron modificadas, más en su denominación y en las penas establecidas, que en su contenido.

Así tenemos que, el inciso 1° del artículo 1 de la Ley 25.087 sustituye la rúbrica del Título III del Libro II del CPA "Delitos contra la honestidad", por la de "*Delitos contra la integridad sexual*".

En la actualidad surge la denominación de *abuso sexual* que está representado por cuatro figuras que se contemplan en los artículos 119 y 120 del CPA. En el artículo 119 figuran tres: el abuso sexual simple, el abuso sexual agravado (sometimiento) y el abuso sexual con acceso carnal. En el artículo 120 surge: el abuso sexual por aprovechamiento de la inmadurez sexual. Estas figuras reemplazan las antiguas de abuso deshonesto, estupro y violación. El abuso sexual agravado fue incorporado en esta modificación (35, 47, 51).

Debemos distinguir, por lo tanto, el desviado sexual (parafilico) del delincuente sexual (trasgresor de normas jurídicas). A manera de ejemplo, un exhibicionista puede ser un delincuente y un parafilico; un masoquista puede ser un parafilico y no ser un delincuente, un proxeneta puede ser un delincuente y no un parafilico; un sádico puede ser un parafilico y puede ser o no un delincuente, etc.

La imagen del sexópata agresivo y compulsivo, insaciable en su necesidad de ultrajar, violentar y/o asesinar a sus víctimas, no es un hecho habitual o común dentro de la delincuencia sexual. La mayoría de los agresores sexuales no matan a sus víctimas, solamente *disfrutan o gozan con el placer* que le determina su conducta sexual delictiva.

Existe una variedad de conductas eróticas, que generan en el agresor sexual la conducta delictiva, conductas que tal vez, para la mayoría de las personas, resultan de difícil comprensión.

Por otra parte, hay personas que tienen un patrón de conducta erótico no convencional, que les resulta imprescindible para su estimulación sexual y que para la mayoría de las personas resulta repulsivo o cuando menos incomprensible, pero que no necesariamente configuran un delito, ya que para ello ocurriera tal conducta debe estar tipificada en el código como delictiva antes de su ejecución.

Si bien no existe discusión sobre que las conductas eróticas que dañan a alguno de los participantes en el acto erótico, deben ser prevenidas, tratadas y desde luego, consideradas como problemáticas; no surge el mismo acuerdo sobre las conductas eróticas en las que no se hace daño a nadie, deban ser tratadas sin el consenso del sujeto portador de las mismas (por ej. el fetichismo). En lo particular pensamos que cuando un ser humano tiene restringida su libertad de encuentro erótico con otro, está preso de un patrón de conducta que le priva de la rica experiencia amorosa, es deseable que le sociedad le ofrezca la posibilidad de tener libre acceso a los diversos enfoques terapéuticos (42, 44, 46, 48, 57, 59, 60, 64, 70, 76).

Una vez configuradas *las parafilias* (más de seis meses de evolución), se caracterizan por impulsos o fantasías sexua-



les intensas relacionadas con objetos, niños, personas, o bien por el sufrimiento o la humillación real propia o de la pareja. La gravedad de las parafilias depende del grado de actuación y del nivel de perturbación. Pueden expresarse con distinta intensidad y con diferente modalidad (38, 39, 41, 42, 45, 46, 57, 60, 64, 65, 71, 72, 73, 76).

Una mención especial debemos hacer con referencia a la problemática social en que se pueden encontrar involucrados los homosexuales y/o travestistas, circunstancias que pueden llegar hasta los asesinatos de gays.

Dijimos que tanto la *homosexualidad* como el travestismo no constituyen "per se" delitos, ya que el CPA no los tipifica como tales, por lo tanto no debe considerarse al homosexual o al transvestista como delincuentes por el solo hecho de ser tales.

Existen homosexuales que cometen delitos al igual que los heterosexuales. Las conductas sexuales de algunos homosexuales (tal vez debido a la marginación social o a que muchos presentan trastornos psíquicos) pueden ser consideradas socialmente peligrosas o por la estructura de su personalidad ser portadores de un estado peligroso predelictual.

En estos casos la comisión directa de delitos motivados por una estructura emocional inestable, como la que se observa en los casos de homicidios o lesiones entre homosexuales por celos o venganza que en la mayoría de los casos presentan la peculiaridad de ser más violentos y sangrientos que los denominados "pasionales" cometidos por heterosexuales. Según los criminólogos los "celos" entre homosexuales juegan como un elemento de máxima peligrosidad. También los homosexuales pueden delinquir (igual que los heterosexuales) para satisfacer sus necesidades y/o apetencias sexuales, tal es el caso de la corrupción, el abuso sexual, el exhibicionismo, etc., sobre todo cuando tienen una estructura psicopática al igual que algunos heterosexuales. El escritor ensayista y antropólogo francés Georges Bataille (1897-1962) dijo: "*En los crímenes amorosos entre homosexuales varones puede verse la pasión más extrema del alma femenina, conjugada con la pulsión más brutal del cuerpo masculino en furia*".

Los *homosexuales prostitutas* (por lo general bisexuales), por ejemplo, algunos de los llamados "taxi boys", a veces generan conflictos sociales y conductas delictivas ya que suelen algunos extorsionar a los homosexuales que abonan sus servicios, robar y hasta matar cuando no logran sus objetivos.

Se han observado casos de "homosexuales latentes o reprimidos" que temen por sus inclinaciones eróticas y, que matan a otros homosexuales en serie como una actitud "reivindicatoria social" y como reaseguro frente a su virilidad cuestionada por terceros.

Los casos de asesinato de homosexuales suelen ser frecuentes. En particular tuvimos oportunidad de hacer las pericias psiquiátricas a tres "taxi boys" que fueron condenados a entre 10 y 15 años de prisión por ultimar en su departamento de Palermo al relacionista Claudio "la Clota" Lanzetta, de 38 años en 2002 y que era un personaje de la noche porteña muy relacionado con la farándula. Le pegaron un tiro en la cabeza y lo dejaron atado a una silla. Esa madrugada, Lanzetta había llegado a su departamento con su amigo "Guga" Pereyra y otros dos hombres. En un momento, uno de ellos salió a la calle y volvió con dos cómplices armados. La víctima recibió el balazo cuando lo amenazaban para que les entregara dinero.

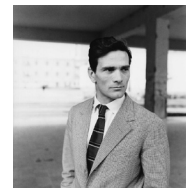
Otros casos resonantes de víctimas homosexuales a nivel internacional fueron el del cineasta italiano Pier Paolo Passolini en una madrugada romana de 1975 en manos del taxi boy de 17 años Giuseppe Pelosi.



Claudio "la Clota"  
Lanzetta



Gianni Versace



Pier Paolo Passolini

Una mañana de julio de 1997 fue asesinado en Miami el diseñador de modas Gianni Versace en las escalinatas de su mansión por el seductor psicópata serial Andrew Phillips Cunnanan quien se suicida de un balazo en la boca unos días después.

Por lo tanto, ante la posibilidad de diagnosticar un delito sexual con características parafilicas se debe tener que distinguir que:

1. No se trata de justificar los *comportamientos parafilicos* y aún menos las psicopatías sexuales, pero la condenación por el hecho de tenerlos, si no transgreden pautas legales, si se viven en la privacidad y no perjudican a terceros, es una *intolerancia social*.

2. Todo consiste en hacer que el sujeto tome conciencia de que debe vivir su sexualidad parafilica con los mismos  *criterios de responsabilidad* que los que presiden el ejercicio de la sexualidad convencional. Nadie es responsable de sus tendencias, es solamente responsable de las formas como las vive.

3. La *parafilia* no es una elección, sino un destino, pero ésta, al igual que la sexualidad convencional, se debe ajustar a las pautas normativas de convivencia en el respeto por el otro.

Por otra parte, las perturbaciones sexuales cuantitativas o *disfunciones sexuales* si bien pueden tener incidencia en las conductas delictivas de algunos individuos, su frecuencia es menor y menos significativa que en las parafilias (41, 42, 44, 45, 46, 50, 57, 59, 60, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 76, 77, 81).

En la *psicogénesis de la conducta sexual delictiva*, desde cualquier perspectiva que se enfoque el tema de la conducta sexual delictiva, se plantean dos interrogantes comunes a cualquier delito:

1. la personalidad del individuo que delinque y
2. qué se hará psicossocialmente luego con el delincuente.

El individuo que delinque cualquiera sea su forma tiene una personalidad. La significación y la intencionalidad de la conducta constituyen un todo organizado (portador de un sentido) que se dirige a un fin (41, 42, 44, 45, 46, 50, 57, 59, 60, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 76).

Diremos entonces que la conducta sexual delictiva es una conducta concreta del individuo, expresión de su relación con la víctima en un lugar (espacio) y en una fecha (tiempo) determinados.

De la observación en el CMF como perito médico psiquiatra he visto que el 80 al 90% de los delincuentes sexuales no presentan signos de alienación mental, es decir que,

hasta que se demuestre lo contrario, son jurídicamente imputables.

De ellos, alrededor del 30% de los delincuentes sexuales no se le detectan groseros trastornos psicopatológicos de la personalidad y su conducta sexual aparente, presenta o aparece con visos de adecuación al medio social; es lo que llamamos "*parafrenia sexual*", es decir, se observa una disociación conductual entre la vida privada y la pública, y esto es de capital importancia para comprender el accionar delictivo del agresor sexual.

A esta disociación, dijimos, la denominamos "*parafrenia sexual*", haciendo una analogía con la forma delirante que se observa en algunos psicóticos crónicos en que, existe una bipolaridad entre los núcleos delirantes encapsulados que no se manifiestan explícitamente si no se los explora y, el discurso habitual del paciente que presenta aparentes visos de mantener un juicio de realidad en el contexto social.

El resto de éste grupo (el otro 70%) está compuesto por individuos con trastornos de la personalidad con conductas psicopáticas y/o antisociales con o sin perturbaciones sexuales manifiestas (disfunciones y/o parafilias o desviaciones).

El grupo minoritario (10 al 20%) está compuesto por individuos que presentan graves problemas de personalidad de características psicóticas alienantes en su gran mayoría jurídicamente inimputables.

De manera tal que, para poder realizar una pericia médica sexológica correcta sobre un delincuente sexual, en este caso delincuente serial, debemos partir de la realización de una buena semiología de la conducta delictiva (41, 42, 44, 45, 46, 50, 57, 59, 60, 64, 65, 68, 69, 70, 72).

## 9. Conclusiones

Los delitos sexuales los pueden cometer perturbados sexuales (disfuncionales y/o parafilicos o desviados) pero debe quedar en claro que estas perturbaciones sexuales por sí mismas, por lo menos en la inmensa mayoría de ellas, no están contempladas como delitos por el Código Penal vigente.

Desde cualquier perspectiva que se enfoque el tema de la conducta sexual delictiva se plantean dos interrogantes comunes a cualquier delito: 1) la personalidad del individuo que delinque y 2) qué se hará psicosocialmente con él luego de su procesamiento.

La valoración medico-legal de los delitos de origen sexual supone poner en relación el tipo de delito cometido,

con la personalidad del delincuente, valorando como ya es habitual su capacidad de comprensión y la voluntad de ejecución (art. 34, inc. 1° CP).

La primera suele estar conservada en todos los trastornos psicosexuales salvo el caso de algunos oligofrénicos, en demencias con trastornos orgánicos de la personalidad y ocasionales cuadros psicóticos. También debe valorarse la situación del conocimiento bajo la influencia de sustancias tóxicas preferentemente el alcohol y drogas. En general lo único que hacen los tóxicos es aflorar la patología de base, por lo tanto en la mayor parte de las ocasiones el sujeto conoce lo que realidad y el valor antijurídico de su conducta.

No se trata de justificar los comportamientos parafilicos y aún menos las psicopatías sexuales, pero la condenación por el hecho de tenerlos, si no transgreden pautas legales, es una intolerancia. Todo consiste en hacer que el sujeto tome conciencia de que debe vivir su sexualidad parafilica con los mismos criterios de responsabilidad que los que presiden el ejercicio de la sexualidad convencional.

Nadie es responsable de sus tendencias, es solamente responsable de las formas como las vive. La parafilia no es una elección, sino un destino, pero ésta, al igual que la sexualidad convencional, se debe ajustar a las pautas normativas de convivencia en el respeto por el otro.

La posibilidad de reincidencia en los delincuentes sexuales es alta, a pesar de los intentos rehabilitatorios. Ello no amerita justificar que no se deba intentar todo tipo de recurso terapéutico con los que cuenta la medicina y la psicología actual.

El mayor o menor éxito que se logre en dicho intento dependerá de innumerables factores y para ello, se debe tener en cuenta que la conducta delictiva sexual debe estudiarse en función de la personalidad del individuo y su contexto socio-cultural, buscando siempre su significación (sentido) relacionando la vida del sujeto y las situaciones concretas en que dicha conducta se manifiesta dentro de su ambiente.

Por último, debemos recordar que trabajar con ofensores sexuales genera en los especialistas mucha frustración, atento a las características psicopatológicas de estos sujetos, el aleatorio logro de rehabilitación que se suele obtener y el escepticismo que despierta en los colegas, que se asocia al descreimiento social, sobre la eficacia de los tratamientos que se intentan, sobre todo por la observación cotidiana de casos de reincidencia de los que se hace eco los medios sociales y el periodismo ■

## Referencias bibliográficas

1. Abraham S, Passini W. Introducción a la Sexología Médica. Barcelona, Ed. Grijalbo, 1980.
2. Achaval A. Delito de Violación. Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, 1979.
3. Achaval A. Manual de Medicina Legal. Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, 1988.
4. Alvarez Gayou JL. Sexología Integral. México, Manual Moderno, 1986.
5. Alzate H. Sexualidad Humana. Bogotá, Ed. Temis, 1988.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Breviario criterios diagnósticos. Buenos Aires, Masson, 1995.
7. Bonnet EPF. Medicina Legal. 2ª ed. Buenos Aires, López Libreros, 1980.
8. Bruno A, Tórtora G. Las psicopatías. Su revisión conceptual. Implicancias psiquiátrico forenses. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1996; 2 (4): 233-254.
9. Cabello V. Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Buenos Aires, Ed. Hammurabi, 1984.

10. Delgado Bueno S. *Psiquiatría Legal y Forense*. España, Ed. Colex, 1995.
11. Eysenck H. *Sexo y personalidad*. Barcelona, Ed. Cátedra, 1982.
12. Elbert CA. *Manuel Básico de Criminología*. Buenos Aires, Eudeba, 1998.
13. Freedman AM, Kaplan H, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Ed. Salvat, 1982.
14. Flores-Colombino A. *Cuadernos de Sexología*. Montevideo, Ed. Punto Laser, 1988.
15. Fontan Balestra C. *Delitos sexuales*. Buenos Aires, Ed. Arayú, 1953.
16. Frias Caballero J. *Inimputabilidad penal*. Buenos Aires, Ediar, 1981.
17. Gilbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª ed. Madrid, Masson, 1998.
18. Göppinger H. *Criminología*. Madrid, Ed. Reus, 1975.
19. Garona J. *Violación, estupro y abuso deshonesto*. Buenos Aires, Ed. Lerner, 1971.
20. Giese H, Gebssel J. *Psicopatología de la Sexualidad*. Madrid, Ed. Morata, 1968.
21. Gimbernat E, et al. *Sexualidad y Crimen*. Madrid, Instituto Editorial Reus, 1969.
22. Gusmao Crysolito de. *Delitos sexuales*. Buenos Aires, Ed. Bibliografía, 1958.
23. Ingenieros J. *Criminología*. Buenos Aires, Elmer Editor, 1957.
24. Kaiser G. *Estudios de Psicología Criminal*. Vol. XVII "Criminología". Madrid, Espase Calpe, 1978.
25. Karpmann B. *El crimen sexual, sus motivaciones*. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1972.
26. Karpmann B. *El delito y los delincuentes sexuales*. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1972.
27. Kvitko LA. *La violación*. México, Ed. Trillas, 1988.
28. Laplaza F. *Objeto y Método de la Criminología*. Buenos Aires, Ed. Arayú, 1954.
29. López Ibor JJ. *El Libro de la Vida Sexual*. Madrid, Ed. Danae, 1970.
30. Mc Cord L. *El Psicópata*. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1967.
31. Masters W, Johnson V. *El vínculo del placer*. Buenos Aires, Ed. Grijalbo, 1977.
32. Mc Cary J. *Sexualidad Humana*. México, Ed. Manual Moderno, 1978.
33. Moras Mom J. *Los delitos de violación y corrupción*. Buenos Aires, Ed. Ediar, 1971.
34. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor, 1992.
35. Osorio, Florit. *Código Penal de la República Argentina*. Buenos Aires, Ed. Universidad Bs As, 1999.
36. Pellegrini R. *Sexuología*. España, Ed. Morata, 1966.
37. Raffo O. *La muerte violenta*. Buenos Aires, Ed. Universidad Bs As, 1980.
38. Romi JC. *Delimitación Conceptual de las Perturbaciones Sexuales*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA. Buenos Aires, 1980.
39. Romi JC. *Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual*. *Rev. Neuropsiquiatría y Salud Mental* 1982; 13 (3): 61-64.
40. Romi JC. *Curva de Autoevaluación Sexológica*. Su aplicación en *Sexología Forense*. *Alcmeón* 1992; 2 (2): 241-266.
41. Romi JC. *Las Parafilias*. Su delimitación conceptual. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis* 1994; 1 (1): 45-49.
42. Romi JC. *Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva*. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis* 1995; 2 (2): 117-130.
43. Romi JC, Bruno A. *Importancia de la semiología delictiva en la peritación psiquiátrico-forense penal*. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1995; 2 (2): 82-91.
44. Romi JC. *El agresor sexual y el Código Penal Argentino*. *La Prensa Médica Argentina* 1995. 83 (4): 304-313.
45. Romi JC. *Las parafilias: Importancia médico legal*. *Revista de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis* 1997; 3 (1): 96-111.
46. Romi JC. *El delincuente sexual serial*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1999; 3 (2): 115-133.
47. Romi JC. *Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2000; 4 (1): 61-83.
48. Romi JC, Eleta G, García Samartino L, Gaziglia M, Gatti C. *Investigación Psiquiátrica Forense de Abuso Sexual*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2001; 4 (1): 53-79.
49. Romi JC. *Autor colaborador de la "Actualización de diagnóstico y tratamiento en Psiquiatría"*, editado por Laboratorio Roche, compilado de 14 fascículos realizado por numerosos autores. *Capítulo desarrollado por el coautor "La conducta sexual. Su psicopatología"* Fascículo N° 12. p. 24-40.
50. Romi JC. *Experiencia psiquiátrico-sexológica en el CMF en peritaciones de adultos sobre casos de presunto abuso sexual infantil*. En: Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. "Estudios y comunicaciones 2000-2001". Libro 43, diciembre 2001. p. 111-118.
51. Romi JC, García Samartino L, Poggi VL. *Los delitos contra la integridad sexual. Consideraciones médico legales*. En: Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. "Cuadernos de Medicina Forense". Año 1, N° 1. Junio 2002.
52. Romi JC, Lazcano R. *La sexualidad frente al consumo de drogas, fármacos y alcohol. Su importancia médico-legal*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2002; 4 (2): 24-39.
53. Romi JC. *La conducta sexual. Su psicopatología*. En: Marchant NF, Monchablon-Espinosa A. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ananké; 2002.
54. Romi JC. *Los delitos sexuales. Factores de riesgo de índole sexual*. En: Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Libro 49. 2002. p. 35-53.
55. Romi JC. *Sexología forense*. En: Patitó J, et al. *Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense*. Buenos Aires: Editorial Quórum; 2003. p. 911-919.
56. Romi JC. *Nomenclatura de las manifestaciones sexuales*. *Alcmeon* 2004; 11 (2): 101-126.
57. Romi JC. *La pedofilia: reflexiones sexológicas y médico-legales*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2004; 4 (4): 42-68.
58. Romi JC. *Los trastornos psicosexuales y los delitos*. En: Stingo N. *Temas de Actualización en Psiquiatría Forense*. Laboratorio Raffo; 2004. p. 147-158.
59. Romi JC. *Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual*. *Vertex* 2005; 16 (61): 213-221.
60. Romi JC, García Samartino L. *Algunas reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores*. En: *Cuadernos de Medicina Forense* del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 3, N° 2 y 3. 2005. p. 93-112.
61. Romi JC. *Bases neurobiológicas de la conducta sexual*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2005; 5 (1): 42-77.
62. Romi JC. *La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2005; 5 (1): 78-108.
63. Romi JC. En: Casullo M, García Samartino L, Godoy LM, Romi JC. *La evaluación psicológica en materia forense*. Buenos Aires: Editorial Ad-Hoc; 2006.
64. Romi JC. *Abuso sexual. Avatares del diagnóstico*. *Revista de Derecho Penal y Procesal Penal* 2006; 1744-1753. Lexis-Nexis.
65. Romi JC. *El travestismo: Implicancias sexológicas, médico-legales y psicosociales*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2006; 5 (2): 33-54.
66. Romi JC. *La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexológico y médico legal*. *Alcmeon* 2006; 13 (2): 5-28.
67. Romi JC. *La problemática médico legal de la prostitución en la Argentina*. *Revista de Derecho Penal y Procesal Penal* 2007; 1519-1545. Lexis Nexis.
68. Romi JC. *Las perturbaciones sexuales. Críticas a su inclusión como trastornos mentales en el DSM IV-TR*. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2008; 6 (1): 24-49.
69. Romi JC. *Las perturbaciones sexuales como factor de riesgo en la comisión de delitos sexuales*. *Revista de Psiquiatría Forense,*

- Sexología y Praxis* 2008; 6 (2): 40-55.
70. Romi JC. Algunas consideraciones médico-legales sobre la delincuencia sexual. *Vertex* 2009; 20 (83): 40-50.
71. Romi JC. El pluralismo sexual. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2009; 6 (3): 21-39.
72. Romi JC. El fetichismo: reflexiones sexológicas, psicopatológicas y médico legales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2009; 6 (4): 41-58.
73. Romi JC. Agresor sexual serial. A propósito de un caso pericial paradigmático. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2010; 10: 23-27.
74. Romi JC. Alta frecuencia de reincidencia de los delincuentes sexuales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2010; 7 (2): 109-131.
75. Romi JC. Reflexiones sobre las peritaciones de los agresores sexuales. Consideraciones sobre la frecuencia de reincidencias. Diario electrónico. Doctrina MJAR Microjuris.com. Disponible en: <http://ar.microjuris.com/salud.jsp> MJ-DOC-4881-AR.pdf.
76. Romi JC. Algunas reflexiones en torno a las peritaciones sexológicas en el CMF. En: "Cuadernos de Medicina Forense" del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 2 N° 1 octubre 2010: 37-56.
77. Silva D, Torre R. Homicidios seriales. Buenos Aires, Ed. García Alonso, 2007.
78. Soler S. Derecho penal Argentino. Buenos Aires, Tea, 1963.
79. Tieghi O. Delitos Sexuales. Buenos Aires, Ed. El Ábaco, 1983.
80. Tieghi O. Tratado de Criminología. Buenos Aires, Ed. Universidad Bs As, 1985.
81. Torre R, Silva D. Perfiles criminales. Buenos Aires, Dosyna Ediciones Argentina, 2006.
82. von Krafft-Ebing R. Las psicopatías sexuales. Buenos Aires, Ed. Sagitario, 1970.
83. Zaffaroni E. Manual de Derecho Penal. Buenos Aires, Ediar, 1991.

# Enfoque jurídico de los trastornos antisociales de la personalidad

Néstor Ricardo Stingo

*Médico Psiquiatra y Legista*

*Ex miembro del Cuerpo Médico Forense de la Nación*

## Introducción

Creemos que se ha hecho uso y abuso del vocablo “psicopático” al incluir términos psiquiátricos y psicológicos en el lenguaje coloquial. Esto ha provocado la pérdida paulatina de su significado técnico, perdiéndose en precisión lo que se ganó en extensión. El psicópata de ayer es el Trastorno Disocial de la Personalidad de hoy, descrito por la Organización Mundial de la Salud, aunque algunos autores no aceptan la sinonimia que establece entre el trastorno disocial, el antisocial, el sociópata y el psicópata.

No hay nada más difícil que asir científicamente al ser humano. Debemos reconocer que observamos una parte de esta realidad con instrumentos imperfectos. No pocas veces se tergiversan los conceptos y se pierden o declinan el sentido nosográfico de los vocablos psicopato

lógicos, lo cual trae aparejado la perturbación de las posibilidades comunicativas del discurso psiquiátrico-psicológico. No hay nada mejor que buscar el cuadro y el término en sus orígenes pues el recorrido histórico puede ser revelador.

## Delimitación y datos históricos

Este tipo de personalidad parece que es descrito por primera vez, según Millon, por un estudiante de Aristóteles llamado Teofrasto, que se dio a conocer con el acertado retrato de la personalidad: una de ellas, el hombre sin escrúpulos que se corresponde bastante con el concepto actual del antisocial, deudor, embustero, falso y manipulador.

Philippe Pinel, entre 1801 y 1806, describió que algu-

---

## Resumen

Se mencionan los diferentes términos usados a través del tiempo para describir aquellos trastornos de conducta donde prevalecen el egoísmo, la brutalidad, la insensibilidad, la irresponsabilidad, la manipulación y la falta de empatía. Se tienen en cuenta las teorías biológicas, psicológicas y ambientales. Se hace referencia a la importancia de las neuronas en espejo y su valor en relación a la comprensión de los sentimientos. Los criterios para el diagnóstico, marcando las diferencias entre la personalidad psicopática y el trastorno antisocial de la personalidad. Se transcriben algunas sentencias de diferentes tribunales con criterios variados, respecto de la imputabilidad o inimputabilidad de casos cuyo diagnóstico es el de personalidad psicopática. Culminando con el enfoque jurídico, desde la perspectiva civil y la penal, de este tipo de personalidades.

**Palabras clave:** Personalidad psicopática - Datos históricos - Teorías - Neuronas en espejo - Enfoque jurídico.

LEGAL APPROACH OF ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDERS

## Summary

We mention the different terms used over time to describe those behavioral disorders where prevailing selfishness, brutality, insensitivity, irresponsibility, manipulation and lack of empathy. It takes into account the biological, psychological and environmental theories. It refers to the importance of mirror neurons and its value in relation to the understanding of feelings. The criteria for the diagnosis, stressing the differences between psychopathic personality and antisocial personality disorder. Some sentences from different courts with various criteria are transcribed, for the apportionment or insanity of cases whose diagnosis is the psychopathic personality. Culminating with the legal approach of this type of personalities, from a civil and criminal perspective.

**Key words:** Psychopathic - Personality - Theory - Historical data - Mirror neurons - Legal approach.

nos pacientes realizaban actos impulsivos y autopunitivos con su capacidad de razonamiento intacta y tenían conciencia de la irracionalidad de lo que estaban haciendo, denominando a estos casos como “manía sin delirio”, en los cuales parecía que solamente el área afectiva hubiese sufrido daño.

En 1835 James Cowles Prichard (1786-1861), introdujo el término de “Moral insanity”, para referirse a pacientes en los cuales, según lo aclara el historiador G. Berrios, citado por Marietán, él no conceptualiza la insania moral como equivalente al concepto de psicopatía. Según este autor, Prichard crea el término para referirse a trastornos del comportamiento cuya insania característica común era la ausencia de delirio. Y lo hace con una finalidad forense, para poder ubicar dentro de las insanias a enfermedades como la maníaco depresiva sin características psicóticas. Así describe como insanias morales típicas a casos “donde la tendencia hacia la melancolía y la pena es el rasgo característico”.

Para la misma época Benjamin Rush, conocido médico americano, escribió sobre casos que se caracterizaban por una lucidez de pensamiento combinada con comportamientos socialmente condenables, como si tuviesen una alteración moral innata, en los cuales probablemente haya una alteración en el cerebro, relacionadas con las facultades morales de la mente. Estos individuos presentaban un patrón de irresponsabilidad de larga evolución sin sentimiento de culpa ni vergüenza sobre las consecuencias de sus características destructivas.

Koch, a finales del siglo, denominó a este trastorno “inferioridad psicopática”, siendo reemplazado por “personalidad psicopática” aceptada hasta 1952, cuando pasó a formar parte del grupo de los trastornos “sociopáticos” de la personalidad.

En la octava edición de su tratado, Kraepelin, 1909-1915, describió a los psicópatas como personas con déficit de los afectos o de la voluntad. Los dividió en dos grupos, quienes poseían una disposición mórbida que eran obsesivos, impulsivos y desviados sexualmente, y quienes manifestaban peculiaridades en su personalidad. Este grupo fue dividido en: los excitables, los inestables, los impulsivos, los excéntricos, los mentirosos y timadores, los antisociales y los pendencieros. Solo los tres últimos tenían las características de la personalidad antisocial de hoy.

Birnbaum, en 1914, fue el primero en sugerir el término sociopático para designar a este tipo de personalidad. No todos presentaban defectos morales o estaban constitucionalmente inclinados hacia la criminalidad, impidiendo las fuerzas sociales la adaptación y la adquisición de formas de comportamientos aceptables.

Kurt Schneider, 1923-1950, pensaba como Kraepelin, poniendo en relieve que muchos eran delinuentes desde jóvenes y además incorregibles. Sin embargo, consideró que algunos podrían vivir en sociedad de una forma normal, ocupando lugares importantes y con éxito en el mundo empresarial y político.

En su clasificación describió a un individuo con un carácter despiadado, con incapacidad para sentir vergüenza o remordimiento. Estos individuos, fríos, hoscos y brutales en sus crímenes, eran los desalmados. Remarcaba que conocen y comprenden el código moral, pero no lo sienten y son indiferentes a él.

H. Cleckley, en su libro “La máscara de cordura”, de 1941, señala los siguientes criterios como característicos de la conducta de las personalidades psicopáticas: encanto superficial y buena inteligencia, ausencia de ideas delirantes y de otras manifestaciones de pensamiento irracional, ausencia de nerviosismo o de manifestaciones psiconeuróticas, falta de fiabilidad, indigno de confianza, falsedad, mentiras e insinceridad, falta de remordimiento o vergüenza, conducta antisocial inadecuadamente motivada, juicio pobre e incapacidad para aprender de la experiencia, egocentrismo patológico e incapacidad de amar, gran pobreza de reacciones afectivas básicas, falta de un insight específico, falta de respuestas en las relaciones interpersonales, intentos suicidas rara vez materializados, vida sexual impersonal, trivial y poco integrada, incapacidad para seguir cualquier plan de vida y comportamiento fantástico y poco regulable en el consumo de alcohol y drogas. Propuso el término de “demencia semántica” para destacar como característica principal de estos individuos, la tendencia a decir una cosa y hacer otra.

Contemporáneamente, diversos autores y desde diferentes perspectivas aportan al cuadro las siguientes características:

Otto Kernberg postula que el narcisismo patológico es un componente de la psicopatía, ingresando elementos psicodinámicos en el diagnóstico de la psicopatía. El narcisismo no patológico es consecuencia de una buena evolución del Yo, es la aceptación de la realidad, en tanto que la realidad puede ser emplazada para satisfacer las necesidades (libido) dirigidas hacia el exterior y hacia el objeto. Los sujetos que no han podido realizar bien esta formación, el ideal del Yo, por no haber interiorizado suficiente amor y estimación recibida de afuera, muestran defensas narcisistas muy fuertes. No se atreven a dirigir su libido hacia objetos exteriores y consiguientemente se encierran en sí mismos absteniéndose de recibir, precisamente, lo que más les falta. Describe como rasgos característicos: la autorreferencia excesiva, grandiosidad, tendencia a superioridad exhibicionista, dependencia excesiva de admiración por parte de otros, superficialidad emocional, crisis de inseguridad que alternan con la grandiosidad usual, intensa envidia consciente e inconscientemente, mecanismos contra la envidia, tendencia a la explotación, incapacidad de depender de otros, falta de empatía, falta de compromiso en las relaciones interpersonales, es incapaz de mantener una relación afectiva con el entorno, las relaciones son de tipo parasitarias. Mantiene relaciones formales y superficiales con aquellos de los cuales obtiene beneficios económicos o de contención, sus relaciones sexuales están desprovistas de todo tipo de ternura. El individuo con rasgos psicopáticos actúa como si no tuviera conciencia de las consecuencias de su accionar, vive el momento y se observa ausencia de proyecciones en el futuro.

Desde una orientación cognitiva, Beck y Freeman aceptan las características centrales de la personalidad antisocial, pero hacen hincapié en las creencias disfuncionales que modelan el comportamiento social. Estas personalidades se ven a sí mismos como personas solitarias, autónomas y fuertes, algunos creen que han sufrido abusos y malos tratos por parte de la sociedad y por lo tanto justifican la victimi-

zación de los demás. Las creencias centrales son “necesito ocuparme de mi mismo”, “necesito ser el agresor o seré la víctima”, y creer que siempre tienen razón.

Hare, Hart y Harpur, siguiendo la conceptualización de Cleckley, han propuesto en 1991 los siguientes diez criterios para diagnosticar el trastorno de la personalidad psicopática: donde surgen dos factores correlacionados, el primero parece representar una variante narcisista del patrón psicopático que muestra tendencia al egocentrismo, a la superficialidad, al egoísmo y la falta de remordimiento y de empatía. El segundo factor parece estar relacionado con las personas que tienen un estilo antisocial, que comenten actos delictivos desde la infancia, manifiestan una baja tolerancia a la frustración, un frecuente abuso de sustancia, una vida de estilo parasitaria, impulsividad y con frecuencia comportamiento ilegales.

Mc Cord y Mc Cord definieron al psicópata como una persona asocial, agresiva, muy impulsiva que tiene pocos o ningún sentimiento de culpa y que es incapaz de establecer lazos de afecto duraderos con otros seres humanos. Dichos autores señalaron una serie de características de su conducta: asociabilidad, sin obediencia por las reglas, comportamiento errático dirigido por deseos incontrolados, impulsividad, falta de metas estables, deseos fluctuantes, agresividad ante lo que impida la obtención de placer inmediato, escasos sentimientos de culpa, escasez de valores donde lo fundamental es la satisfacción de los impulsos, escasa capacidad de amar, manifestándose como solitario, frío y sin compasión. Los demás son objetos de su propio placer.

Lieberman dice que los psicopatas presentan una falla en la comunicación, ubicándola dentro de las perturbaciones de la pragmática. Su estilo comunicativo es el épico, tratan de involucrar al otro en sus epopeyas con una intencionalidad secreta a su servicio. El mensaje tiene intención de impactar al receptor, transforman las palabras en inoculaciones. Se asemejan a los poetas y los oradores que involucran a los oyentes en sus epopeyas o supuestas causas heroicas, plegándolos incondicionalmente, pero a diferencia de éstos su objetivo es únicamente utilitario. Emiten mensajes muy pobres en información. Está afectada la capacidad metacomunicativa, se mueven sobre la base de falsos supuestos y dan por sentado que las demás personas comprenden exactamente lo que ellos desearon dar a entender. Predominan los componentes agresivos sobre los libidinales. No pueden usar los símbolos verbales. Su lenguaje, por tanto, es la acción. Tampoco pueden integrar los tiempos. Son las personas en las cuales la acción predomina sobre la palabra y el mensaje concreto sobre el simbólico. “El psicópata es un desadaptado social como consecuencia de un déficit de aprendizaje en la comunicación verbal, por ello es que el mensaje carece de la función instrumental de transmitir información”.

Joel Zac manifiesta que la conducta psicopática es básicamente agresiva y antisocial, inmodificable porque no aprenden de la experiencia. Hay antagonismo hacia toda autoridad que los lleva a burlarse de las leyes. La impulsividad hace que la conducta sea imprevisible e irresponsable. Son impacientes, no toleran las demoras ni ningún tipo de frustración. Los afectos aparecen demostrados con actos. El comportamiento es aloplástico, concreto, no simbólico

y tiene generalmente un secreto significado vindicador y taliónico. Tiende a provocar sorpresa y miedo en el otro, y a ser explosivos a intervalos irregulares. Presentan una modalidad especial de valores éticos. Sus *acting out* están dominados por ansiedades paranoides.

Andrea López Matto me aportó gentilmente los conceptos propuestos por Cloninger sobre las bases neurobiológicas de la personalidad, quien plantea una de las teorías de mayor aceptación y para quien el temperamento conforma las respuestas asociativas automáticas a estímulos básicos emocionales que determinan hábitos y habilidades.

Postula cuatro dimensiones temperamentales en íntima vinculación al compromiso de diferentes sistemas de neurotransmisores.

- Buscador de sensaciones o *novelty seeking* (DA).
- Evitador de daño o *harm avoidance* (5-HT y GABA).
- Dependiente de recompensa o *reward dependence* (NA).
- Persistente (5HT y Glutamato).

El buscador de sensaciones se caracteriza por una tendencia heredable hacia la excitación en respuesta a estímulos novedosos. Esto los conduce a realizar conductas exploratorias en busca de recompensa o de evitación de la monotonía, a lo que presentan una significativa vulnerabilidad. Dentro de sus particularidades se encuentran características de exploración, extravagancia e impulsividad. El neurotransmisor implicado sería la dopamina, suficientemente estudiada como responsable de las conductas de búsqueda de placer y riesgo.

El evitador de daño es un grupo con una tendencia también heredada, a responder intensamente a indicadores de estímulos aversivos. De esta forma van aprendiendo a inhibir la conducta con el objeto de evitar el castigo. Serán las personas que evidenciarán como características el pesimismo, el miedo y la timidez. Los neurotransmisores implicados serían aquellos vinculados a las respuestas inhibitorias, evitativas o de extinción, como son la serotonina y el GABA.

El dependiente de recompensa, es un patrón donde la persona muestra una tendencia heredada a responder intensamente a signos de recompensa. Particularmente a signos verbales de aprobación social o sentimental, de los cuales son muy dependientes. Sus características son el sentimentalismo, la apertura y la necesidad de contacto social continuo. El neurotransmisor implicado es la noradrenalina, que está implicado en la adquisición de sensaciones y excitación.

El persistente tendría lugar en aquellos individuos con perfiles característicos en lo referente a lo empresarial, ambicioso, determinado y perfeccionistas. Estarían involucrados la serotonina, como neurotransmisor de excesivo control de impulsos, y el glutamato como responsable de la estimulación permanente y perseverante sin “*shifting*”.

En 1998, Cloninger plantea el siguiente correlato entre los modelos temperamentales y las categorías de la escuela americana que nos interesa en este trabajo: aumento en la búsqueda de novedades y la personalidad antisocial.

Siever se opone a los modelos categoriales como el de Cloninger y propone un modelo dimensional interesante y útil para correlacionar los correlatos biológicos de los tras-

tornos de la personalidad y los grupos de la clasificación americana, ya que numerosos signos y síntomas de estos criterios diagnósticos suelen superponerse. Habla preferentemente de cuatro dimensiones de vulnerabilidad psicobiológica, donde de alguna forma se reordenarían los trastornos según la dimensión implicada:

- Impulsividad-Agresión, produciría una patología de déficit o falta de freno (antisocial, histriónico, narcisista, evitativo).

- Inestabilidad afectiva, donde se compromete fundamentalmente la defensa, las estrategias adquiridas, conflicto inconsciente (borderline, histriónico).

- Desorganización cognitiva, representado por la vulnerabilidad (esquizoide, esquizotípico, paranoide).

- Ansiedad, representado por la sintomatología de vertiente ansiosa (borderline, dependiente, compulsivo, pasivo, agresivo).

La impulsividad puede definirse como la tendencia a responder a estímulos ambientales con un modo agresivo.

La labilidad emocional es provocada por los cambios intensos y rápidos del ánimo, generalmente en respuesta a estresores ambientales.

La organización cognitiva es la habilidad de organizar la información relevante y utilizarla apropiadamente para interactuar con el medio.

La ansiedad se expresa con evidente temerosidad asociada a estimulación autonómica, inhibiendo las conductas asertivas del individuo que la padece.

La escuela americana ordena los trastornos de la personalidad por categorías en tres grupos, que comparten algunos rasgos clínicos: el grupo A incluye tres trastornos con rasgo peculiares, distantes, y excéntricos (paranoide, esquizoide, y esquizotípico); el grupo B incluye cuatro trastornos con rasgos dramáticos, impulsivos y erráticos (antisocial, narcisista, histriónico y borderline); el grupo C incluye tres trastornos que comparten rasgos de temor, miedo y ansiedad (evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos).

El trastorno antisocial engloba a las personalidades que destruyen las relaciones interpersonales, debe ser diagnosticado después de los 18 años de edad debiéndose tener en cuenta los antecedentes éticos, sociales y culturales del individuo. No debe ser confundido con la transculturación producto de la inmigración, o con la expresión de costumbres y valores religiosos o políticos, característico de la cultura original de cada persona.

## Teorías

Como todos los trastornos de la personalidad, el antisocial tiene una etiología multifactorial, con factores de riesgo de diferente significación. Hay factores biológicos como ambientales en el desarrollo de la personalidad antisocial.

Los factores constitucionales aumentan la vulnerabilidad a padecer un trastorno de estas características y determinadas situaciones sociofamiliares y experiencias durante el desarrollo, aumentan la probabilidad de configurar un trastorno antisocial. Entre los factores biológicos hipotéticos que se deben tener en cuenta, se exploran las bases genéticas, los factores neurobiológicos y los niveles de activación.

Hay diferentes estudios que prueban la tesis que un

comportamiento opocisionista entre miembros de la familia sugiere que las disposiciones constitucionales de origen genético desempeñan un papel importante en el desarrollo del patrón antisocial.

Los estudios de gemelos y adoptados indican que hay un efecto ambiental importante en el desarrollo de la criminalidad y la violencia y que en el trastorno de la personalidad hay influencia genética. Tanto los hijos de padres biológicos como niños de padres adoptivos con un trastorno antisocial de la personalidad tienen un riesgo elevado de padecerlo, siendo mayor en el caso de los biológicos.

En los individuos con conducta criminales, antisociales y violentas parece congruente la teoría de una cierta disfunción de los mecanismos inhibitorios del lóbulo frontal. Básicamente se apunta a una disfunción en los mecanismos de procesamiento de la información y de las emociones que se los supone situados en los circuitos de las regiones prefrontal y frontal.

El cambio de comportamiento hacia la dimensión antisocial luego de un traumatismo craneal que interese esa región, lo encontramos en el famoso caso descrito por varios autores, mencionado por Gazzaniga, refiriéndose al libre albedrío y violencia en la conducta criminal. Manifiesta que los criminales que cometen actos reiterados de violencia suelen tener un trastorno antisocial de la personalidad, quienes tienen una conducta social anormal y una falta de mecanismos inhibitorios a menudo asociados con el funcionamiento anormal del lóbulo frontal. Desde el célebre caso de Phineas Gage en 1848, se sabe que el lóbulo frontal cumple una función esencial en la conducta social normal.

Phineas Gage es uno de los pacientes neuropsicológicos más famosos de todos los tiempos. Era un joven capataz de construcción, norteamericano, cuya vida cambió por completo en el verano de 1848. Gage trabajaba para una compañía de ferrocarriles. Tenía a su cargo una numerosa cuadrilla cuyo trabajo consistía en tender una nueva vía a través de Vermont. No era un trabajo fácil, ya que el terreno era accidentado y lleno de roca dura, de modo que había que hacer volar las rocas para ir abriendo camino. Nada volvería a ser igual cuando, una de las cargas le explotó en la cara y la barra de hierro que se usaba para prepararlas, le penetró por la mejilla izquierda, perforó la base del cráneo, atravesó la parte frontal de éste y salió a través de la parte superior de la cabeza. Para sorpresa de la cuadrilla, Phineas Gage no estaba muerto. No sólo eso, sino que además hablaba. Atendido por el Dr. Edward Williams, quien le trató la herida, ante la sorpresa de que Gage hablaba con absoluta normalidad, relatando su accidente de manera racional y ordenada.

La herida se complicó con una infección, pero fue tratado por su médico, el Dr. John Harlow y en menos de dos meses se consideró que Gage estaba curado: su recuperación fue completa, a excepción de una pérdida de visión en el ojo izquierdo. Después del accidente, Phineas Gage ya no fue la misma persona. El amable y trabajador Gage, extremadamente responsable y metódico, con aspiraciones de futuro y respetado por todos los que le rodeaban, ahora era, según el Dr. Harlow, irregular, irreverente, cayendo a veces en las mayores blasfemias, lo que anteriormente no era su costumbre, no manifestando la menor deferencia para sus compañeros, impaciente por las restricciones o los consejos



cuando entran en conflicto con sus deseos, a veces obstinado de manera pertinaz, pero caprichoso y vacilante, carecía de inhibiciones normales, su conducta social era inadecuada, profería expresiones soeces y comentaba cosas de naturaleza sexual en situaciones inapropiadas. Los planes de actuación futura eran abandonados antes de ser preparados.

Las personas cercanas a él ya no lo reconocían. Sus jefes tuvieron que despedirlo. Estuvo trabajando en diversas granjas de caballos, incapaz de mantener un empleo estable durante mucho tiempo. Continuó con sus trabajos precarios en granjas desde Sudamérica a San Francisco, ciudad en la que encontró un hueco entre los vagos y maleantes, trabajando a ratos como jornalero y provocando disturbios en tabernas de mala muerte. Así fue como pasó Gage sus últimos días, puesto que en estos últimos tiempos empezó a desarrollar ataques epilépticos. Murió a los treinta y ocho años, en 1861.

El caso de Phineas P. Gage, es uno de los casos que sugería que daños en el cerebro pueden llevar a cambios en la personalidad y el comportamiento. Aún más, arrojó alguna luz sobre la localización en el cerebro de aspectos tales como la capacidad de planificar el futuro o el sentido de la responsabilidad y en su moral.

Por desgracia no se le practicó la autopsia para determinar la zona exacta del lóbulo frontal que estaba dañada, pero la reconstrucción contemporánea de su cerebro, a partir de las lesiones del cerebro, indica que la lesión se localizaba en las regiones medias y orbitales del cortex prefrontal. Antonio Damasio, especialista en neurociencias de la Universidad de California, manifiesta que los neurofisiólogos que estudian la modificaciones de conducta en los pacientes, intervenidos de tumores localizados en la región orbito-frontal, encontraron cambios del comportamiento, similares a padecidas por Phineas.

La cuestión que se plantea es si los criminales con trastorno antisocial de la personalidad que muestran una conducta social anormal, similar a la de los pacientes con lesiones en el lóbulo frontal, tienen también anormalidades en las zonas prefrontales del cerebro. Para dilucidar esta cuestión, Adrián Raine y sus colegas de la Universidad de Southern California, analizaron el cerebro de 21 personas con trastorno antisocial de la personalidad y los compararon con los cerebros de dos grupos de control, uno constituido por sujetos sanos y otro por sujetos con dependencia a determinadas sustancias (como la dependencia a las sustancias se suele dar asociada al trastorno antisocial de la personalidad, los experimentadores querían cerciorarse de que discernían bien las diferencias cerebrales asociadas sólo con el trastorno antisocial de la personalidad y no con el consumo abusivo de sustancias).

Raine encontró un volumen reducido de materia gris y una cantidad reducida de actividad autónoma en las zonas prefrontales del cerebro de los casos diagnosticados como trastorno antisocial de la personalidad, en comparación con ambos grupos de control.

Parece claro que la delincuencia, la criminalidad y el trastorno antisocial de la personalidad no se heredan, pero sí la disposición de rasgos que pueden impedir en mayor o menor medida el desarrollo de una socialización normal.

Se debe comenzar con el reconocimiento que los fac-

tores biológicos que claramente contribuyen a la etiología y a la patogenia del trastorno dice Gabbard, en su *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*; cita a Cadoret y a Christiansen cuyos estudios aportan datos donde los factores genéticos influyen en el desarrollo de la psicopatía, donde la concordancia para la criminalidad por ejemplo es dos o tres veces más alta para los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. También menciona estudios donde la conducta antisocial del adolescente podía ser causada por la conducta parental negativa y conflictiva.

Se ha acumulado evidencia acerca de los niveles de ácido 5-hidroxi indolacético (5-HIAA), son significativamente más bajos en niños con historia familiar de trastorno de la personalidad antisocial que en aquellos sin dichas historias familiares.

Los niños con déficit de atención e hiperactividad poseen un riesgo significativo para el desarrollo de un trastorno antisocial de personalidad.

El abandono infantil, el abuso físico no sexual puede aumentar la prevalencia de síntomas antisociales, dice Gabbard, que sería la dificultad en la internalización de las normas aportadas por la familia.

Los factores de riesgo son la crianza a cargo de personas sin estabilidad como referente, descuidada, irresponsable y abusadora. Otros factores frecuentes en este trastorno son las alteraciones de conducta en la infancia y las variables sociológicas tales como pobreza, marginalidad, adopción, ilegitimidad, familia numerosa, divorcio y violencia familiar. Los factores genéticos seguramente son relevantes, pero por el momento se desconoce su especificidad.

### **Características clínicas**

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un comportamiento de desprecio y quebrantamiento de los derechos de los demás, de comienzo en la infancia o principios de la adolescencia. Según el ICD 10, el rasgo más llamativo es la disparidad entre las normas sociales prevalentes y el comportamiento. Indica como primer criterio para su diagnóstico la cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, característica esencial de estas personalidades.

En cuanto a la epidemiología, el trastorno se verifica en aproximadamente el 2% ó el 3% de la población general. Es un trastorno común en los varones, que se observa con más frecuencia en los habitantes urbanos de menores recursos económicos.

El núcleo fenoménico central, de este trastorno, es la actuación. La actuación es al trastorno antisocial de la personalidad, lo que la angustia es a la neurosis y el delirio a la psicosis. Dicha actuación trasgrede el orden social instituido. Una de las características fundamentales es el desprecio y la falta de respeto por el derecho de los demás. Al parecer, la experiencia, no les resulta válida para el aprendizaje. Parecen desconocer la honestidad, la fidelidad y la lealtad; responden solamente a códigos propios. Otro de los rasgos es, en algunos casos, la impulsividad. Hay una pérdida de la cautela normal y pueden presentar conductas temerarias e intrépidas. No experimentan culpa por sus acciones, las cuales resultan egosintónicas y son incapaces de sostener relaciones sociales duraderas y creativas. Pueden ser domi-

nantes, generalmente egocéntricos y manipuladores. La fabulación y la mentira son conductas cotidianas. Están presentes como sentimientos básicos la voracidad, la envidia y la venganza. La ausencia de responsabilidad hacia los seres próximos y el rasgo general como la falta de sentimientos de culpabilidad, hace que De Ajuriaguerra les denomine anétopatas, pues no entienden el significado de los conceptos éticos, como el honor, la vergüenza, el pudor y la cortesía.

En la zona de la normalidad, de este trastorno, se puede considerar el estilo aventurero descrito por Oldham y Morris en 1995 y el estilo disidente descrito por Millon y Davis en 1994. El estilo aventurero se caracteriza por ser individuos intrépidos, que viven al límite, desafiando las restricciones y las barreras. Son personas poco conformistas, con su propio sistema de valores, que aman el desafío, piensan que cada uno debe preocuparse por sí mismo, reacios a echar raíces.

El estilo disidente es poco convencional, hace las cosas a su manera y están dispuestos a asumir las consecuencias de su conducta. A veces parecen moverse en el límite de la ley para conseguir sus objetivos. Desprecian la autoridad, no le gusta la rutina y están orientados a la acción del pensamiento independiente, a la inconformidad y al enfrentamiento. Se mueven dentro de los límites jurídicos, obedeciendo al mandato de sus deseos, superan todos los obstáculos con maniobras inteligentes o con acciones no exentas de agresividad o intimidación. Algunos son líderes eficaces preparados para ejercer su autoridad y tomar decisiones.

La OMS lo denomina trastorno disocial de la personalidad y describe las siguientes características:

- a. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía
- b. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales
- c. Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas
- d. Muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento
- e. Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y
- f. Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo y puede presentarse también una irritabilidad persistente.

La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene porque haberse presentado siempre.

Incluye: trastorno de personalidad sociopática, trastorno de personalidad amoral, trastorno de personalidad asocial, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad psicopática.

Los trastornos disociales que describe la OMS se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento conflictivo, agresivo y desafiante. En su conducta se puede apreciar, cuando llegan a situaciones extremas a violaciones de las normas sociales que no serían aceptables para la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. "Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente". Los actos trasgresores de las normas jurídicas no deben ser aislados, deben formar parte de un cuadro que

sirva de base para el diagnóstico, que se configura como una conducta persistente.

Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: "grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes".

## El diagnóstico

Consideramos que una persona que padece un trastorno antisocial de la personalidad se muestra como una persona común, la mayoría de las veces sin ninguna particularidad en especial, que puede manifestarse en forma simpática o agradable, que puede poseer una buena inteligencia, sin rastros de ansiedad, capaz de mantener la calma ante situaciones estresantes, que perturba el orden social, al no poder adaptarse a las normas que rigen las relaciones interpersonales dentro de la sociedad. Su conducta puede ser impulsiva, irresistible, sin mayores reflexiones a fin de satisfacer sus deseos con inmediatez, pues su búsqueda permanente de novedades le impiden poner freno a su accionar. Con el tiempo se destaca la falta de sinceridad y la fiabilidad, la deshonestidad, su incapacidad de amar y la falta de comprensión del sufrimiento ajeno. Genera desconfianza por su irresponsabilidad que impide establecer la previsibilidad de su conducta. Puede tener rasgos narcisistas, paranoides, histriónicos y sádicos, dando lugar a variantes del trastorno, como la clasificación que propone Millon y que explicitaremos a continuación. Algunas veces su conducta es repetitiva, contraproducente y destructiva. Es incapaz de establecer vínculos profundos y significativos, aunque sabe disimular sus sentimientos. No todos tienen sus metas claras y precisas, algunos no puede realizar una planificación a largo plazo de su vida, la misma se establece en forma aleatoria, con objetivos concretos e inmediatos. El núcleo del trastorno radica en las perturbaciones en el plano afectivo, en las relaciones interpersonales y en la conducta. Son personas incapaces de amar, de tener compasión, sentimientos de ternura, de empatizar, es decir de colocarse en el lugar del otro y sentir lo que el otro siente, por lo cual no tiene sentimientos de culpa. Sabe lo que hace pero no siente lo que hace, no se siente responsable y por eso no se arrepiente. Sus relaciones interpersonales están marcadas por la especulación, el engaño y la manipulación, con el objetivo permanente del beneficio personal. Su comportamiento se enmarca en un profundo sentimiento egoísta, no tiene responsabilidad social, no respeta ni asume las normas ni las convenciones, transgrediendo las mismas según sus deseos y necesidades.

Es necesario aclarar que tener algunos rasgos antisociales no amerita el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, ya que éste se inicia en la infancia o en la adolescencia y afecta a la persona en diferentes áreas de su funcionamiento social, que se manifestará según la edad, en la escuela, el hogar, en la universidad, en el trabajo, a medida que va creciendo. Hay que tener en cuenta los síntomas

infantiles, que son predictivos de la personalidad antisocial según Robins (mencionado en el Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock). Los mismos se encuentran en la descripción del trastorno disocial de la infancia del DSM IV-TR.

#### *Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial*

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

#### *Agresión a personas y animales*

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

#### *Destrucción de la propiedad*

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

#### *Fraudulencia o robo*

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

#### *Violaciones graves de normas*

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

- Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de

las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

- Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Especificar la gravedad:

- Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros

- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"

- Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

El trastorno de la personalidad antisocial no es lo mismo que personalidad psicópata, en todo caso sería un extremo que lo delimita la escala de Hare.

La falla fundamental es la falta de empatía, no pueden procesar el miedo, la tristeza y el sufrimiento de las personas. Se encuentra alterado el nivel de los valores como el Psicópata desalmado de Schneider, cuya característica esencial es la ausencia de sentimientos o embotamiento afectivo y de principios éticos, lo que da lugar a personajes inafectivos y amorales. Falta de compasión, de vergüenza, de pundonor, de arrepentimiento, de conciencia moral, cuya conducta es asocial, brutal, despiadado, inhumana, cruel y cuyo modo de ser es hosco, frío y adusto.

Kraepelin los denominaba enemigos de la sociedad o antisociales; F. Scholz los denomina anestésicos morales y los caracterizaba por su anormalidad de los sentimientos, conocen las leyes morales, las ven pero no las sienten y por ello no subordinan a ellas su conducta.

El diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial ganaría en precisión si se redujera estrictamente a los criterios de la OMS y los psicópatas desalmados de Schneider.

Las variantes de la personalidad antisocial de Millon son: los malevolentes, los arriesgados, los defensores de su reputación, los nómadas y los codiciosos.

La variante malevolentes, locución que significa, mala voluntad hacia otro, hostil a él, incluye los individuos, desconfiados, hostiles, con un deseo intenso de venganza, con rasgos que comparten con las características de las personalidades sádicas y paranoideas. Libres de culpa, son mordaces, es decir que tienen una actitud crítica con malignidad, beligerantes y despiadados, como rasgos sádicos y paranoideas, se destaca una mezcla de sobevaloración, suspicacia, hostilidad y brutalidad. Mantiene una imagen de dureza y se conducen en forma insensible, impulsiva y sin miedo. Cuando ocupan posiciones de poder se muestran brutales con los demás para confirmar su autoimagen de fortaleza. Presenta una incapacidad para empatizar con la bondad de otros seres humanos. Son combativos y buscan presionar hasta el final, su meta es la derrota del contrincante. No hacen concesiones y llegaran tan lejos como sea necesario y posible para conseguir sus objetivos.

La variante arriesgado constituye una amalgama entre el antisocial y el histriónico, presenta una incapacidad para

controlar sus comportamientos generalmente peligrosos, conformados por desafíos de características insensatas que ponen en riesgo su vida. Son temerarios, arrojados, audaces e imprudentes. Son aventureros osados e impulsivos con desden hacia la conducta que ejercen sobre los demás. Carecen de disciplina, les atrae la posibilidad de experimentar nuevas aventuras que dan pie a su intrepidez y desequilibrio.

La variante los defensores de su reputación son aquellos que defienden su posición y que necesitan ser reconocidos como invulnerables. Desean convencer a los demás de su poderío, importancia y grandiosidad, es una mezcla de antisocial y la personalidad narcisista. En su conducta se registra la realización de actividades antisociales de riesgo para impresionar y aumentar su reputación. El consumo de sustancias y las luchas entre bandas constituyen parte de esas actividades. Otros rasgos que lo destacan es mostrarse intachable, infranqueable, invencible, indomable, intransigente e inviolable.

La variante nómada son los que buscan huir de la sociedad, por la que se sienten despreciados, rechazados y abandonados: "son como gitanos, vagabundos itinerantes que se han convertido en personas inadaptadas y marginadas socialmente" (Millon). Tienen intensos sentimientos de resentimiento e ira, pudiendo actuar con impulsividad muchas veces de manera brutal. Representa la suma de características de la personalidad antisocial con los rasgos del esquizoide o evitadota. Se creen inútiles, sin valor, desvalorizados, se sienten condenados por la sociedad y deciden instalarse como vagabundos al margen de la comunidad.

La variante codicioso es el prototipo del antisocial; se caracterizan por la presencia de la envidia y el deseo de ser recompensado por los agravios que han recibido. Manifiesta una necesidad imperiosa de amor y el reconocimiento que no tuvo en su infancia. Sin compasión explotan, engañan y manipulan a los demás para obtener sus objetivos. No sienten culpa de sus acciones cuando usurpan y se apoderan de las posesiones de los demás. Los celos, la avidez, la voracidad, el consumo y la ostentación, conforman el mosaico codicioso de esta variante, marcada por el egocentrismo y el desprecio hacia los demás.

Cuando en la historia de los pacientes aparecen comportamientos o rasgos antisociales, es conveniente la aplicación de la escala de Psicopatía de Hare, para determinar la gravedad de la psicopatía, que puede ser ligero, moderado o grave.

### Escala de Psicopatía de Hare (PCL) (Adaptación)

F		2	1	0
I	Locuacidad			
I	Encanto superficial			
I	Sensación grandiosa de autovalía			
I	Mentiras patológicas			
I	Dirección			
I	Manipulación			
I	Falta de remordimiento y culpabilidad			
I	Escasa profundidad en los afectos			

1	Inestabilidad			
1	Falta de empatía			
1	Fracaso de aceptar responsabilidad de las propias acciones			
2	Necesidad de estimulación			
2	Tendencia al aburrimiento			
2	Estilo de vida parásito			
2	Escaso control conductual			
2	Problemas de conducta tempranos			
2	Falta de metas realistas a largo plazo			
2	Impulsividad			
2	Irresponsabilidad			
2	Delincuencia juvenil y revocación de la libertad condicional			
	TOTALES			

**Puntuación:** F 1 = Rasgos centrales de la psicopatía.  
F 2 = Rasgos de inestabilidad.

#### Valoración:

- 2 puntos: cuando la conducta del sujeto es consistente y se ajusta a la cualidad o intención del ítem.
- 1 punto: el ítem se ajusta en cierta medida pero no en el grado requerido para puntuar dos. Existen dudas, conflictos en la información que no pueden resolverse en favor de una puntuación 2, ni tampoco en 0.
- 0 puntos: el ítem no se adecua. El sujeto no muestra el rasgo o la conducta en cuestión que propone el ítem.

**Conclusión:** 10-19: psicopatía leve; 20-29: psicopatía moderada; 30 ó más: psicopatía grave.

### Criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad del DSM-IV-TR

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad

cidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas

7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

Coincidiendo con José Sanmartín, el rasgo principal del psicópata se encuentra a nivel del área de los sentimientos y es la falta de empatía, que significa sentir con otro, sentir lo que el otro siente. En un estudio de imágenes, que menciona, con una tomografía de emisión de positrones: en el cual se tuvo en cuenta a 41 asesinos y 41 personas normales, se detectó baja actividad de la corteza prefrontal, esto permite conjeturar que es probable que la corteza prefrontal de los psicópatas tienen problemas para controlar o inhibir el funcionamiento de estructuras subcorticales, como la amígdala que se pueden disparar al mínimo estímulo ambiental. Estos resultados no se encuentran corroborados por los asesinos en serie, que no presentan una tasa de actividad baja en esta área, -donde se encuentra nuestra capacidad de planificación.

En un estudio de Hare realizado con La Resonancia Magnética Funcional llevado a cabo en la universidad de British Columbia (Vancouver, Canadá), dice "que comienzan a dar pistas interesantes sobre los factores neurobiológicos correlacionados con la psicopatía. El marco de esta investigación es la evidencia del papel crucial que juegan la corteza frontal, ventromedial y dorsolateral en la integración y regulación de la cognición, el afecto y la inhibición de respuestas".

Hare manifiesta: el hecho de que el cortex frontal ventromedial y mecanismos límbicos asociados no funcionan debidamente podría explicar la aparente incapacidad de los psicópatas para experimentar emociones profundas y para procesar eficazmente información de carácter emocional.

Smith (1999), dice que "podría extraer la conclusión de que el comportamiento desinhibido de los psicópatas, incluyendo la facilidad para la violencia depredadora, esta relacionado con una disfunción en la corteza frontal ventromedial (integración cognitiva-afectiva) y en la corteza frontal dorsolateral (inhibición de la respuesta) y/o con una comunicación ineficaz entre éstas y otras regiones del cerebro".

"La conducta del psicópata no se modifica por las emociones que pueden ayudar a inhibir el comportamiento de una persona normal. Para ello los frenos emocionales del comportamiento son débiles y esto les permite cometer actos depredadores y violentos sin ningún escrúpulos" (Hare).

Ante este tipo de experiencia respecto a las personalidades antisociales o disociales se cree conveniente relacionarlo con las Neuronas espejo, que son un grupo de células especiales ubicadas en la región frontal del cerebro que nos permiten lograr entender a los demás, pues nos acercan a saber que hacen, piensan y sienten.

El italiano Giacomino Rizzolatti, de la Universidad de Parma, identifico por primera vez las neuronas espejo. En una zona denominada F5, ubicadas en la corteza prefrontal, muestran sin ninguna duda que la acción y percepción no están separadas en el cerebro, son caras de la misma moneda, inextricablemente ligadas entre sí (es importante recordar que el lóbulo frontal izquierdo con neuronas espejo es el área de Broca, área fundamental para el lenguaje, lo que también respalda la hipótesis evolutiva de que las neuronas espejo, pueden ser elementos críticos en la evolución del lenguaje). Las neuronas espejo nos permiten comprender las intenciones de otras personas, comprendemos los estados mentales de los otros simulándolos en el cerebro y lo logramos por medio de las neuronas espejo. Los estudios avalan que las neuronas espejo codifican las intenciones.

Tenemos empatía con una persona, sabemos como se sienten, porque experimentamos los mismos sentimientos que ellos. Cuando vemos que alguien sufre o siente dolor las neuronas espejo nos ayudan a leer la expresión facial de esta persona y en concreto nos hacen sentir ese sufrimiento o ese dolor. En opinión de Iacoboni, constituyen los cimientos de la empatía y quizás de la moralidad, una moralidad profundamente arraigada en las características biológicas, nos brindan una explicación neurofisiológica plausible de las formas complejas de cognición e interacción social.

Otro investigador, compañero de Giacomino Rizzolatti, llamado Vittorio Gallese, fue el primero en proponer que las neuronas espejos desempeñan un papel tanto en la comprensión como en la empatía respecto de las emociones de otras personas: "señaló el trabajo innovador sobre la empatía que realizó el psicólogo alemán Theodore Lipps a comienzos del siglo XX, trabajo que en retrospectiva, apunta directamente al papel de las neuronas espejo. El término "empatía" es en realidad una traducción del término alemán "Einfühlung", que Lipps en primer lugar para describir la relación entre una obra de arte y el observador. Luego amplió ese concepto para que englobara las interacciones entre las personas: interpretó nuestra percepción de los movimientos de los demás como una forma de imitación interna y utilizó el ejemplo de observar a un acróbata suspendido en la cuerda floja alta, por encima de las butacas del circo. Lipps afirma que cuando miramos al acróbata en la cuerda sentimos que nosotros mismos estamos dentro del acróbata. Su descripción fenomenológica de la observación es predictiva a escala escalofriante del patrón de actividad que muestran las neuronas espejo, las cuales se activan tanto cuando tomamos un objeto como cuando vemos que alguien toma un objeto, como si estuviéramos dentro de esa persona".

Las áreas donde se encuentran las neuronas espejo, la ínsula y las áreas cerebrales emocionales del sistema límbico, en particular la amígdala cerebral, que es una estructura límbica con alta respuesta cuando observa rostros y aumenta su actividad cuando se imita lo que se ve.

La empatía, de la cual carecen los que presentan una personalidad psicopática, juega un papel fundamental en la vida social, permite compartir y comprender emociones, experiencias, necesidades y metas.

Siguiendo la línea de pensamiento ejemplificada por Cleckley, Millon, Cloninger y Hare, que tienen en cuenta a Kraepelin y Schneider, consideramos que las personali-

dades psicopáticas tienen alteraciones a nivel biológico, a veces con disfunciones cerebrales o neuroquímicas, algunos probablemente a nivel de las neuronas espejo, que dificulta la socialización cuando estas personas se encuentran en las etapas del desarrollo.

En un extremo estaría el psicópata con dificultades biológicas, defectos innatos para la socialización y en el otro el antisocial o disocial que no puede alcanzar una socialización adecuada, por una incapacidad parental o ambiental o por que no tuvo las oportunidades para desarrollar una socialización adecuada. En el medio de este espectro se encontrarían la mayoría de los individuos, que poseerían factores de vulnerabilidad personales, que en presencia de factores de riesgos sociales y familiares pueden desarrollar una personalidad antisocial.

## Enfoque jurídico

La conducta antisocial es aquella que va contra las normas sociales consensuadas de una manera tácita en una determinada población o sociedad. Las conductas delictivas son las que están contempladas como tales en los códigos, es decir que están tipificadas.

Como representante de las normas sociales está la ley, por lo se infiere que todas las conductas delictivas son antisociales. Muchas conductas antisociales no están castigadas por la ley (comportamiento agresivo, humillante, impulsivo, explotador, despectivo, cruel y manipulador).

La misma estructura de la personalidad con sus características con su vengatividad y agresividad, impulsividad puede presentar y manifestarse en formas socialmente aceptables y en el límite de la legalidad, solo un pequeño grupo de personalidades antisociales entra en conflicto con la ley.

Desde la perspectiva civil estas personalidades pueden ejercer y gozar de sus derechos.

Son individuos que pueden contraer matrimonio, suscribir contrato, otorgar testamento y realizar toda clase de actos civiles con plena validez. Situaciones en las que estas personalidades, aparte de lograr y obtener un beneficio personal, generalmente perjudicaran a alguien.

Hay circunstancias donde se debe restringir o anular la capacidad civil, de estos trastornos de la personalidad, cuando esta asociado a un cuadro de abuso de sustancias, a la cual muchos son proclives, que le impida controlar o administrar su patrimonio, o dirigir su persona. Los estudios deben adaptarse individualmente, para arribar a la mejor solución posible. La inhabilitación de estos pacientes se encuentra normado en el artículo 152 bis del Código Civil, que expresa: "Podrá inhabilitarse judicialmente:

1. A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio;

2. A los disminuidos en sus facultades cuando sin llevar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio".

La Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, sancionada y promulgada en el año 2010, en su artículo 42, incorpora el artículo 152 ter al Código Civil que expresa: "Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán

fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible".

La misma Ley, en el artículo 43, sustituye el artículo 482 del Código Civil, el que queda redactado de la siguiente manera: "No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial".

Y agrega:

"Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros".

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilitación.

En el ámbito Penal suelen estar involucrados en cualquier tipo de delitos, son los delincuentes por excelencia, principalmente delitos cargados de violencia, en los cuales se encuentra el sello de la crueldad y el desinterés total por el otro. La población carcelaria tiene un alto porcentaje de personalidades antisociales. Aunque no todos los trastornos de la personalidad antisocial llegan a delinquir, ni sus delitos son siempre iguales.

En su carrera antisocial estas personalidades con su indolencia, su deseo de goce de todas clases, su falta de crítica y su confianza en sí mismo los impulsa a incurrir en múltiples ilícitos: como el homicidio, las lesiones, el abandono de personas y el abuso de armas, la calumnia, la injuria, la violación, el estupro, la corrupción, el abuso deshonesto, los matrimonios ilegales, los robos, la extorsión y las estafas, como puede observarse el abanico de las posibilidades delictivas es muy amplio. En oportunidades se refugian en el alcohol y en el abuso de drogas.

No todos los magistrados están de acuerdo con la imputabilidad o inimputabilidad de las personas portadoras de una personalidad psicopática o trastorno antisocial de la personalidad.

## Conclusiones

Como médicos nos vemos en la obligación de extremar nuestros conocimientos científicos y nuestro ingenio ante el examen psiquiátrico de un trastorno de personalidad disocial, tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como del encuadre jurídico, pues debe determinarse la gravedad de su psicopatía.

Desde la perspectiva civil sólo serán incapaces si su personalidad se encuentra deteriorada como para no poder controlar su comportamiento y no poder administrar su patrimonio.

Desde el enfoque penal, nos corresponde decir si estos pacientes han podido dirigir o comprender su accionar en el momento del hecho. Como hemos visto en el transcurso del trabajo, los trastornos de la personalidad antisocial o disocial, con antecedentes infantiles de un trastorno disocial, que alcanzan un puntaje de más de 30 puntos en la

escala de Hare, es decir una psicopatía grave, probablemente tenga alteraciones cerebrales a nivel prefrontal, indicador de la ausencia de empatía, que le impidan un control ético y motor sobre su comportamiento, que lo colocarían en la imposibilidad de dirigir y comprender su conducta ■

## Referencias bibliográficas

1. Arroyo MB, Roca Bennasar M. Trastornos de la Personalidad. Evaluación y Tratamiento. Barcelona, Editorial Masson, 1998.
2. Ayuso Gutiérrez JL, Carulla LS. Manual de Psiquiatría. Madrid, Interamericana Mc Graw-Hill, 1992.
3. Beland H. Alteración del yo debido a procesos defensivos. *Revista de Psicoanálisis* 1987; 44 (4): 797-820.
4. Bergeret J. Los Estados Límites 20 años después. Entrevista. *Vertex* 1990; 1 (1): 47-52.
5. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid, Editorial Meditor, 1992.
6. Damasio AR. Sentir lo que sucede: cuerpo y emoción en la fábrica de la conciencia. Buenos Aires, Andrés Bello, 2000.
7. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1995.
8. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona, Editorial Toray Masson, 1978.
9. Fairbairn WRD. Estudio Psicoanalítico De La Personalidad. Buenos Aires, Ediciones Hormé S.A.E., Editorial Paidós, 1962.
10. Gabbard GO. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica clínica. Tercera edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A., 2006.
11. Gabbard GO. Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos. Tomo II. Barcelona, Ars Médica, 2009.
12. Garza Guerrero C. Problemas de diagnóstico diferencial en personalidades narcisistas: hacia un esquema de diagnóstico integral. *Revista de Psicoanálisis* 1983; 40 (5/6): 1093-1122.
13. Gazzaniga MS. El Cerebro Ético. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, 2006.
14. Gelder M, Gath D, Mayou R. Psiquiatría. Segunda edición. México, Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1993.
15. Hales RE, Yudofsky SC. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Tercera edición. Barcelona, Masson, 2000.
16. Iacononi M. Las Neuronas Espejo. Empatía, Neuropolítica, Autismo, Imitación o Cómo Entendemos a los Otros. Primera Reimpresión. Colonia, Katz Editores, 2010.
17. Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría VI. Volumen 3. 6ª edición. Edición 30 Aniversario. Buenos Aires, InterMédica Editorial, 1997.
18. Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1970.
19. Kernberg OF. Trastornos graves de la personalidad. México, Manual Moderno, 1984.
20. Koldobsky NM. La personalidad, estado actual de la nosología y nosografía. *Vertex* 1994; 5 (18): 268-275.
21. Labrador FJ. Los Modelos Factoriales-Biológicos en el Estudio de la Personalidad. Bilbao, Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer, 1984.
22. Mahler M. Aspectos evolutivos en la evaluación de las personalidades narcisistas y fronterizas. *Revista de Psicoanálisis* 1980; 37 (6): 1241-1254.
23. Millon T. Trastornos de la Personalidad. Más Allá del DSM IV. Barcelona, Editorial Masson, 1998.
24. Millon T, Davis RD. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona, Masson, 2001.
25. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona, Elsevier Masson, 2007.
26. Paniagua C. Neurobiología y Psicoanálisis. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (1): 53-59.
27. Raine A, Sanmartín J. Violencia y psicopatía. Barcelona, Editorial Ariel, 2000.
28. Risso R, Rego A. Psicópatas y Delincuentes. *Vertex* 1991; 2 (6): 291-295.
29. Rolla EH. Reflexiones sobre el concepto de narcisismo y las estructuras llamadas narcisistas. *Revista de Psicoanálisis* 1984; 41 (1): 25-41.
30. Rolla EH. Sobre histeria, caracteres histéricos, psicosis histérica. *Revista de Psicoanálisis* 1986; 43 (5): 965-992.
31. Rubio Larrosa V, Pérez Urdaniz A. Trastorno de la Personalidad. Madrid, Elsevier, 2003.
32. Sanislow CA, Grilo CM, Morey L, et al. Confirmatory factor analysis of DSM IV criteria for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (2): 284-90.
33. Sanmartín J. La Violencia y sus Claves. Tercera Edición. Barcelona, Editorial Ariel S.A., 2001.
34. Stingo NR. Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI. Buenos Aires, Ediciones Norte, 2001.
35. Stingo NR, Toro Martínez E, Espiño G, Zazzi MC. Diccionario De Psiquiatría y Psicología Forense. Primera edición. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006.
36. Suárez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. Tercera edición. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006.
37. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 3ª Edición. Barcelona, Editorial Salvat, 1992.
38. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitaciones del Eje II para Diagnosticar la Patología de la Personalidad en la Práctica Clínica. *Am J Psychiatry* 2000; 3 (1).
39. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, et al. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 161-167.
40. Zazzali JR. Manual de Psicopatología Forense. Buenos Aires, Ediciones La Rocca, 2000.

# Filicidio. Madres asesinas

María C. Zazzi

Perito Psiquiatra del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional

El asesinato de niños ha sido practicado por varias culturas y por distintos motivos, que han ido desde los rituales religiosos, sacrificios y ofrendas, hasta considerarlo un método de control de la población o impedimento de difusión de defectos congénitos.

En la Atenas del período clásico no existía prohibición para que un hombre pudiera vender o matar a sus hijos legítimos, dado que éstos eran considerados una propiedad. Se adjudica a Aristóteles el señalamiento que: "Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En la Roma clásica también se consideraba que "aquel que crea puede destruir lo que ha creado"; el *pater familias*, patriarca familiar, podía decidir si el niño era conservado y criado o dejado expuesto a la muerte.

También en la mitología está presente el tema, en el mito de Medea de Eurípides, en el cual la madre mata a sus hijos por venganza contra su esposo, Jasón.

Raskovsky, citando los trabajos de De Mause, muestra como las culturas han evolucionado en la forma de criar a sus hijos, comenzando en una fase llamada infanticida y continuando con las fases abandonada, ambivalente, intrusiva, socializante y finalmente auxiliadora (14).

En nuestros tiempos, el filicidio sigue constituyendo una de las causas principales de muerte de menores en los países

desarrollados. Resnik, un estudioso del tema, considerado uno de los autores más destacados, remarca la dificultad de hablar con fiabilidad sobre la incidencia de los filicidios en general ya que muchos casos nunca son descubiertos (16).

El análisis científico de la conducta filicida involucra aspectos relacionados directamente con la medicina, principalmente con la psiquiatría, así como con la psicología, la antropología y la sociología. El tratamiento de este delito a nivel de las legislaciones mundiales es muy diverso y existen criterios disímiles en cuanto a su calificación. En nuestro país, en 1994 fue derogada la figura del llamado infanticidio, con una pena privilegiada que contemplaba los móviles del ocultamiento de la deshonra o ilegitimidad del parto. Hace pocos meses, el 08/09/2010 la Cámara de Diputados dio media sanción al proyecto de ley por el cual se modifica el código penal, incorporando nuevamente la figura del infanticidio.

El infanticidio se refiere al homicidio cometido por la madre mientras dura su estado puerperal, y por 170 votos a favor, 29 en contra y 9 abstenciones, los legisladores resolvieron establecer una pena atenuada de 6 meses a tres años de prisión. En la actualidad, pues, falta la palabra del Senado; un crimen de estas características se califica como homicidio agravado por el vínculo.

---

## Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo realizar una revisión bibliográfica del filicidio y sus distintas formas, colocando el énfasis en sus autores, particularmente en los filicidios maternos y en la incidencia de trastornos psíquicos en los autores. Se enfoca el tema desde la perspectiva psiquiátrica forense, con el aporte de una síntesis de dos casos clínicos de mujeres imputadas por este delito, en los que se arribó al diagnóstico de Psicosis en uno de los casos y de Síndrome de Münchhausen en el otro.

**Palabras clave:** Filicidio - Tipos de filicidio - Trastornos psíquicos.

FILICIDE. KILLER MOTHERS

## Summary

This paper aims to conduct a literature review of filicide and its various forms, placing the emphasis on the perpetrators, particularly in maternal filicide and the incidence of mental disorders in the perpetrators. It addresses the issue from the perspective of forensic psychiatrists, with input from a synthesis of two clinical trials of women charged for this crime, in which it arrived at the diagnosis of psychosis in one case and Münchhausen syndrome in the other.

**Key words:** Filicide - Forms of filicide - Mental disorders.



El *filicidio* (*filius*: hijo y *cidium, cide*: matar) es la muerte de un niño provocada por alguno de sus padres. Existen otras denominaciones tomando en cuenta la edad del niño; hablaremos entonces de *neonaticidio*: cuando la muerte se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento (siendo éste un crimen casi exclusivamente cometido por mujeres); *infanticidio*: cuando el niño tiene menos de un año de vida; reservando el término de *filicidio* para los niños que superan el año de edad.

Se considera la existencia de factores de riesgo para cometer filicidio y éstos pueden ser fundamentalmente de orden:

- Psiquiátrico: en relación a los cambios hormonales producidos por el embarazo y la presencia de enfermedad mental.

- Psicosociales: hijos no deseados o problemáticos (retraso mental, trastornos del comportamiento, enfermedades congénitas), los niños nacidos durante crisis familiares, los que son producto de violación o incesto, o donde se dan historias de abuso, maltrato infantil y consumo de sustancias.

También se han establecido señales de alerta en relación al riesgo de comisión de filicidio:

- Presencia de ideación suicida en los padres
- Rivalidad por el afecto de los hijos
- Solicitud de aborto sin justificación médica, violación o incesto

- Madres o padres maltratadores

- Negación u ocultamiento del embarazo

- Presencia de fantasías o pánico filicida

- Preocupación inadecuada por la salud del hijo

- Presencia de síntomas psicóticos en los padres

Sabemos que las mujeres son responsables de la mayoría de los homicidios de lactantes y niños, así como de gran parte de los maltratos físicos hacia éstos. En el presente trabajo he considerado el filicidio analizando, en particular, cuando éste es cometido por la madre y destacando las situaciones clínicas que desde la psiquiatría se pueden relacionar con ello. Se hará mención a dos circunstancias de interés en la evaluación psiquiátrica como son las psicosis postparto o psicosis puerperales y el llamado Síndrome de Münchhausen por poder, por las particularidades de estos cuadros y su potencial letalidad.

Una de las clasificaciones más usadas en los distintos trabajos sobre el tema es la de Resnick, quien toma como elemento clasificatorio el motivo aludido por el agresor independientemente del diagnóstico del mismo y a partir de ello establece diferentes tipos (15):

1. **FILICIDIO ALTRUISTA**. Con 2 subtipos:

- Asociado con suicidio del agresor, concretado por la madre que piensa que la muerte de su hijo y la propia son la mejor o única opción; dentro de esta categoría vamos a encontrarnos con casos de depresión mayor, depresiones psicóticas y otro tipo de psicosis.

- Para aliviar el sufrimiento de la víctima; en estos casos el sufrimiento de la víctima puede ser real o imaginado, relacionándose en este último caso también con la enfermedad mental.

2. **FILICIDIO AGUDAMENTE PSICÓTICO**. Los motivos aparentes no pueden ser explorados. Son cometidos bajo la influencia de alucinaciones, ideas delirantes o epilepsia.

3. **FILICIDIO POR HIJO NO DESEADO**. Más frecuente en neonaticidio, la ilegitimidad del hijo y/o la ausencia de

figura paterna son los motivos más frecuentes en las mujeres. En los varones las dudas sobre la paternidad, los problemas económicos o el considerarlo un obstáculo para su progreso.

4. **FILICIDIO ACCIDENTAL O POR MALTRATO FATAL**. Por causa de maltrato físico, relacionados a arranques de violencia, en los padres o relacionados a una forma violenta de aplicar disciplina al menor. También se incluirían los casos de "zarandeo" en los cuales los padres suelen tener altos niveles de estrés antecedentes de abuso y negligencia en su infancia. Se incluiría también en esta categoría el llamado Síndrome de Münchhausen por poder.

5. **FILICIDIO COMO VENGANZA**. Uno de los padres mata a su hijo como forma de infringir sufrimiento al otro progenitor. Se corresponde con el denominado *Complejo de Medea*, y se relaciona a severos trastornos de la personalidad y relaciones caóticas en la pareja.

A posteriori D'Orban (1979) propone otra clasificación, en la cual considera (18):

- Presencia de Trastorno Mental en el filicida

- Por maltrato

- Por no ser deseado el hijo

- Por misericordia

- Neonaticidio

Como podemos observar, esta clasificación es aún más problemática ya que en ella se superponen diferentes conceptos como la motivación, las características del autor, las de la víctima y los medios.

Resnick realizó una revisión sobre filicidios documentados, encontrando artículos de interés sobre 155 casos, de los cuales 133 se correspondían con su definición de filicidio y los 24 restantes con el concepto de neonaticidio (16).

Los estudios de Resnick permiten establecer los siguientes porcentajes distinguiendo el filicidio materno del paterno (Tabla 1).

**Tabla 1.** Estudios de Resnick sobre filicidios.

Motivación aparente	Filicidio materno Nº/%	Filicidio paterno Nº/%	Total Nº/%
"Altruista" de suicidio	37 (42)	13 (30)	50 (38)
"Altruista" de sufrimiento	12 (14)	2 (5)	14 (11)
Agudamente psicótico	21 (24)	7 (16)	28 (21)
Hijo no deseado	10 (11)	8 (19)	18 (14)
Accidental	6 (7)	10 (23)	16 (12)
Venganza al progenitor	2 (2)	3 (7)	5 (4)
TOTAL	88 (100)	43 (100)	131 (100)

Como podemos observar en un total de 131 casos, 88 fueron cometidos por las madres y 43 por los padres, por lo tanto las mujeres fueron responsables en el doble de los casos estudiados. Surge también de este estudio que los padres predominan en aquellos casos en que tendría menor

participación la enfermedad mental grave, como los ítems de: Hijo no deseado y Accidental; y en Venganza al progenitor, encontrándose éste último más relacionado a trastornos graves de la personalidad. En cambio las mujeres predominan ampliamente en "Altruista" por suicidio y "Altruista" por sufrimiento (tres veces más que los varones) y Agudamente psicótico (casi el doble de casos).

Estos resultados pueden relacionarse con los factores de riesgo de orden psiquiátrico para cometer filicidio que citamos anteriormente, en relación a los cambios hormonales producidos por el embarazo y el desencadenamiento de trastornos psíquicos mayores en relación a éste y al puerperio.

En cuanto a los agresores filicidas en general, podemos mencionar:

- Algunos autores consideran que hasta un 75% de los padres que matan a sus hijos manifiestan algún tipo de sintomatología psiquiátrica

- El filicidio materno es más frecuente y más estudiado

- El puerperio incrementa la aparición de Trastornos Psíquicos

- En el año posterior al parto aumenta la vulnerabilidad para sufrir síntomas psicóticos y depresión.

Varios autores han tratado de establecer, también cuales son las características de las víctimas de filicidio concluyendo que (15, 18):

- No hay diferencias de género

- Los menores de seis meses son los que tienen mayor riesgo

- En el primer día de vida el riesgo es superior (mayor frecuencia de neonaticidios)

- En los casos de niños menores de dos años se encontró una mayor implicación de las madres.

Si bien, como mencionamos en un principio, el filicidio ocurre desde épocas remotas e incluso en determinados momentos ni siquiera fue considerado un delito, en nuestros tiempos nos resulta estremecedor tomar conocimiento de estos hechos y sobre todo de la implicancia en los mismos de la madres, siendo que sería ésta la persona llamada a ser la principal cuidadora del niño. Los datos con que contamos nos llevan a considerar la influencia que podrían tener las llamadas psicosis puerperales en el desencadenamiento de estos hechos. Por lo tanto haremos una revisión de las mismas, dejando planteado el interrogante en cuanto a la existencia o no de este cuadro como una entidad independiente.

Para la psiquiatría, el puerperio tiene una amplitud algo mayor que la que establece el concepto ginecológico y comprende el lapso de seis meses a partir de la terminación del parto abarcando el posparto y la lactancia.

El criterio clásico lo divide en dos etapas:

A. El puerperio inmediato que comprende las 24 horas siguientes al parto y produce en la madre un cierto grado de dispersión de su personalidad provocado por su situación de cambio y que en ocasiones puede llevar algún tiempo más volver a integrarlo. Hay en la madre un estado que se podría llamar de ensoñación, que le permite recibir los mensajes del bebé en forma óptima.

B. Una segunda etapa o puerperio mediato, donde pueden presentarse las llamadas depresiones fisiológicas del puerperio. La primera, puede aparecer entre el tercero y el quinto día, tiene una connotación orgánica (molesta la

episiotomía, se moviliza el intestino y aparece la secreción láctea) y una base psicológica (hay que volver a la casa y atender y entender al niño que depende exclusivamente de ella). La segunda depresión entre los 28 y 32 días después del parto, tiene también una connotación orgánico-emocional. La madre nota una disminución de su secreción láctea, que dura 4 o 5 días y que coincide con la primera ovulación. La tercera depresión se relaciona con la finalización de la lactancia momento en que se establece la verdadera separación entre madre e hijo.

Algunos autores sostienen que estas depresiones fisiológicas del puerperio pueden agravarse y llegar al estado de psicosis.

La gran mayoría de las llamadas psicosis puerperales aparecen en el postparto inmediato, durante la primera semana después del parto.

Hay autores que opinan que no existe una psicosis puerperal específica, o sea una entidad morbosa característica del puerperio, donde puedan incluirse la mayor parte de los trastornos psíquicos que afectan a la mujer a lo largo de los seis meses subsiguientes al parto.

Se estima que el 90% de las psicosis puerperales corresponden a los círculos esquizofrénico y ciclotímico.

Otros autores consideran características clínicas y evolutivas particulares en estos cuadros puerperales que permitirían considerarlos entidades independientes. En este caso se describen las siguientes particularidades:

- Comienzo brusco, en las primeras semanas que siguen al parto, a veces anunciado por preocupaciones ansiosas, pesadillas y agitación nocturna.

- El cuadro habitual, es el de un brote confuso delirante con sintomatología polimorfa y lábil. El trastorno de conciencia puede ser evidente, con desorientación, obnubilación o estupor; o un cuadro intermedio de perplejidad, con ilusiones perceptivas y falsos reconocimientos. El humor, generalmente triste con tonalidad ansiosa, pero los momentos de depresión pueden alternar con fases de excitación eufórica y conductas lúdicas. En sus temas, el delirio puede comportar la negación de la maternidad e incluso del matrimonio, el sentimiento de no pertenencia o de no existencia del niño que coexiste, a veces, con el temor ambivalente de su muerte o la convicción persecutoria de que ha sido cambiado o sustituido.

Los cuadros de agitación o depresión son los que implican el mayor riesgo de conductas suicidas o infanticidas (3, 4, 7, 12, 20).

En el DSM-IV y la CIE-10 no se considera a estos cuadros como entidades autónomas. En el DSM-IV se incluye a estos cuadros dentro de las psicosis reactivas breves, en las cuales existe la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, que no es atribuible a trastornos psicóticos específicos, tóxicos o enfermedad médica. En la CIE-10 se consideran los trastornos psicóticos agudos y transitorios (2, 5).

Del estudio mencionado, realizado por Resnick, tomamos la siguiente tabla en la cual se discriminan ciertos diagnósticos en relación a agresores filicidas; como podemos observar, este autor no consideró entre éstos un cuadro independiente en relación al puerperio (15) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Diagnósticos de agresores filicidas.

Diagnóstico	Madre Nº/%	Padre Nº/%	Total Nº/%
Esquizofrenia	<b>25 (29)</b>	4 (9)	29 (22)
Otras psicosis	<b>22 (25)</b>	9 (21)	31 (24)
No psicótico	10 (11)	<b>10 (23)</b>	20 (15)
Trast. Personalidad	11 (13)	5 (12)	16 (12)
Melancolía	8 (9)	6 (14)	14 (11)
Sin diag. Psiquiátrico	4 (5)	6 (14)	10 (7)
Maníaco-Depresivo	3 (3)	0	3 (2)
Retraso Mental	1 (1)	2 (5)	3 (2)
Neurosis	2 (2)	0	2 (2)
Ideas delirantes	1 (1)	1 (2)	2 (2)
Epilepsia	1 (1)	0	1 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>88 (100)</b>	<b>43 (100)</b>	<b>131 (100)</b>

Mc Grath estudió 115 madres que habían matado a sus hijos. En el 83% de los casos encontró Trastornos Psiquiátricos Mayores, 46% diagnóstico de Psicosis Afectivas y 37% Esquizofrenias. Sólo un 25% de los casos *no* habían recibido tratamiento psiquiátrico con anterioridad al hecho (19).

Stanton y cols. realizaron un estudio sobre 12 mujeres filicidas que presentaban algún trastorno psiquiátrico mayor (19). Éstas contaban con edades entre 20 y 30 años, no vivían relaciones maritales conflictivas, estaban en contacto con profesionales de la salud mental en las fechas de comisión del delito, no referían experiencias vitales extremas (excepto su enfermedad), describían motivación altruista o suicidio extendido.

Estos autores describen también, que en las madres con trastornos psicóticos no suele advertirse planificación y hacen referencia a un repentino impulso de matar, aunque no sintieron que pudieran hacer daño a sus hijos.

Las mujeres con Trastorno Depresivo Mayor refieren distorsiones propias del cuadro, pensamientos de la muerte de sus hijos en los días previos y frecuentemente conciben el asesinato de su hijo en el contexto del propio suicidio.

El Neonaticidio es, como mencionamos, una forma de filicidio prácticamente exclusivo de mujeres y es la única categoría de crimen en que la mujer es autor predominante. En estas mujeres se encontraron algunos rasgos comunes:

- Generalmente menores de 20 años
- Primer embarazo. Producto de breves encuentros
- Soltera
- Bajo nivel socioeconómico y educativo
- Generalmente viven con sus padres
- No cuentan con historial psiquiátrico previo
- Ocultamiento del embarazo
- Acaban con el recién nacido a los pocos minutos de nacer

En cuanto a los medios empleados, el principal es la negligencia; la violencia extrema es inhabitual (aunque en Brasil se describe ésta en el 77,4% de los casos) (18).

### Caso clínico 1.

Víctima: 6 meses de edad, muere por lesiones producidas por caída de altura (2003).

Autor: mujer de 26 años, madre de la víctima, casada, empleada en tareas de limpieza.

Medio empleado: Se arroja de un 5º piso con su hijo en brazos.

La autora sufre traumatismos múltiples, con grave traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento, requiere asistencia médica y hospitalización. Detenida e imputada por infanticidio, es evaluada para establecer su estado mental. Al examen psiquiátrico se describe: amnesia de los hechos. Niega intencionalidad suicida. Presenta síntomas confusionales e hipertimia displacentera como síntomas positivos. Años más tarde se solicita nueva evaluación, para establecer el estado de sus facultades mentales al momento de los hechos según Art. 34 CP (2009). Al examen se la describe tranquila, orientada globalmente, con fallas mnésicas generales y en relación a los hechos, retardo de las funciones psíquicas, ideas concretas, afecto disociado, aplanado. Se describe en los días previos al infanticidio situaciones de estrés laboral con turnos rotativos y falta de sueño, tanto por su actividad laboral como por los cuidados del bebé. No se describen tratamientos y/o trastornos psíquicos anteriores al infanticidio. Se arribó al diagnóstico de: descompensación psicótica - episodio confuso-onírico; psicosis reactiva breve.

Se tuvo acceso a la evolución presentada luego del hecho (2003). Posterior a éste cursó dos internaciones psiquiátricas: 1ª Internación en 2004: mientras cursaba un segundo embarazo y a los dos meses de gestación, presentó síntomas de confusión mental, desrealización y alucinaciones; 2ª Internación en 2005: presentó un episodio de psicosis post-parto.

El concepto de Síndrome de Münchhausen fue propuesto en 1951 por R. Asher y el Síndrome de Münchhausen por poder en 1977 por Meadow. En el Síndrome de Münchhausen por poder, los especialistas hablan de un vínculo perverso y patológico de la madre (o perpetrador), con el personal que asiste a su hijo, existiendo dependencia y fascinación por las explicaciones técnicas, diagnósticos y tratamientos. El perpetrador no busca ganancia secundaria económica, ni reconciliación con su pareja, parecerían impelidos por razones que ni ellos mismos comprenden.

En el DSM-IV se describe como: F68.1 Trastorno facticio (5):

- Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos
- El sujeto busca asumir el papel de enfermo
- Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p.ej., ganancia económica, evitar responsabilidad legal, etc. como ocurre en la simulación).

#### *Trastorno Facticio no especificado*

El individuo produce o simula síntomas o signos a otra persona, que está bajo su cuidado, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo.

Meadow, que ha sido quien identificó este Síndrome, establece señales de advertencia a considerar para el diagnóstico (21, 22):

- Persistencia o recurrencia inexplicada de enfermedades
- Los médicos experimentados indican "no haber visto nunca un caso semejante"
- Los signos o síntomas no se producen cuando la madre está ausente
- Madre excesivamente atenta que no quiere alejarse de su hijo
- Tratamientos ineficaces y/o no tolerados por el niño
- Reacción desmedida de la madre frente a la enfermedad
- Convulsiones que no mejoran con los distintos tratamientos
- Madres con actividades paramédicas
- Ausencia de padre
- Hermanos con enfermedades raras o muerte súbita
- Los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.

Entre las características más salientes de estas madres se menciona:

- Gran destreza para manipular al personal (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales)
- Sobreprotectoras en extremo con el hijo
- Relación simbiótica con el hijo.
- Con trastornos disociativos atípicos y/o personalidad límite
- Depresión, ansiedad
- Agresividad
- Suelen tener conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria.

En los niños se describen las siguientes características:

- Menores de cuatro años
- Sin predilección de sexo
- Tiempo desde comienzo de síntomas hasta diagnóstico, variable. Promedio: 21,8 meses.
- 25% de los casos se conocían hermanos muertos y en 61,3% enfermedades similares o sospecha de SMP.

## Casos clínicos 2 y 3 (Síndrome de Münchausen por poder)

### Caso 2

Causa: Homicidio agravado en grado de tentativa.

Víctima: niña de 7 años, 7 internaciones en su provincia natal, derivada a Buenos Aires por presentar convulsiones que no remiten y depresión del sensorio. En el lugar de internación se sospecha responsabilidad de la madre en la mala evolución del cuadro y se solicita realización de dosajes en sangre de distintas sustancias encontrándose: dosajes positivos para benzodiazepinas y fenobarbital, fármacos que no habían sido indicados por los médicos tratantes. Se registraron entre los antecedentes: 2 hermanas de la víctima fallecidas: una niña fallecida a los 2 años y 3 meses, que sufría convulsiones y atrofia cerebral; una niña fallecida al año y diez meses, quien también presentó convulsiones, insuficiencia renal y fallece por paro cardiorespiratorio.

Imputada: mujer de 28 años de edad, madre de la víctima.

Al examen psiquiátrico-psicológico no se describen síntomas de orden psicótico, timia displacentera, buena memoria, inteligencia media, rasgos narcisistas.

### Caso 3

Causa: homicidio agravado en grado de tentativa.

Víctima: varón, 6 años, comienza al año y 4 meses de edad con convulsiones. Atendido en su provincia natal hasta la edad de 6 años en que es derivado a Buenos Aires. En su internación nunca se objetivaron convulsiones, sí depresión del sensorio y altas concentraciones de fármacos antiepilépticos, que no coincidían con la indicación médica.

Imputada: mujer de 30 años de edad, madre de la víctima. Se registraron entre sus antecedentes: un hijo fallecido. Al examen psiquiátrico-psicológico no evidenció ideación delirante ni otros síntomas psicóticos, fue diagnosticada como Trastorno mixto de la personalidad, con rasgos histéricos, paranoides y narcisistas, nivel intelectual limítrofe, relación vincular de características simbióticas.

**Agradecimientos:** la autora agradece al Dr. Badaracco y a la Dra. Santamaría, miembros del Cuerpo Médico Forense de la Nación, el aporte de materiales clínicos incorporados al presente artículo ■

## Referencias bibliográficas

1. Acuña HR. Disponible en: <http://Parlamentario.com/art-2354.html> 2010
2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, 2002.
3. Ayuso Gutiérrez JL, Carulla LS. Manual de Psiquiatría. Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1992.
4. Bonnet EFP. Psicopatología y Psiquiatría Forenses. Buenos Aires, López Libreros Editores, 1983.
5. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid, Editorial Meditor, 1992.
6. De la Cerda Ojeda F, Goñi Gonzalez T, Gómez de Terreros I. Síndrome de Münchausen por poderes. Cuadernos de Medicina Forense 2006; 43-44.
7. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona, Editorial Toray Masson, 1978.
8. Fridman S, Resnick P. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 137-141.
9. Gabbard GO. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica clínica. 3ª ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2006.
10. Gómez Alcalde MS. Patología Psiquiátrica en el puerperio: Psicosis Puerperal. *Revista de Neuropsiquiatría* 2002; 65: 32-46.
11. González Trijueque D, Muñoz Rivas M. Filicidio y Neonaticidio: Una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense* 2003; 3 (2): 91-106.
12. Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. Volumen 3. 6ª ed. Buenos Aires, InterMédica Editorial, 1997.
13. Laporte L, Poulin B, Marleau J, Roy R, Webanck T. Filicidal women: Jail or psychiatric ward? *Can J Psychiatry* 2003; 48 (2): 94-98.
14. Rascovsky A. El filicidio. Buenos Aires, Círculo del buen lector-Beas, 1992.
15. Resnick PJ. Childmurder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969; 126 (3): 325-334.
16. Resnick PJ. Murder of de newborn: A psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970; 126 (10): 1414-1420.
17. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 811-813.
18. Stanton J, Simpson A. Filicide: a review. *Int J Law Psychiatry* 2002; 25 (1): 1-14.
19. Stanton J, Simpson A, Woules. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child abuse and neglect* 2002; 24 (11): 1452-1460.
20. Stingo NR. Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI. Buenos Aires, Ediciones Norte, 2001.
21. Stingo NR, Toro Martínez E, Espiño G, Zazzi MC. Diccionario De Psiquiatría y Psicología Forense. 1ª ed. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006.
22. Zazzali JR. Manual de Psicopatología Forense. Buenos Aires, Ediciones La Rocca, 2000.

# Vicisitudes en el ingreso y la emergencia de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario

## Luis Ohman

*Médico Psiquiatra y Psicoanalista*

*Director del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave*

*Director del Proyecto de Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal)*

*E-mail: luisohman@yahoo.com.ar*

## Germán Alberio

*Médico especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal*

*Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave*

*Coordinador del Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)*

*Docente autorizado de la Cátedra II de Medicina Legal de la UBA*

*Médico Psiquiatra de planta del Hospital Braulio Moyano*

## Matías Bertone

*Licenciado en Psicología*

*Especialista en Neuropsicología Clínica (Neurobehavioral Institute of Miami, revalidado Colegio de Psicólogos de la Prov. de Bs. As. Distrito XV)*

*Master Universitario en Neurociencias y Biología del Comportamiento (U. Pablo de Olavide)*

*Doctor en Psicología con Orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada (U. Maimónides)*

*Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave*

*Psicólogo de la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)*

## Edgardo Márquez

*Licenciado en Trabajo Social*

*Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave*

*Trabajador social de la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)*

---

### Resumen

En el presente trabajo se realiza una investigación exploratoria sobre la Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal), con el objetivo de estudiar el proceso de cambio que implicó la instauración de un nuevo modelo de atención de la salud mental del paciente psiquiátrico prisionero y las consecuencias de el cambio de paradigma asistencial. Se concluye con el señalamiento que representa dentro de un Tribunal Penal que la situación del paciente-interno sea clarificada y encarrilada rápidamente y, por otro lado, desde el Cuerpo Médico Forense un trabajo de mayor celeridad; en ambos ámbitos, una reducción relativa del trabajo.

**Palabras clave:** Reforma - Servicio Penitenciario - Unidad 20 - Paciente psiquiátrico.

VICISSITUDES OF HOSPITALIZATION AND EMERGENCY IN A PRISON PSYCHIATRIC HOSPITAL

### Summary

This paper evaluates the Reform of the Psychiatrist Central Ward for Men (Unit 20 of the Federal Prison System). The aim is to study the process of adopting a new paradigm for medically assisting psychiatric prisoner-patients and its consequences. It concludes that the medical condition of a psychiatric prisoner should be clarified and referred to the Department of Forensic Medicine by a Criminal Court straightaway, and that the Department of Forensic Medicine should act more promptly. It also suggests the relative reduction in working hours of both teams.

**Keywords:** Reform - Prison system - Unit 20 - Psychiatric patient.

---

## Introducción

Este trabajo es el producto de una investigación exploratoria seria y amplia de la Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal), que estudia exhaustivamente el proceso de cambio que implicó la instauración de un nuevo modelo de atención de la salud mental del paciente psiquiátrico *prisionizado* y sobretodo, las consecuencias de este cambio de paradigma asistencial, donde lo crucial resulta el respeto radical por el enfermo mental encarcelado. Estos pacientes conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, y un grupo de riesgo con “debilidad jurídica estructural”, lo que conlleva la necesidad de una protección especial por parte del derecho y del sistema judicial en su conjunto.

El cronograma de trabajo del presente estudio consiste en desarrollar la propuesta de cambio que implicó el proyecto de diagnóstico y reforma de la Unidad 20 en relación a la atención del paciente psiquiátrico *prisionizado* tras las denuncias efectuadas por Organismos de Derechos Humanos. Y finalmente, revisar la tarea realizada en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP), a través de consideraciones estadísticas y las conclusiones obtenidas en relación a la experiencia inédita que implicó la implementación de este dispositivo asistencial dentro del ámbito penal.

## Materiales y métodos

Este documento científico emplea como fuente la bibliografía y la experiencia cotidiana de quienes suscriben (miembros del equipo interdisciplinario del SOEP) y como método la búsqueda y el análisis de consideraciones estadísticas en relación al funcionamiento del SOEP, dispositivo asistencial de características inéditas en cuanto a su inclusión dentro del ámbito penal e independiente de la autoridad penitenciaria.

El desarrollo incluye un estudio descriptivo y transversal de una muestra de pacientes psiquiátricos *prisionizados* que ingresan en la Sala de Evaluación y Observación Psiquiátrica del Servicio Psiquiátrico Central de Varones.

La muestra (n = 706) fue seleccionada a partir de los sujetos ingresados durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011. El SOEP acoge los ingresos de pacientes procedentes de las distintas unidades penitenciarias federales, e incluso de los tribunales, cuando el sujeto ha sido recientemente detenido y se considera necesaria su evaluación por sospecha de afección psiquiátrica.

La valoración fue realizada durante las primeras 72 horas de ingreso. La información se recopiló a partir de la entrevista inicial del médico de guardia en el momento del ingreso, la historia clínica y la evaluación del equipo de salud mental interdisciplinario del SOEP.

La información de este estudio observacional se centró en los motivos de ingreso al SOEP, las diferentes modalidades de derivación, el diagnóstico efectuado (según DSM-IV), el cumplimiento de los criterios de admisión, la consideración de los problemas de convivencia, el estatuto de la simulación y finalmente, las externaciones.

El objetivo de este trabajo es transmitir la interpretación y análisis del resultado de dicha investigación.

## Resultados

La reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20) constituyó una decisión de estado en materia de una política de derechos humanos.

La perspectiva desde derechos humanos puede pensarse como un atravesamiento relativo a la tarea clínica que toma en consideración a la dignidad como valor.

Hace ya más de tres años se deconstruyó el régimen de aislamiento celular y encierro prolongado en condiciones degradantes y de maltrato que denunciara el Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el *Mental Disability Rights International* (MDRI) entre junio de 2004 y diciembre de 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental.

Hoy existe un nuevo dispositivo, un nuevo paradigma asistencial según el cual el juicio médico prevalece sobre cualquier otra consideración, la cual no sea priorizar el estado de salud del paciente. Estamos en la etapa fundacional de una psiquiatría razonable, calificada, oportuna y ética.

Existe una división de funciones de manera tal que el dispositivo de seguridad depende del Servicio Penitenciario Federal, mientras que el dispositivo de salud mental cuenta con una autonomía relativa, y de soberanía absoluta en la decisión médica.

Se trata de una nueva cultura institucional de respeto radical por el paciente psiquiátrico *prisionizado*. Una nueva cultura y un nuevo paradigma centrado en el sujeto que padece un trastorno psiquiátrico severo, una concepción de la salud mental de carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Así se instaura un nuevo modelo de atención del paciente psiquiátrico *prisionizado* (acorde a la normativa internacional en la materia) en consonancia con las tendencias actuales señaladas por los fallos recientes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto al tratamiento del enfermo mental.

Creemos hondamente en la imposibilidad de abordar situaciones complejas desde marcos cerrados y totalizantes.

El sujeto de nuestro abordaje se caracteriza por su condición de doble vulnerabilidad. Expuesto a una doble condena, por un lado la que deviene de haber cometido un delito, y por el otro, la que deriva de padecer una enfermedad psiquiátrica grave. Es en este sujeto, con estas debilidades estructurales, donde este nuevo paradigma asistencial se propone como prioridad restituir subjetividad (dignidad).

Sintetizando la reforma operada, podríamos decir que ha consistido en los siguientes puntos:

- De identificar una Categoría a entender una Clínica de la Vulnerabilidad.
- De la “neutralización de un ente peligroso” a escuchar el sufrimiento del sujeto.
- De la Institución Total a la Democratización de los espacios.
- De la Desafiliación a la reconstrucción del Lazo

Estas consideraciones marcan el fin de una psiquiatría positivista (peligrosista y clasificatoria), situando el modelo asistencial de la reforma en el horizonte de la construcción de una psiquiatría democrática y de una clínica de la vulnerabilidad (recupera la idea de sujeto) que se propone como prioridad restituir juricidad (dignidad).

En este contexto de crisis y cambio paradigmático, nos interesa abordar las vicisitudes que surgen en el ingreso y en la urgencia de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP).

El ingreso de pacientes en esta "nueva institución" se realiza a través de un servicio de observación, evaluación y diagnóstico centralizada en pacientes agudos y subagudos penitenciarios (de ahora en adelante SOEP dentro del Hospital Psiquiátrico Penitenciario).

Los pacientes ingresan en esta nueva estructura de tipo clínico psiquiátrico como reemplazo definitivo a la modalidad de observación que se tenía en el S.I.T. (Sectores Individuales de Tratamiento).

Al ingreso se le realiza una entrevista con la presencia de por lo menos dos profesionales del equipo de Salud Mental, debiéndose arribar a un diagnóstico presuntivo, una aproximación terapéutica y una derivación acorde al flujograma establecido.

Algunos casos quedarán en el HPP, otros serán inmediatamente derivados a la unidad penitenciaria de origen, mientras que las personalidades anormales con adicciones serán tratadas en una unidad especial de desintoxicación y tratamiento (Anexo 20).

El "Anexo 20" se ubica en el ámbito del Complejo Penitenciario de Ezeiza, con capacidad de 44 plazas, tiene como destino el alojamiento de internos con trastornos de la personalidad severos asociado al consumo de sustancias. Allí se desarrolla el Programa Terapéutico Integral Multidisciplinario (Pro.T.I.M.) con objetivos ligados al tratamiento penitenciario.

La Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica es un dispositivo de atención para los pacientes que son derivados a la Unidad N° 20 del Servicio Penitenciario Federal.

Si bien existen experiencias en la Argentina con esta modalidad de atención, es inédito en cuanto a su inclusión en un Hospital Psiquiátrico que funciona en una unidad penitenciaria.

La Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica es una construcción bajo el modelo de una Cámara Gesell, que dispone de una capacidad para cinco personas, con instalaciones de calefacción, aire acondicionado y sanitario. Además incluye un monitoreo estricto por video-cámara.

El SOEP no es un lugar físico únicamente, esta estructura constituye el núcleo de diagnóstico y admisión a esta unidad psicoasistencial.

Dicho dispositivo constituye la puerta de entrada a la Unidad N° 20 del Servicio Penitenciario Federal (en reemplazo de los antiguos sectores individuales de tratamiento), una unidad destinada a la atención del paciente psiquiátrico prisionizado.

Si bien este dispositivo asistencial está integrado a una unidad penitenciaria, el SOEP está conformado por personal civil dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Un médico psiquiatra, un psicólogo/neuropsicólogo y un trabajador social trabajan en conjunto para realizar una evaluación integral de quienes son derivados a la unidad.

La independencia de la autoridad penitenciaria (carácter civil) ha resultado estratégica a la hora de que el juicio clínico prevalezca sobre cualquier otra consideración, priorizando de este modo el estado de salud de los asistidos (premisa básica del Juramento de Atenas de 1979 sobre instituciones penales).

El equipo interdisciplinario de salud mental parte de la premisa que todos los integrantes del SOEP están en idénti-

cas condiciones de detectar riesgo (distintos paradigmas), de tal manera tal que las decisiones son conjuntas y corresponsables.

Se realiza la evaluación de los pacientes diariamente y en distintos horarios. Así es como se ejecuta un modelo de intervención en crisis (entrevistas frecuentes y múltiples) que habilita un abordaje longitudinal e interdisciplinario diferenciándose del enfoque categorial, estático en el tiempo, de las evaluaciones periciales.

El pasaje de identificar una "categoría" a entender una "clínica de la vulnerabilidad" se orienta en la perspectiva de recuperar la idea de sujeto, a partir de una reconstrucción de su historia biográfica. Entendemos a "ésta" como el camino que debemos transitar para restituir subjetividad, en aquel sujeto donde la tendencia a la uniformización que se asimila en la institución total tiende a borrar toda singularidad.

El tiempo de internación previsto es de 72 hs., sólo en casos excepcionales se ha prolongado la internación de pacientes que planteaban algún grado de complejidad en el diagnóstico y tratamiento.

Se desarrolla una tarea de evaluación, diagnóstico y tratamiento que permite resolver la emergencia, realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado y decidir finalmente si el paciente reúne los criterios de internación en esta unidad.

Los diagnósticos y tratamientos que se efectúan en el SOEP son siempre fundados en base a las necesidades de los pacientes.

El funcionamiento del SOEP se rige por una normativa específica elaborada por la Comisión de Evaluación y Seguimiento del HPP y avalada por disposiciones ministeriales - "Normas Mínimas para el Ingreso, Egreso y Tratamiento en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica" - e incluye aparte del diagnóstico de DSM-IV o CIE-10, uno psicosocial realizado por los trabajadores sociales del HPP, una historia criminal del paciente recluso y una rápida batería de psicodiagnóstico de urgencia. Si fuese necesario se realizan otros estudios complementarios para arribar a este diagnóstico polidimensional que estamos tratando de explicitar.

Todo paciente derivado al Hospital Psiquiátrico Penitenciario deberá encuadrarse en las Normas de Admisión a la Unidad 20.

#### *Criterios de admisión al SOEP*

1. Deben ser ingresados todos los pacientes con Episodios Psicóticos Agudos y Subagudos de cualquier etiología, debiéndose realizar su evaluación inmediata en la sala ante citada y por el procedimiento ante dicho (diagnósticos del DSM-IV o CIE-10 u otro procedimiento de tabulación).

2. Paciente con Elevado Riesgo de Suicidio. Éste riesgo tiene que ser claramente especificado por el médico de la Unidad Penitenciaria desde donde proviene el recluso-paciente. Debe describirse con detalle las medidas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado. Recién en estos casos se puede derivar al HPP, donde se tomarán las medidas adecuadas y se tratará de derivarlo lo más rápidamente posible al lugar de origen.

3. Cuadros de Excitación Psicomotriz de tipo maniaco, maníforme, esquizofrénico o tóxico. Entre estos últimos se prestará atención a los casos de delirium con agitación, producidos por el abuso de tóxicos adrenérgicos. En todos



los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión y se intentará disminuir en el mismo lugar donde ésta excitación se produce usando los medios verbales y psicofarmacológicos necesarios. Deberán ser diagnosticadas con cuidado las “excitaciones reactivas” de las excitaciones maníacas de los pacientes bipolares. Las primeras ceden rápidamente al ser llevados los reclusos a otro lugar del mismo penal o espacios de enfermería, con medidas farmacológicas simples.

#### *Criterios de NO admisión al SOEP*

1. No deben ser ingresados los pacientes con el sólo diagnóstico de “ideación suicida” o “ideación de muerte”, siempre que no presenten planes o tentativas serias de suicidio reciente, con un claro diagnóstico clínico psiquiátrico. Estas “ideas” serán tratadas en el lugar de origen por personal de la misma Unidad, asesorados por el personal de la HPP.

2. Pacientes psicóticos crónicos leves, con retraso mental, o síndromes cerebrales orgánicos de cualquier origen. Estos pacientes de estructura psicótica que no presentan cuadros de descompensación ni intentos graves de suicidio deben ser tratados a través de la medicación adecuada; realizándose consulta con la Unidad HPP ante cualquier duda (necesidad de medicación inyectable u otras). Igualmente la existencia de estos diagnósticos implica algunas veces un pasaje a un juzgado civil con tratamiento en el sistema público de salud.

3. Pacientes con personalidades anormales, según el eje II del DSM IV, con antecedentes de adicciones y autolesiones.

Estas últimas, frecuentes en muñecas y antebrazos, no se realizan con intención de morir, sino en su gran mayoría con intenciones de ser trasladados a un lugar de régimen más benigno o con la simple necesidad de ser escuchados en sus reclamos.

En este ítem se incluyen los reclusos-pacientes afectados por adicciones de todo tipo. Éstos, sí no presentan un cuadro tóxico agudo o subagudo deben ser tratados en Unidades especiales de desintoxicación y rehabilitación.

Previo a la remisión del paciente a la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP), se le efectúa un examen médico-psicológico inicial, que se lleva a cabo en un consultorio externo, adjunto al SOEP, donde se realiza el mencionado estudio clínico de urgencia. En este examen inicial es de fundamental importancia consignar con claridad y en pocas líneas el motivo del ingreso.

En la entrevista diagnóstica de urgencia se toman los primeros recaudos, tendientes a la contención terapéutica que corresponda. El procedimiento es el siguiente:

1. diagnóstico clínico psiquiátrico presuntivo,
2. una propuesta de tratamiento de inmediato y,
3. justificación de la internación del paciente en SOEP.

Este examen posibilita la evaluación respecto de la conveniencia de ingreso del paciente al SOEP.

4. Si las condiciones vitales del ingresante fueren críticas, y no pudiera recibir en el Hospital Psiquiátrico de Varones -U20- el tratamiento adecuado, se lo derivará inmediatamente a un hospital de agudos dando intervención al SAME o con intervención del propio SPF.

Todo ingreso y/o traslado del interno es comunicado al juzgado interviniente o de turno, especificando motivos y destino si correspondiere.

Resuelta la primera observación, el período de estudio que insume una evaluación definida, debe realizarse dentro de las setenta y dos horas (72 hs). A dicho término se forma una instancia denominada Junta Médica Obligatoria presidida por el Coordinador del Área y en la que se incluyen todos los integrantes del Equipo Interdisciplinario del SOEP, siendo avalada ésta por el Director del establecimiento. En ella se realiza un diagnóstico y se aconseja un tratamiento de acuerdo al mismo.

Durante el período de estudio que se extiende desde el ingreso a la unidad hasta la realización de la Junta se debe asentar en la Historia Clínica en forma ordenada y prolija las novedades evolutivas del paciente. Se consignan además, en un libro especial, “Libro del SOEP”, y bajo registro horario la evolución del mismo. Este registro es realizado por personal de seguridad controlado por turno, y con la firma del personal de enfermería.

Al realizarse la Junta Médica Obligatoria ya deberá constar en la Historia Clínica:

- Antecedentes familiares psiquiátricos, penales y de consumo.

- Consumo de tóxicos del paciente.

- Antecedentes psiquiátricos.

- Tratamientos anteriores.

- Motivo de Ingreso: en el examen inicial es de fundamental importancia consignar brevemente y con claridad el motivo por el que ingresa el paciente: Orden Judicial; derivación de otras unidades o aparición de un cuadro compatible con las normas de internación en un hospital psiquiátrico.

- Breve psicodiagnóstico de urgencia. Aparte de las pruebas elementales, las pruebas de personalidad tales como el: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R), el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2) y el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCM1.3) resultan ampliamente validadas.

- Tratamiento efectuado con las prescripciones medicamentosas y sus resultados.

- Electroencefalograma y otros estudios complementarios que se consideren pertinentes acorde al cuadro psicopatológico u orgánico que presente el paciente.

- Técnicas diagnósticas administradas con sus correspondientes informes.

- Diagnóstico orgánico.

- Diagnóstico efectuado a través de DSM-IV o CIE-10.

- Diagnóstico situacional y social.

- Breve resumen de la historia criminalológica del interno.

La información que surja de los ítems ya citados ineludiblemente deberá quedar asentada en la Historia Clínica del paciente. En relación a esto, es de mencionar que existe un derecho específico de los pacientes a la privacidad y confidencialidad de la información que les atañe. En el pasado las historias clínicas además de tener graves deficiencias intrínsecas permitían a cualquier empleado revelar datos del paciente que lesionan sus derechos.

Esta tarea es realizada por los médicos psiquiatras de guardia guiados por el Coordinador del SOEP.

Los informes psicológicos son confeccionados por un profesional psicólogo, preferentemente, aquel que atendió al paciente desde el ingreso.

El diagnóstico situacional-social es confeccionado por un Lic. en Trabajo Social y por todo el equipo interviniente. En relación a este punto estamos en condiciones de afirmar que lo social constituye parte esencial de nuestra clínica.

La historia sólo es consultada por el cuerpo de profesionales y por aquéllos que los jueces designen en su defecto, considerándose ésta como un documento legal de alta confidencialidad en los que deben figurar mínimamente la entrevista libre, el diagnóstico tipo DSM-IV, CIE-10 o cualquier otro aceptado internacionalmente; la anamnesis completa, los antecedentes procesales o historia criminal de los sujetos, indispensable para la correcta evaluación y discusión del caso, punto que en el pasado era inexistente.

Bajo ningún concepto el paciente permanece más de setenta y dos (72 hs.), en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica.

Cuando se hubiere expedido la Junta médica obligatoria se hará efectivo el cumplimiento en forma inmediata.

- Alta del paciente del SOEP por internación en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, especificándose Piso y Sala de alojamiento según consideraciones diagnósticas.

- Alta del paciente del SOEP por egreso del HPP y, restitución del interno a la unidad de origen con la indicación de seguimiento por los equipos de salud mental.

- Alta del paciente del SOEP por derivación al Anexo 20, dispositivo de tratamiento penitenciario especializado en el tratamiento de personalidades anormales con proclividad al acting-out y con antecedentes de abuso de sustancias.

- Alta del paciente del SOEP por derivación a Centros de Rehabilitación de Drogodependientes -CRD- dependientes del SPF, especializados en tratamientos de desintoxicación de sustancias.

El SOEP no es lugar de contención de ningún paciente interno del hospital psiquiátrico penitenciario, sólo puede ser usado para los fines para los que ha sido fundado.

El marco legal que regula el funcionamiento del SOEP está dado por un acuerdo tácito entre los diferentes actores que participan en el proceso de decisión respecto del destino de los pacientes que son derivados al dispositivo, a saber, el equipo tratante, el cuerpo médico forense, y las comisiones especiales de los tribunales de justicia.

La junta médica se expide dentro de un plazo breve, en informe único o de sus miembros por separado acerca de la conveniencia de que el interno permanezca en la unidad. En caso negativo, señalará el tratamiento que corresponda y las medidas a tomar. Si fuera el caso indicar las instituciones correspondientes.

La junta médica luego remite el informe al tribunal del que dependa la disposición del interno.

Resulta conveniente en este sentido, que la derivación judicial a la unidad 20 ordene la evaluación de la posibilidad de internación en reemplazo de la actual orden de internación psiquiátrica que reduce considerablemente el margen de manobra. De esta manera, el sistema de salud vuelve a tener la facultad de decir si una persona debe ser o no internada.

El objetivo de estos acuerdos y consensos es proteger la libertad individual y el derecho a la salud mental de aquellas

personas que padezcan severos trastornos de conducta, para las cuales el saber médico propone la internación como un medio para instaurar distintos tratamientos. La internación, por sí sola, no constituye un tratamiento. El objetivo de ésta no será "curar al enfermo mental", sino resolver el problema por el cual se decidió internarlo.

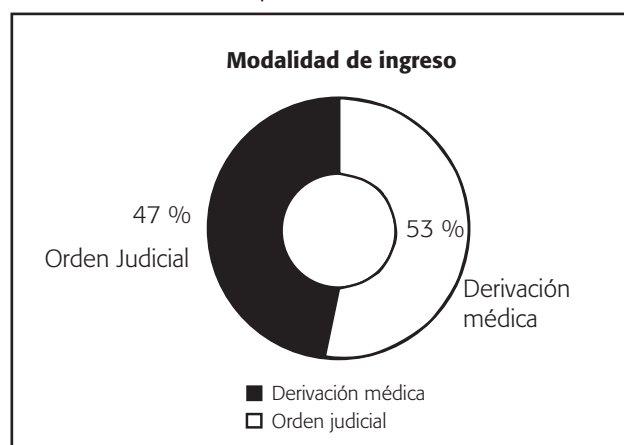
Como puede apreciarse, este proceder que regula el funcionamiento de este dispositivo de evaluación y diagnóstico, determina un mecanismo rápido, dinámico, de conexión fluida con el juzgado que resuelve en un plazo breve la conducta más adecuada para con el paciente, evita las internaciones psiquiátricas innecesarias, con lo gravoso que puede resultar para un sujeto una internación de esta naturaleza, pudiendo beneficiarse con otra medida asistencial; judicialmente permite encausar rápidamente la situación del individuo (si se lo protege o no resulta necesario), permite aunar los criterios de internación tanto jurídicos como del Hospital, evitando aquellas internaciones psiquiátricas en sujetos que también podrían requerir internación pero en otro tipo de institución (débiles mentales, dementes en sentido clínico, toxicómanos) y finalmente desde el punto de vista del Cuerpo Médico Forense, produce una merma en el ingreso de expedientes, ya que igualmente se satisface la necesidad del control judicial de las internaciones, requeridas por los señores magistrados.

Reiteramos que si bien existen experiencias en la Argentina con esta modalidad de atención, es inédito en cuanto a su inclusión en un Hospital Psiquiátrico que funciona en una unidad penitenciaria.

El SOEP es un dispositivo asistencial (no pericial) con dos funciones principales. La evaluación y tratamiento de los pacientes que son ingresados. No es posible aislar dentro del ámbito carcelario la función clínica de los profesionales de la salud, tras el ingreso de un paciente a la unidad, es preciso informar sobre su estado de salud mental, razón por la cual la evaluación debe ser lo más completa, precisa y objetiva posible.

A continuación se agregan algunos datos estadísticos que dan cuenta de la población asistida en el SOEP. Durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011, 706 pacientes fueron derivados para ser evaluados por el SOEP, 335 han sido derivados por orden judicial y 371 por servicio médico desde otra unidad penitenciaria (ver Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Modalidad de ingreso de la población asistida por la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011.

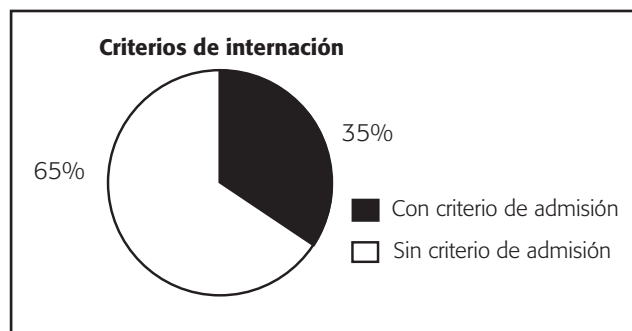


Analizando el perfil de la población asistida en el SOEP podemos encontrar las siguientes características epidemiológicas:

- Adultos jóvenes (edad promedio de 30 años)
- Baja escolaridad (en su mayoría con estudios primarios incompletos)
- Desocupados (el 78% sin empleo)
- Toxicómanos ( el 88% abusa de sustancias psicoactivas)
- Sin grupo de apoyo (el 53% carece de visitas)
- Reincidentes (el 78% posee antecedentes penales)

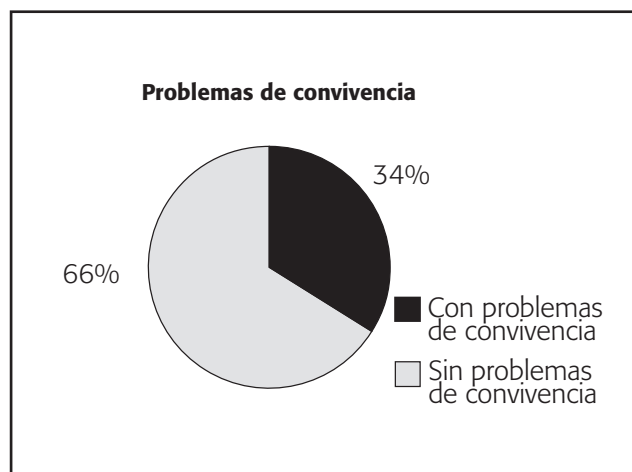
Debe destacarse que desde la implementación de este dispositivo de atención es elevado el número de pacientes que son derivados para su evaluación y que se consideran sin criterio para ser alojados en esta unidad, lo cual da cuenta de la necesidad de reforzar la comprensión de esta unidad asistencial como espacio de alojamiento de enfermos psiquiátricos graves (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Modalidad de ingreso de la población asistida por la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP): cumplimiento o no de criterios de internación psiquiátrica.



El 66% de los derivados desde otras unidades penales han reconocido padecer de problemas de convivencia con otros internos o con personal del SPF, propiciando esto la realización de un episodio autolesivo (generalmente cortes en antebrazos) no con fines ni en virtud de planificación suicida, sino mas bien con el objeto de ser escuchado en sus reclamos o lograr un traslado y así descomprimir la situación (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Problemas de convivencia reconocidos por los internos.



Recordemos que la cárcel es una institución total, en el sentido sociológico del término, y en ella conviven los presos con sus custodios en un equilibrio que con demasiada frecuencia es muy precario y cuyos desequilibrios pueden desencadenar consecuencias fatales. En relación a esto, está ampliamente demostrado que las prisiones, en tanto estructuras cerradas y totalizantes (en el sentido de que arrasaron con toda marca de individualidad) son facilitadoras de descompensaciones psíquicas.

Como queda expuesto, el SOEP no se circunscribe estrictamente a problemas psiquiátricos-psicológicos. La problemática dentro de las unidades penitenciarias intenta ser resuelta de manera particular (y errónea) a través de este dispositivo, que sin ser el indicado para esos casos, intenta resolver los conflictos existentes o brinda las herramientas necesarias al paciente para afrontarlos.

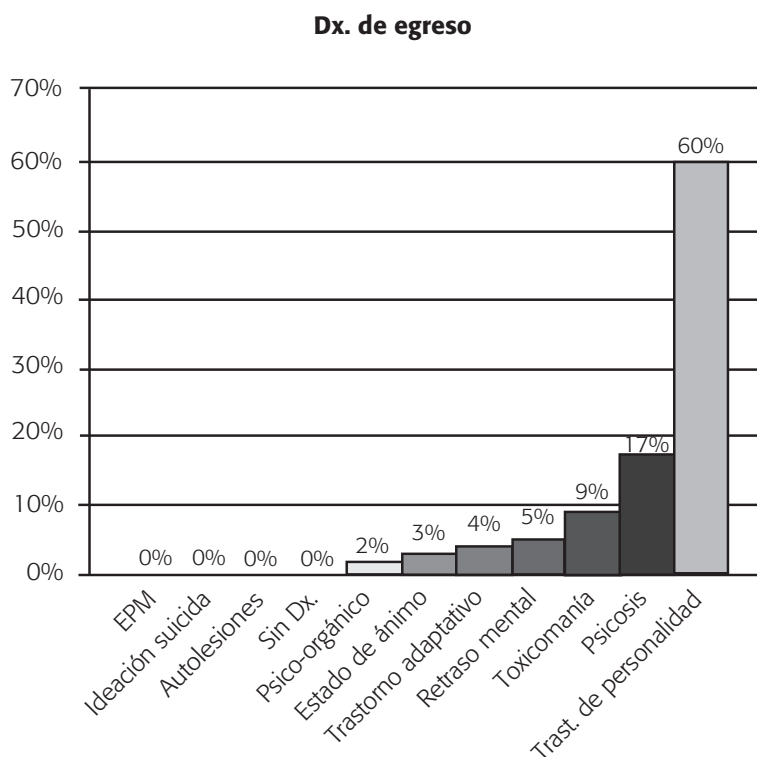
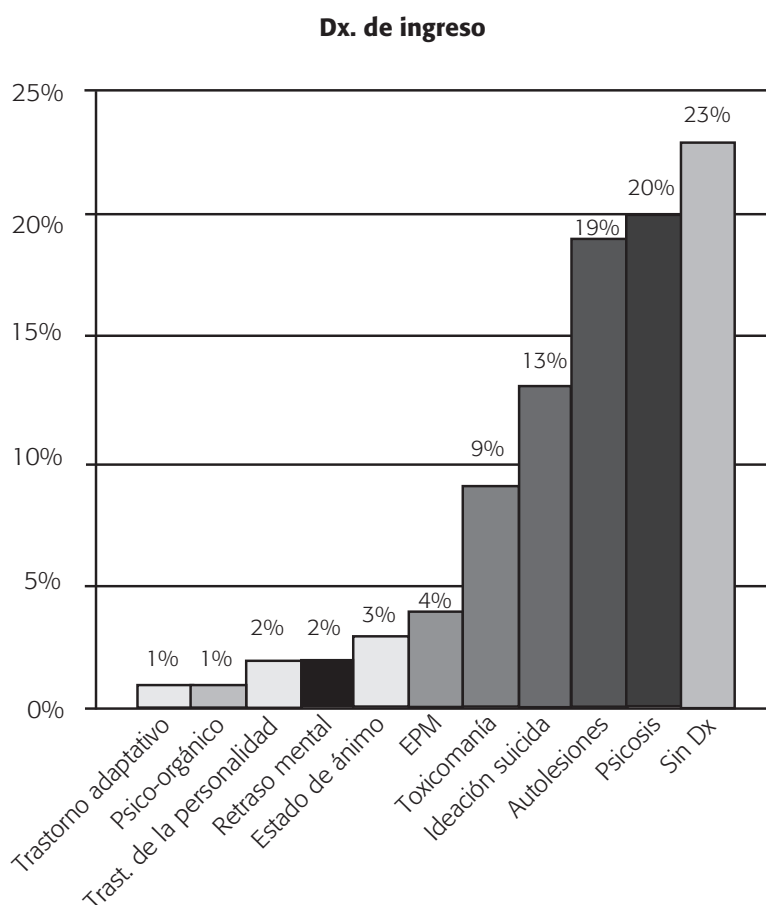
Por eso es también un espacio de estabilización/compensación, el SOEP intenta evitar la “psiquiatrización” de los pacientes, se intenta armar de recursos a quienes por su atención transitan, esto es un esfuerzo por ofrecer y facilitar nunca imponer un cambio en la autopercepción de la persona con el fin de elevar su nivel de invulnerabilidad al sistema punitivo y acotar todo lo posible su estadía en una unidad psiquiátrica.

Teniendo en cuenta las características de la Unidad 20 y la función que cumple el SOEP, podemos afirmar que la gran mayoría de los pacientes allí derivados están “descompensados” de alguna manera. Algunos están descompensados psiquiátricamente, allí el abordaje psicofarmacológico y un seguimiento exhaustivo permiten iniciar un trabajo provechoso con el paciente. Pero como se comentó anteriormente, la Unidad 20 es una unidad psicoasistencial en la cual, no siempre el principal problema a resolver es psiquiátrico. Muchos pacientes llegan descompensados emocionalmente, han sido detenidos hace pocas horas y deben enfrentar un nuevo proceso penal o el alejamiento familiar, la abstinencia a sustancias o simplemente el darse cuenta, luego de una observación de su historia autobiográfica que ha ingresado en una patología de la marginalidad social y delincuencia de la cual no encuentra la manera de salir. Todo eso descompensa, tanto que a veces, estos problemas superan la complejidad de los trastornos psiquiátricos “severos”, para ese primer abordaje, para el trabajo en la emergencia, para la contención en la ideación suicida y la estabilización del paciente, sea cual fuera el origen de su descompensación, para esa función esta el SOEP.

Los motivos por los que han sido derivados los pacientes al SOEP han diferido significativamente con los diagnósticos con los que fueron externados (Gráfico 4).

Este fenómeno se da en parte por lo expuesto anteriormente. El contexto en que se evalúa a los pacientes es un contexto de crisis, donde las respuestas conductuales son desadaptadas, la emoción se encuentra lábil, ambivalente y la capacidad para reflexionar y meditar los hechos que acontecen, está en el mejor de los casos, disminuida.

**Gráfico 4.** Diagnósticos de ingreso y egreso al SOEP

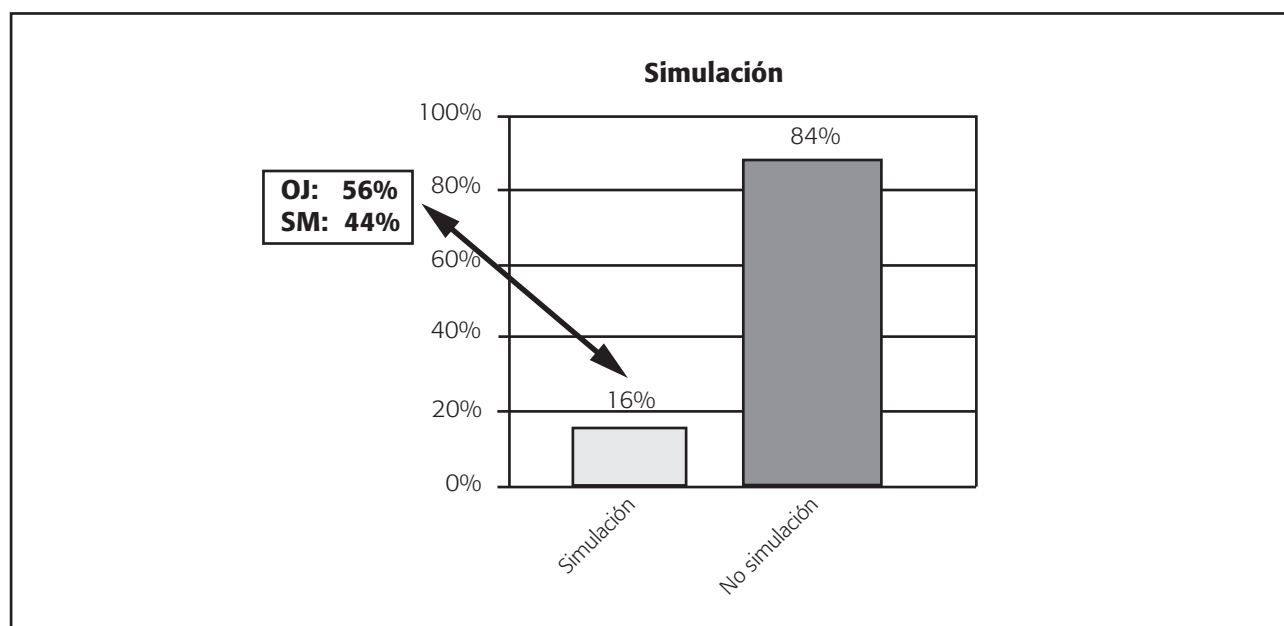


Estas crisis pueden emular ser una patología mental, es por ello que resulta de vital importancia la evaluación longitudinal e interdisciplinaria. La problemática que se trabaja en dichas situaciones de crisis excede la polaridad “loco-sano”, no se encuentra en manuales de clasificación de trastornos mentales, ni es posible de dictaminarse en un corte estático de tiempo. Precisa de varias miradas y de las mismas en distintos momentos y exige de una gran formación teórica, práctica y competencias humanas suficientes en quienes abordan la problemática.

Como dispositivo de ingreso en el SOEP se presentan varios casos de simulación de enfermedad mental. Los motivos son comprensibles. En algunos casos ser diagnosticado como enfermo mental repercute positivamente en la causa penal que se imputa, hasta a veces, esto

es utilizado como una estrategia legal para evitar una sanción. En otros casos, por ejemplo, personas ya condenadas, la simulación de enfermedad mental funciona como boleto de traslado desde un lugar de alojamiento en el cual los problemas de convivencia con otros internos representaban un riesgo real para la integridad física de una persona. Existen otras causas que motivan la simulación para el ingreso a la U20, una de ellas es la cercanía familiar, más aún en casos donde la pena se cumple en penales del interior del país, siendo la U20 la única unidad central psiquiátrica de varones con la que cuenta el Servicio Penitenciario Federal, la “locura devenida” de alguien alojado en la provincia de Chaco, por ejemplo, obligaría su traslado nuevamente a la Capital Federal (Gráfico 5).

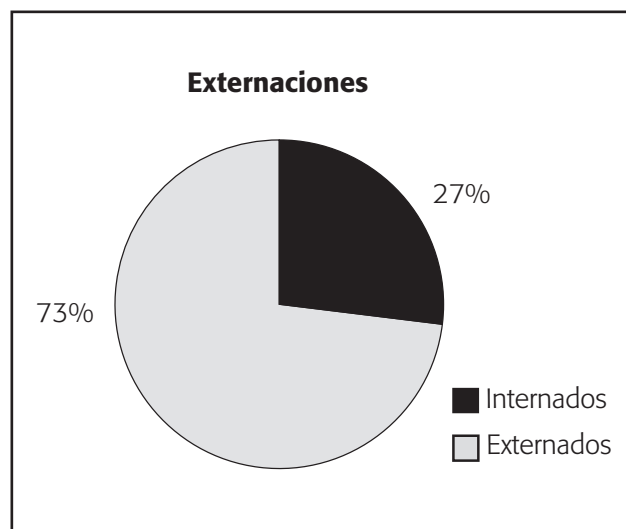
**Gráfico 5.** Porcentaje de simulación de los pacientes alojados en el SOEP.



¿Cuál es entonces la función del SOEP en esos casos? Resolver el problema. Como sabemos, no siempre este problema es psiquiátrico, pero puede seguir siendo un problema. Obviamente la solución diferirá según sus características y habrá distintas complejidades para cada uno. La función del SOEP no es “detectivesca”, no tiene como fin descubrir al impostor, el simular estar “loco” habla de la existencia de un conflicto del cual podemos ser parte de la solución. Dicha solución no está vinculada al ingreso del paciente al dispositivo de atención psiquiátrico, los pacientes alojados en la U20 necesitan ser atendidos en un lugar que se parezca más a un hospital que a una cárcel. Esto sólo se logra con criterios de admisión claros, que respeten la creación de un espacio de salud que no sea depositario de todos los conflictos personales o institucionales que existan en el resto de las unidades carcelarias (Gráfico 6).

Como puede observarse, solo el 27% de los pacientes que son enviados a evaluar al SOEP resultan internados, y el 73% debiera egresar del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de

**Gráfico 6.** Porcentaje de externaciones logradas por el SOEP.



diferentes maneras. Se evitan así las internaciones psiquiátricas innecesarias o se efectúa el internamiento en un lugar adecuado a la patología del sujeto. De esta manera, este dispositivo asistencial, resulta una efectiva intervención sanitaria.

En la realidad del trabajo cotidiano existen de hecho dos aspectos a considerar para mejorar en un caso y resolver en el otro. Uno de menor jerarquía y de ajuste más inmediato (en las ocasiones en que se ha presentado) es la coordinación con el tribunal interviniente, y el segundo; el problema de las derivaciones de los pacientes.

Con relación al primero de los puntos antedichos es relativamente frecuente que el oficio judicial no es claro en cuanto a lo indicado por el tribunal, si es que éste ordena la internación o la evaluación del paciente, en algunas otras ocasiones se pide la evaluación y luego no se dispone de fax para recibirla, en otras oportunidades se solicita la evaluación e igualmente se envía el expediente al Cuerpo Médico Forense para ser evaluado por los psiquiatras de allí, produciéndose así una potencial redundancia de informes.

En este sentido la situación se resuelve con relativa facilidad, sea comunicándose vía telefónica con el tribunal y exponiendo la situación, sea reenviando en el expediente el informe oportunamente confeccionado en la SOEP y elevado vía fax.

En cuanto a las derivaciones la situación es más com-

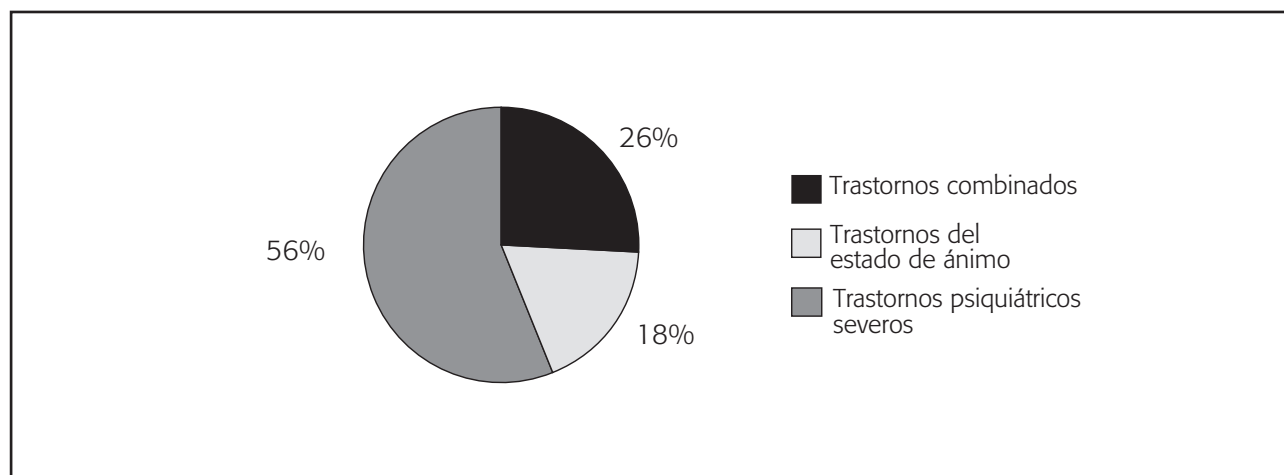
pleja ya que son múltiples las variables intervinientes y el esfuerzo tanto a nivel individual como del equipo en este sentido siempre ha sido denodado.

Digamos en principio que existe un ascenso en la prevalencia de los trastornos de la personalidad en general, y de los consumidores de sustancias en particular, lo cual conlleva un tipo de asistencia posterior al diagnóstico efectuado en SOEP, que generalmente no se corresponde con una internación psiquiátrica y amerita una derivación para internación en otra institución.

En este sentido el rápido acceso a las instituciones especializadas adquiere una relevancia sustancial, aquí los juzgados tienen limitaciones ajenas a su incumbencia, y el paciente no puede ser dado de alta y por consiguiente permanece en el Hospital Psiquiátrico sin que constituya la indicación terapéutica correcta.

Ya en un trabajo efectuado en enero del 2010, que daba cuenta de los trastornos psiquiátricos prevalentes en la sala de internación, encontrábamos que había un total de 56% de pacientes con trastornos psiquiátricos severos (trastornos psicóticos en general), contra un 26% de pacientes agrupados en abuso de sustancias, y trastornos de la personalidad que se encuadramos dentro de los trastornos combinados (Gráfico 7).

**Gráfico 7.** Diagnósticos evaluados en la población alojada en la U20 (enero de 2010).



En este sentido se dispone de una única institución pública en la cual es difícil la obtención de vacantes y por otra parte las becas del SEDRONAR (Secretaría de Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico) ya son difíciles de obtener cuando no están suspendidas, y cuando se las logra, en la mayoría de las veces insumen un tiempo prolongado de gestión, por factores diversos que abarcan desde el paciente, pasando por el hospital, la instancia judicial, la Secretaría de la Drogadicción, la institución que lo recibirá, la eventual evaluación para su traslado, etc.

Otro tanto debe plantearse con los trastornos psiquiátricos severos, dado que las instituciones psiquiátricas argumentan que se hayan imposibilitadas para la atención de pacientes psiquiátricos con antecedentes penales, ya que al

presentar estos, tanto trastornos de conducta como de la personalidad, se requiere un sistema de internación cerrado con personal especializado para su atención. En resumen, se refugian en la idea de que brindan atención con fines terapéuticos y no custodiales con lo que restringen su admisión e incorporación al dispositivo de tratamiento.

## Conclusiones

En general ya han sido expuestos en los párrafos anteriores, pero vale la pena insistir en dos aspectos fundamentales: por un lado lo que representa dentro de un Tribunal Penal que la situación del paciente-interno sea clarificada y encarrilada rápidamente, y por otro, desde

el Cuerpo Médico Forense un trabajo de mayor celeridad y en ambos ámbitos, una reducción relativa del trabajo, que en la época actual del Poder Judicial es algo que debe celebrarse sin más.

El dictamen producido por el equipo interdisciplinario del SOEP tiene como cometido notificar al juez acerca de la conducta terapéutica más adecuada para cada paciente. Este accionar generó una sensible reducción de las internaciones, derivándose también a pacientes a otras alternativas terapéuticas o a establecimientos más adecuados por su patología.

Recordemos que su concreción ha posibilitado un ahorro de internaciones del 70%, evitándose así a los pacientes la privación ambiental; la identificación por el síntoma, la institucionalización de las necesidades básicas; los beneficios secundarios del paciente y la familia.

Constituye ésta una forma eficiente de articular la acción de protección judicial con la pertinencia sanitaria, a través de un equipo interdisciplinario que evalúa al paciente-interno durante un breve periodo apropiado y con los recursos asistenciales a su disposición, generando derivaciones adecuadas a su problemática e, incluso, situación legal. Todas estas herramientas y recursos, resultan de imposible aplicación en el medio penitenciario, al no contar con el adecuado soporte y articulación asistencial.

La intervención de un equipo interdisciplinario facilita la instrumentación de abordajes terapéuticos en los casos en que no es necesaria la internación. De esta forma se habilitan y promueven procedimientos que priorizan el eje terapéutico y asistencial de la internación psiquiátrica, dentro del contexto aceptado universalmente en la actualidad por juristas y médicos, de una medida extrema y transitoria, alejada de una reclusión carcelaria de sujetos peligrosos, orientada sí a una rápida y efectiva intervención sanitaria, así como a la estable resocialización del paciente-interno.

El modelo de la SOEP inauguró una experiencia de abordaje totalmente diferenciado en cuanto no se posicionó en el discurso del amo, sostenido tanto desde la tradición médica internista como desde la acción judicial "operativa", sino en una nueva instancia auténticamente personalizada que trasciende la etiqueta diagnóstica. Esta experiencia desdibuja, definitivamente, la tradicional concepción de internación como sinónimo de tratamiento.

La tradición hospitalaria y el accionar médico, buscando respuestas concretas a demandas urgentes ha gestado una peligrosa intersección con la problemática social y económica, donde la respuesta terapéutica queda imbricada en la necesidad social, deslizando el eje de trabajo a un plano custodial y benéfico.

La experiencia de la SOEP se desarrolló fuera de esa intersección y significó un desafío totalmente nuevo, un modelo de atención en crisis.

En resumen, cuando hablamos de SOEP, hablamos de un lugar de evaluación, de un tiempo de estabilización, psiquiátrico, emocional, familiar, social, etc. Hablamos también de un dispositivo que cuida el espacio de los pacientes que se tratan en la U20 del SPF. Hablamos de un equipo de profesionales de la salud que integra otro equipo aún mayor, que brinda día a día atención psiquiátrica, psicológica y social sin juzgar al paciente e independientemente del crimen atroz que haya cometido. Hablamos de un periodo de adaptación, del aceptar que se está nuevamente detenido, a soportar la incertidumbre de un proceso penal o a neutralizar los temores propios de una primera detención penal. El SOEP representa el tiempo necesario que debe existir para permitir a la persona pensar y sentir, logrando así una mejor valoración del paciente, fuera de la crisis y la emergencia ■

## Referencias bibliográficas

1. Agamben G. Lo que queda de Auschwitz. Madrid, Pre-textos, 1999.
2. Centro de Estudios Legales y Sociales. Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, CELS, 2007.
3. Clemente Díaz M. Los efectos psicológicos del encarcelamiento. Madrid, Alianza, 1986. p. 253-258.
4. Guilis G, Amendolaro R, Wikinski M, Sobredo L. El encierro dentro del encierro. *Vertex* 2006; 17: 72-77.
5. Hernández M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003; p. 315-319.
6. Herrera R. Salud mental y prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2000; 2: 138-140.
7. Informe anual del CELS 2005. Disponible en: <http://www.cels.org.ar>
8. Oficina del Alto Comisionado de la UN para los DDHH. "Protocolo de Estambul" en Manual para la investigación y documentación eficaces para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Serie de capacitación profesional N° 8, Nueva York y Ginebra, 2001.

# Una aproximación a los conceptos de *autonomía e integridad* en la praxis asistencial

Daniel H. Silva

Doctor en Humanidades Médicas, UBA

Profesor Regular Adjunto de Medicina Legal y Deontología Médica, UBA

Profesor Adjunto de Psiquiatría, USAL

Médico Forense de la Justicia Nacional

## Introducción

El presente trabajo se ha de ocupar de una temática perteneciente a la relación médico-paciente, de relevancia a la praxis asistencial, en donde surgen -como se verá oportunamente- dos ejes conceptuales esenciales para un correcto ejercicio profesional, como lo son la compleja interrelación de las autonomías del médico/terapeuta y del enfermo, todo ello dentro del contexto más amplio y abarcativo de *la integridad de la persona paciente*, áreas en las que será necesario bucear en profundidad, conscientes de que se ingresa en un *topos de reflexión claramente interdisciplinar*.

Se impone, en consecuencia, definir en primer lugar las notas componentes del concepto de autonomía del paciente y, en segundo lugar, aquello que se entiende por integridad de la persona.

## La autonomía

En los últimos veinticinco años, el respeto por la autonomía de todo paciente bajo atención profesional, ha desplazado al *leit motiv* "beneficencia" como principio rector de la ética biomédica en el quehacer iátrico,

siendo ésta la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática, como sostiene Pellegrino (9). Esta "beneficencia", cercana al rango "sacerdotal", de "hechicería" o incluso de "magia", en medios cultos se reflejaba muy bien en las medallas que se obsequiaban a los jóvenes graduados tras pronunciar el juramento hipocrático, las que portaban la frase: "*Guérir peut être, soulager quelquesfois, consoler toujours*"\*, a la vez que se inculcaba en la sociedad el concepto de que el médico era el sacerdote de lo visible y palpable de un ser humano, idea que conllevaba como oculto súcubo la convicción de que el paciente se sometía de manera incondicional a la potestad del galeno tratante (13).

Así, era normal ocultar al enfermo aquello que se juzgaba no le convenía saber, tratándolo de una manera paternalista como un padre puede tratar a su hijo.

También ello es apreciable en la cultura egipcia, como lo señala Castex (1) en un extenso y meduloso estudio sobre la medicina egipcia publicada en la década del noventa y en el cual es fácil apreciar que el profesional egipcio siempre tenía ante sí a un objeto, sujeto de un proceso anormal determinado, sea de índole endógeno, sea exógeno, tóxico

---

## Resumen

El presente trabajo versa sobre el interjuego entre la autonomía y la integridad de la persona dentro del contexto de la relación asistencial. Se analizan los conceptos de autonomía, competencia y racionalidad, vinculándolos a la noción de integridad personal. A su vez se presenta una guía práctica para la evaluación de niveles de competencia para el médico/terapeuta en formación.

**Palabras clave:** Autonomía - Competencia - Racionalidad - Integridad - Toma de decisiones.

AN APPROXIMATION TO THE CONCEPTS OF AUTONOMY AND INTEGRITY IN CLINICAL PRACTICE

## Summary

This paper is about the interplay between autonomy and integrity in individuals in the context of the doctor-patient relationship. It analyses the concepts of autonomy, competence and rationality, related to the notion of individual integrity. It further provides a practical guide for the assessment of competence levels to be used by training doctors and therapists.

**Keywords:** Autonomy - Competence - Rationality - Integrity - Decision making.

---

\* Trad. del autor: "Curar puede ser, aliviar algunas veces, consolar siempre". Expresión anónima, s. XV. Véase Gherardi C. Reflexiones sobre la futilidad médica. Perspectivas bioéticas en las américas 1998; 6: 60.



o traumático. Incluso en las descripciones transcritas de las fuentes a que hace referencia el autor, es fácil percibir con claridad que no solamente el paciente es tratado como un objeto de análisis y tratamiento, si no que también en su oficio, el experto acciona de modo impersonal, como objeto en acción ante otro objeto en estudio. Nótese como en esta cultura de avanzada para la época, la función iátrica se confunde claramente con la sacerdotal dentro del marco de lo místico, en donde el paciente se somete al Poder expresado en el curador o evaluador. Esta postura persiste durante siglos en el mundo civilizado helénico romano y continúa nutriendo aún cuando con transformaciones de ocasión a la medicina contemporánea, en donde los procedimientos se estandarizan y adquieren extrema relevancia producido el diagnóstico aún a riesgo de perder de vista experiencias adquiridas valiosísimas como aquella que recuerda que cada enfermo es el enfermo y su enfermedad una modalidad de ser de él como persona en su circunstancia.

Pese a ello, como resultado de la transformación que aportan las ciencias a partir del Renacimiento y sobre todo a partir del siglo XIX, la relación entre el médico/terapeuta y el paciente es ahora, en principio, más abierta y franca, y en ella se tiende, al menos en la praxis y en la teoría, a respetar en mayor grado la dignidad personal de los pacientes, constituyendo esto último un aporte principalmente del siglo XX y fruto del intenso sufrimiento que implicaron para la civilización humana las guerras y otros flagelos.

Esta situación ha dado origen a una mutación casi irreversible en la toma de decisiones dentro de la relación profesional-paciente, ello en respuesta a la confluencia de concausas tanto sociopolíticas, como legales y éticas.

Como lo han señalado Faden y Beauchamp (2), la autonomía, pese a su uso universal en la ética médica, a menudo es objeto de una interpretación simplista. Estos autores hacen una distinción precisa y válida entre la *persona autónoma* y la *acción autónoma*, y, al tratar del consentimiento informado, prefieren hacer hincapié en el *acto autónomo* más que en la *persona autónoma*, pasando por alto por lo general, que el *acto autónomo* surge de la persona en cuanto *individua substancia de naturaleza racional* como magistralmente se definiera en la filosofía aristotélica-tomista, en donde todo acto postula el *esse ad* (ser hacia algo del que depende y mana...) como su constitutivo esencial, a lo que se sigue que, a la vez *está en ese algo como accidente en substancia*.

Aunque se toma conocimiento sobre la posición y la distinción de Faden y colaboradores, en el presente trabajo se acentuará la importancia de la *persona en cuanto autónoma* y la relación esencial de este concepto con el de *integridad de la misma*, que lo sustenta, tanto desde el punto de vista ético como en la doctrina médico legal y la legislación positiva.

No cabe duda de la importancia de la atención prestada a la autonomía por razones sociopolíticas, legales y morales a la hora de proteger el derecho de autodeterminación del paciente. Sin embargo, el concepto de autonomía cuando se lo aplica en el orden práctico y aún en determinados contextos médico legales, tiene de por sí ciertas limitaciones que pueden impedir la expresión plena del respeto a las personas, expresión que la autonomía debe empero fomen-

tar y la legislación olvida prever e incluir en sus contextos y ordenamientos.

Así, por un lado, la autonomía ha llegado a tener una acentuada *cualidad legalista*, centrada con demasiada frecuencia en las leyes generales relativas a la invasión de la intimidad, la agresión y los agravios. Estas concepciones conducen sin quererlo el legislador seguramente, al minimalismo ético, es decir, al cumplimiento exclusivo de lo específicamente prescrito. De tal manera, las pruebas documentadas y la protección contra pleitos se convierten casi en preocupaciones obsesivas, por parte de los médicos, desatendiendo lo más significativo, que es la cualidad moral de la relación entre él y su enfermo. *En otras palabras, debido al exceso de preocupación en el cumplimiento de un rito pro persona, se omite en la práctica a la persona misma* (11). Se está entonces cosificando al paciente y tratando el acto iátrico como un simple contrato comercial.

Es precisamente esta situación la que da origen a la *"judicialización"* del acto médico, llevándolo a un terreno por demás ajeno a su naturaleza y en el que nunca debería haber entrado (12).

En la experiencia profesional de más de décadas como Perito Médico y Médico Forense, este autor se ha visto en la obligación de tener que dictaminar y/o asesorar a los organismos jurisdiccionales sobre cuestiones que habían sido llevadas a estrados judiciales, cuando en realidad no eran otra cosa que un conflicto moral/ético\*\* dentro de la relación asistencial y relativo a la toma de decisiones, tanto por parte de los médicos que recurrían al amparo judicial ante la negativa del paciente a someterse a una determinada práctica o tratamiento, como por parte de los pacientes, quienes se consideraban lesionados en sus derechos a la *integridad e intimidad por no haber sido consultados antes de tomar una decisión por parte de su médico*.

Muchas de las situaciones ut supra señaladas, mejoran cuando se considera el concepto más fundamental de integridad de la persona, del que la autonomía es una expresión que brota en forma parcial e incompleta.

## Noción de integridad

Es que, como se insinuara ya de suso, en cierta manera, la autonomía emana de la integridad de la persona, constituyéndose en una lógica consecuencia de la persona, término al que es mejor utilizar, ya que el de integridad de la persona puede dar lugar a una confusión lingüística, como ocurre con no pocos autores.

Así, a poco de iniciarse uno en el análisis de los conceptos de integridad y autonomía de la persona, se verá claramente que la primera remite más a "estructura" y el segundo a "calidad de funcionalidad".

La unidad o integridad del ser persona es carácter esencial de ésta, de tal modo que de no tenerla no sería persona o ser humano y por ello será conveniente primero analizar desde una perspectiva médico legal y bioética el concepto de integridad para pasar luego, en segundo término al de autonomía, todo ello partiendo del contexto de la relación médico-enfermo, entendida en los términos de Laín Entralgo (7).

\*\* Cfr. Art 897 del Código Civil Argentino

En otras palabras, explicitada la relación médico-enfermo y sus componentes desde una visión metafísica, se profundizará en las características esenciales de éstos, lo que conducirá de modo inexorable a la clarificación de aquello que se entiende por integridad en bioética contemporánea y aquello que se designa o especifica al hacerse referencia a la autonomía de la persona.

Será posible observar entonces que el término *integridad* remite en a un concepto más complejo y diverso que el de autonomía. Pero para ello se tornará necesario comprender, que este autor, para definir a la persona humana, adhiere al pensamiento tradicional que parte del Estagirita y enraíza en la escolástica del Aquinate, en la que aquella es considerada como *individua substancia, de naturaleza racional*, lo que obliga a tener presente a lo largo de todo el presente trabajo el significado que tienen en esta corriente del pensamiento las denominadas categorías metafísicas de *acto y potencia, esencia y existencia, sustancia y accidente, unidad y multiplicidad, finitud e infinitud, trascendencia e immanencia, causa y efecto* y la más que utilísima categoría de la *relación*. Tan importantes son éstas, que aún el positivismo dieciochesco debió aceptar a las mismas, lo que se refleja en los textos legislativos cuando de la persona y sus hechos, actos o conductas se trata. Véanse sino cómo la investigación para determinar la culpabilidad de una persona en la comisión de un injusto determinado corre por los carriles de la comprensión y de la libertad en la comisión de aquello que se le enrostra, planteándose la cuestión no solamente a nivel bio-psicológico, si no en la dimensión valorativa, reservada de modo exclusivo al juzgador o magistrado (art. 34, 1° Código Penal Argentino.)

De tal manera, la integridad de la persona de suso definida, necesita de la autonomía, como nota constitutiva de su ser, porque la pérdida de ésta impide que se obre como ser humano intacto y completo. Sin embargo, como se verá de suso, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que la integridad, incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es así, *una capacidad de la persona total, pero no es el total de las capacidades de la misma* (10).

Pero, volviendo a la integridad, es necesario admitir desde el umbral mismo de este trabajo que, conceptualmente, el uso del vocablo tiene dos sentidos en la ética médica actual. Ello tal vez debido a una utilización por parte de quienes parten de una urdimbre filosófica pragmática y tal vez confusa, en donde prima por cierto la equivocidad o la analogía conceptual.

Uno de estos sentidos en uso, se refiere a la *integridad de la persona*, del paciente y del médico; el otro, remite al ser una *persona moralmente íntegra* y referido a su manera de ser en la vida.

Pero cabe advertir también desde el inicio que la integridad de la persona pertenece a todas y cada una de ellas, como sinónimo de su *personidad* o esencia, en cuanto ser humano, pero no todas las personas, son personas de integridad. De ello se sigue que en el uso de la bioética actual, oportuno será también distinguir en este término, si se trata de un sustantivo: *integridad*, o, por el contrario, se hace referencia a un calificativo adjetival, esto es, *persona íntegra*.

No escapará al inquieto que, en consecuencia, cada uno de los significados del término que se comenta, tiene impor-

tantes repercusiones en la ética médica y, sobre todo, en la forma de encarar moralmente la relación médico-paciente, siendo útil evitar al máximo el error lingüístico, ya que en efecto, como se ilustrará con amplitud, no hay univocidad en el uso del término, ni tampoco analogía, si no, por el contrario plena equivocidad.

Más aún, el uso del concepto *integridad* como expresión de la persona completa o íntegra, remite a la consideración de varios planos superpuestos: el anatómo-biológico, el psíquico y el espiritual, entre sí indivisibles y ordenados a esa integridad (el todo), no como las partes de una máquina -que ello sería aceptar una concepción mecanicista de lo vital-, si no como un conjunto animado, ni dicotomizado, ni tricotomizado, si no un todo subsistente individual e indivisible, racional, en sí y con capacidad para entrar en sí y desde lo más profundo de su sí mismo, comunicarse como persona con sus similares en especial y con su entorno o circunstancia en general.

Integridad de la persona se entenderá en consecuencia como el correcto encaje y ordenación de las partes al todo; el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana, necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano. Ello expresándose a través de una relación equilibrada entre los elementos corporales, psico-sociales y morales de su vida, urdimbre en el cual ningún elemento es desproporcionado en relación a los otros componentes del todo. Podría entonces considerarse a la *integridad, en este sentido, como sinónimo de salud*. La enfermedad se iguala a "*des-integración*", según Pellegrino (10), a ruptura de la persona, es decir del orden o equilibrio homeostático. Esta ruptura puede ocurrir en una o más de tres esferas, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas: corporal, psicológica y axiológica.

La integridad, como puede verse, es, en definitiva, un asunto de existencia. Es una característica esencial propia a todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, conscientes o inconscientes. No admite grados, ni se puede perder. La integridad no es algo que se tiene, sino que es constitutivo del propio ser en cuanto humano. No se puede transferir a nadie y por ende, violar tal integridad es atentar contra la esencia del ser en cuanto persona humana.

Sin embargo, preciso es prevenir que en numerosísimos ambientes médicos, no formados en medicina humanística, ni en conceptos básicos de filosofía de la persona, que antes se brindaban en la formación secundaria y ahora brillan por su ausencia en no pocas escuelas médicas, suele utilizarse en forma errónea el término de integridad, en referencia pragmática a la integridad corporal. Claro ejemplo del uso de conceptos equívocos, para peor con imbricación también equívoca de planos de reflexión.

A título de ejemplo, el maestro S. Freud afirmaba en no pocos de sus escritos que se abstenía de filosofar, cuando en realidad, algunos de sus trabajos más trascendentes son de un claro corte filosófico y no médico.

En cuanto a la autonomía, por lo general, en el campo ético médico, suele entenderse a la autonomía como una capacidad inherente al hecho de ser persona racional. Es algo que se *tiene* o *se posee* desde el momento mismo que se es plenamente racional. Si una persona no ha desarrollado su capacidad para emitir un juicio racional, carece de auto-

mía. Este es el verdadero contraste entre ambos conceptos.

Pero en medicina interna, algunos autores al referirse a la pérdida de la autonomía en algunas etapas evolutivas como la tercera edad, permiten apreciar hasta qué punto el concepto puede utilizarse con sentido ni unívoco o equívoco, sino análogo. Ello porque trabajan en otro plano, no en el ético, si no en el propio e inherente a la praxis médica.

Así, afirman, “*se trata de un concepto complejo que obliga a buscar causas orgánicas, sociales y psíquicas. Asimismo puede ser el reflejo tanto de una forma de adaptación como de un fracaso de la misma. Si la pérdida de la autonomía ha sido reciente, la actitud terapéutica será al mismo tiempo curativa, si se encuentra una causa curable, y rehabilitadora. Exige tiempo y paciencia. La pérdida establecida de autonomías es una situación heterogénea en lo que se refiere al trastorno, a la incapacidad, a la calidad de vida y al pronóstico. Requiere un enfoque plural de la asistencia, aunque centrado siempre en el paciente. También deberá ser objeto de una reevaluación regular*” (6).

La autonomía, en consecuencia, remite a una capacidad que surge como consecuencia del ser persona. Habla en consecuencia de las características que condicionan al acto o la conducta humana. A la intención, al discernimiento y a la libertad con la que cada ser humano produce un hecho, de ahí que en la legislación codiciaria civil argentina, precisamente al hablarse de los hechos jurídicos, esto es, válidos, se requiere *intención, discernimiento y libertad* (\*\*), remitiendo en consecuencia a las facultades racionales o superiores de la persona humana.

Pero las conductas de protección de la persona, cuando se trata de su autonomía, no bastan si se pierde de vista a la persona en su integridad, o sea, a la persona en sí, tal cual se ha explicitado en párrafos superiores.

Hoy en día es frecuente escuchar entre profesionales que en materia de relación médico- enfermo lo esencial en cuanto al derecho del paciente es que pueda elegir o rechazar un tratamiento. Respetan de tal modo aquello que ha dado en llamarse principio de la autonomía, pero el enfermo en cuanto persona humana necesita algo más que una mera oportunidad de optar. Así, es indispensable que el profesional se esfuerce en colocar al paciente en posición tal que pueda optar como persona. En cierta manera, que éste, al tomar su decisión, lo haga como persona y no como un ente a quien se le respetan algunos principios legales. En tal caso, al obrar el médico respetando la norma (cualidad legalista), deberá necesariamente, al poner su acto profesional, tener a la vista y actuar en consecuencia como ante una persona (respeto a la integridad del enfermo como persona) y finalmente, lo deseable es que lo haga actuando como persona íntegra.

En efecto, todo paciente al asumir una decisión deberá hacerlo, ubicando esta decisión dentro de su historia de vida.

Una decisión particular nunca puede mantenerse aislada de la historia de la vida del paciente, el drama que ha vivido y que vive y de la idea que tiene de sí mismo, su familia y la comunidad, en relación con la decisión en cuestión. En la decisión final se debe tener en cuenta el por qué, el cómo y cuáles de las recomendaciones del médico acepta o rechaza el paciente para que esa elección tenga integridad en sí misma y sea el acto o la decisión de una persona entera o completa.

Así, el respeto a la integridad traslada la decisión del paciente al plano de un pronunciamiento consensuado, es decir, a la toma de una decisión conjunta entre el médico y el paciente. En ese sentido, el respeto a la integridad de las personas exige un esfuerzo decidido para llegar no sólo a una decisión autónoma según criterios externos, sino a una que represente la base de conocimiento y sentimiento entre el médico y el paciente. No se trata de que el paciente asienta o disienta como entidad aislada, sino que el médico y el paciente, juntos, consientan y respeten la integridad del otro.

Por todo lo dicho, surge que no basta solamente que los principios de autonomía y respeto a la integridad de la persona sean necesarios y suficientes para preservar la integridad de la persona enferma en una transacción médica. Lo indispensable también es que el médico respete los matices y las sutilezas del quehacer médico que se conjugan y realizan en el acto médico.

La naturaleza de la enfermedad, su significado físico y emocional, en el contexto de la complejísima relación médico-paciente forman, en su conjunto, una constelación de obligaciones que raramente se encuentran en otros tipos de actividad humana. Esto es precisamente lo que hace que este *inter-encuentro entre médico y paciente, sea algo más que una mera modalidad de contrato tácito, teniendo en su vasta urdimbre un carácter eminentemente humanístico y bioético* (14).

### **Relación entre autonomía, competencia y racionalidad**

Pero no podría completarse el presente trabajo sin señalar las relaciones entre la *autonomía, las competencias y la racionalidad*, términos que muchas veces se toman como equivalentes cuando en realidad no siempre lo son, tal como lo sostiene Outomuro en su obra (8).

Es así que la competencia, podría considerarse como una habilidad de la persona íntegra, que le permite entender, comparar, identificar, relacionar y valorar determinada información, y a partir de allí tomar una decisión determinada, para el caso en análisis, aceptar o rechazar una o más acciones y opciones terapéuticas. Se trata entonces de una habilidad de tipo cognitivo que es inherente a la persona y como toda habilidad tiene características y límites precisos. Debe señalarse que no es una habilidad “absoluta” ya que un individuo puede ser competente respecto de algunos problemas y no para otros. Dicho en otros términos, la capacidad variará del acervo personal y la historia de cada sujeto, y al condicionamiento que los mismos traen aparejados.

También es menester señalar la variabilidad de la habilidad en cuestión ya que se puede ser competente en un determinado tiempo y lugar y no en otro y que no tiene en cuenta la racionalidad de la decisión. La experiencia demuestra que personas competentes pueden tomar decisiones absolutamente irracionales.

Llegamos así a considerar que mientras que la competencia es inherente a la persona que decide, la racionalidad -es decir contar con una razón eficiente o adecuada-, es una característica de la decisión. Es por ello que una persona alienada puede llegar a decidir racionalmente a pesar de tener su autonomía y competencia severamente comprometidas.

## Hacia una guía práctica para la evaluación de las competencias

En nuestro medio hispano-parlante, el Dr. Diego Gracia, en sus trabajos relativos a la ética médica (5), ha efectuado un modelo para la evaluación del nivel de autonomía de un paciente basándose para ello en el concepto de *competencia* (4), entendido como la capacidad de tomar decisiones luego de haber tenido el máximo nivel de información posible sobre el problema o situación sobre la que ha de decidir. El modelo del autor parte por un lado de la situación fenomenológico-existencial del paciente - en el sentido descrito en anteriores párrafos- y por otro al tipo de decisión que en el contexto de la relación médico-enfermo puede el último tomar, además de establecer quiénes son o no competentes en cada nivel o categoría. Dicho modelo puede considerarse como una guía para el médico práctico y permite una unificación de criterios a nivel institucional.

Dada la naturaleza del presente trabajo no se puede pasar por alto la descripción de las mismas.

El mencionado autor establece los tres niveles o categorías de la siguiente manera (4); y me he permitido modificar algunos aspectos, en función de mi experiencia personal:

### A. Categoría N° 1: pacientes con nivel de competencia mínimo.

#### Criterios de competencia:

1. *Conciencia* básica de la propia situación.
2. *Asentimiento* explícito o implícito a las opciones que se le proponen.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* tratamientos eficaces.
- b) *Rechazar* tratamientos ineficaces.

### B. Categoría N° 2: pacientes con nivel de competencia mediano.

#### Criterios de competencia:

1. *Comprensión* de la situación médica y del tratamiento médico.
2. *Capacidad* de elección basada en las expectativas médicas.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* tratamientos de eficacia dudosa.
- b) *Rechazar* tratamientos de eficacia dudosa.

### C. Categoría N° 3: pacientes con nivel de competencia elevado.

#### Criterios de competencia:

1. *Comprensión* reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento.

2. *Decisión* racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* tratamientos ineficaces.
- b) *Rechazar* tratamientos eficaces.

Tal como fuera dicho, el modelo de Gracia puede considerarse una guía de uso práctico a nivel institucional, en particular en aquellas en donde se encuentran profesionales en el inicio de su formación clínica.

## A modo de conclusión

Ha quedado en claro que en el contexto de la relación médico-paciente, interpretada tal cual se ha hecho a lo largo del siglo XIX y XX el principio denominado de la autonomía, tal y como se define a la misma en función de la interpretación que se da hoy al término, presenta determinadas limitaciones.

Esas limitaciones pueden disminuirse si tal principio se ejerce dentro de un marco de profundísimo respeto a la integridad de las personas y se complementa con el accionar de un profesional íntegro, en el sentido que se describiera en párrafos superiores.

Para tomar decisiones moralmente justificables en el contexto de la relación entre médico y paciente, se impone seguir la fórmula: la decisión no debe ser tomada por el médico en lugar del paciente ni por éste independiente del médico, ya que desde el punto de vista fenomenológico estos elementos son inseparables en el contexto de una decisión terapéutica.

La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión se desgaja como fruto mancomunado del médico y del paciente actuando ambos como personas y en diálogo permanente a través del acto médico.

La fórmula que se sostiene preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho ético a la autonomía y el derecho moral o ético más profundo que obliga al hombre a conducirse siempre, sea médico o sea enfermo, con la dignidad inherente a toda persona humana ■

## Referencias bibliográficas

1. Castex MN. La Medicina Egipcia en los tiempos de los Faraones. Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Primera parte XXVI-1992, segunda parte XXVII-1993.
2. Faden RR & Beauchamp TL. History and Theory of informed consent. New York, 1986. p. 235-268.
3. Gherardi C. Reflexiones sobre la futilidad médica. *Perspectivas bioéticas en las américas* 1998; 6: 60.
4. Gracia Guillén D. La Bioética, una nueva disciplina académica. En: *Lecturas de Medicina Legal, Bioética y Textos relacionados*. Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica. Facultad de Medicina, UBA. (art.2.5). 1999.
5. Gracia Guillén D. *Ética Médica*. Madrid, 1999.
6. Kagan I. Altération progressive de l'autonomie. En: Legrand S & Kagan I (ed.). *Guide pratique de Gériatrie, MMI*, Paris, 1998 y Kagan I. Pérdida de la autonomía: valoración y tratamiento, Tratado de Medicina, EMC, Elsevier SAS, París, 3-1080. 2005.
7. Laín Entralgo P. *La Medicina Actual*. Madrid, Ed. Dossat, 1979.
8. Outomuro D. *Manual de Fundamentos de Bioética*. Buenos Aires, Ediciones Magister, 2004. Cap. 6. p. 95-97.
9. Pellegrino ED. Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions. *J Contemporary Health Law Policy* 1989; 5: 53-73.
10. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en ética médica. Disponible en: <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioética/Cap02.pdf>
11. Silva DH. La Autonomía en la Relación Médico Paciente. Aspectos Bioéticos y Médico legales. Buenos Aires, Ed. Dosyuna, 2007. p. 4.
12. *Ibid.* p. 4-5.
13. *Ibid.* p. 3.
14. *Ibid.* p. 12.

# Internación de enfermos mentales: pasado, presente y futuro

**José María Martínez Ferretti**

*Médico Psiquiatra y Médico Especialista en Medicina Legal  
Jefe de Servicio de Terapia a Corto Plazo de Mujeres del Hospital Borda  
Médico Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional  
Profesor Titular de Psicopatología - Facultad de Psicología - USAL*

## Introducción

Para los juristas el hecho de la internación de un enfermo mental es un problema que atañe a la protección de la libertad individual y de los demás derechos del sujeto sometido a esas condiciones. Para los psiquiatras la circunstancia de internar a un paciente, constituye una de las medidas extremas -si no tal vez la más extrema- que saben que deberán tomar hacia alguno de sus enfermos para proteger su salud y, por ende también, su vida. El primero -la libertad individual- derecho máximo en los estados nacionales modernos en las últimas dos centurias y, los segundos -salud y vida-, motivos básicos del ejercicio de la medicina y, también, derechos consagrados en toda legislación avanzada.

Lo enunciado, si bien no tendría por qué producir colisiones o dificultades en la búsqueda del bien común e individual de los pacientes -máxime existiendo leyes específicas que lo regulan-, resulta en la actualidad un lugar de conflicto social y sanitario por el cual ha crecido la intervención de la Justicia en circunstancias que otrora hubiésemos definido como puramente asistenciales, más allá de la imprescindible necesidad de proteger los derechos del sujeto internado. La aparición de patologías cargadas de agresividad, las carencias del sistema asistencial público en Salud Mental, así como los riesgos de acciones legales por responsabilidad profesional, sin duda y a grandes rasgos, se encuentran en la base de aquel crecimiento.

---

## Resumen

El uso del recurso a la internación de los enfermos mentales ha evolucionado a través de la Modernidad, pasando en el último siglo de la era asilar a la concepción de la misma como un recurso terapéutico extremo y lo más breve posible, dejando de ser ya sinónimo de una reclusión indefinida o de carácter carcelario o custodial. En este sentido coinciden teóricamente juristas, médicos y demás profesionales de la Salud Mental pero, en la práctica, aún se producen colisiones o desencuentros como fruto, la mayoría de las veces, de deficiencias del mismo sistema sanitario. Los criterios médico-legales de las internaciones de enfermos mentales en la actualidad deben completar un tránsito que abandone los conceptos de peligrosidad y así pasar a insertarse en la línea de procesos terapéuticos y de prudencia social.

Nuevos desafíos contemporáneos como las drogas y la violencia exigen la instrumentación de estrategias en el ámbito social que exceden lo meramente asistencial sanitario para el abordaje pertinente de estas problemáticas. Se recorren circunstancias y experiencias concretas de la internación de enfermos mentales, con especial acento al ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

**Palabras clave:** Internación - Libertad - Extrema - Terapéutica - Riesgo - Peligrosidad.

PSYHIATRIC HOSPITALIZATION FOR MENTAL ILLNESS. PAST, PRESENT AND FUTURE

## Summary

The use of psychiatric hospitalization for mental illness has evolved through Modernity. In the last century, indefinite and involuntary committal was a widespread practice but has now become an extraordinary and short-term therapeutic recourse. Even though law experts, doctors and other mental health professionals agree on the benefits of this shift, in practice there are disagreements rooted in the shortcomings of health service providers. The current medical and legal criteria for hospitalization of patients with mental disorders should move away from the concept of endangerment and embrace therapeutic procedures and social care.

New contemporary challenges, such as drugs and violence, require the implementation of a social strategy that is more comprehensive than medical treatment. This article presents a series of case studies describing the circumstances that led to the hospitalization of mental health patients, mostly in the city of Buenos Aires.

**Key words:** Hospital admission - Freedom - Treatment - Risk - Dangerousness.

## Historia breve de la internación de enfermos mentales

Si tratáramos de resumir en tres palabras las actitudes que rodearon al recurso de la internación de los enfermos mentales en la era Moderna, sin duda esas palabras serían: humanitarismo, segregación y tratamiento. Estos tres modelos socio-culturales se suceden, confunden y superponen a través del tiempo en lo que respecta a los motivos para la reclusión de estos pacientes.

La mayoría de los autores concuerdan en que el primer hospital que, como tal, albergó pacientes psiquiátricos fue fundado en el año 1409 en Valencia, por el padre mercedario Fray Juan Gilaberto Jofré, ubicando a este hecho como la primera revolución psiquiátrica de la Modernidad (1). Cuentan que dicho fraile, al sentirse conmovido por una escena callejera cargada de burla y sadismo de un grupo de jóvenes hacia un loco -lo que era también habitual para la mentalidad de aquella época-, impulsó a sus feligreses a través de la prédica sobre la necesidad de asistirlos y curarlos. Así fue que se constituyó una "cofradía", que se dio en llamar "de los Inocentes", que erigió una Casa de Orates u Hospital que se llamó, también, de los Inocentes (1, 37, 70, 91).

En 1425 se funda en Zaragoza la Casa de Locos, por voluntad del rey Alfonso V de Aragón. Este Hospital de Nuestra Señora de la Gracia admitía también toda clase de enfermos, pero los dementes ocuparon un departamento separado. Radica en este hecho la particularidad sin duda más memorable de esta fundación, que la ubica como extraordinaria -dado especialmente por la época en que se realizó- al concebirlo su creador como parte del hospital general e incorporado al mismo. De modo que no se trataba de un manicomio-prisión, ni tampoco de un manicomio-asilo, como lamentablemente son muchos de los aún hoy existentes, sino de un manicomio-hospital, muy similar a los que actualmente se propugnan desde las organizaciones y lineamientos internacionales de orden sanitario (91).

En 1436, varios vecinos caritativos de la ciudad de Sevilla, crean el Hospital de Inocentes, bajo la advocación de San Cosme y San Damián, que tenía un sector para dementes integrado dentro del hospital que albergaba también otras enfermedades. En 1483 se fundó en Toledo la Casa de Orates u Hospital de Inocentes, llegando así a fines del siglo XV a contar España, puntal indiscutido de esta revolución, con cuatro manicomios. Los mismos constituyeron una asistencia solidaria de avanzada concepción para la época, que fue tenida como ejemplo durante varios siglos (91).

También fue un español quien creó el primer hospital psiquiátrico del continente americano: Fray Bernardino Álvarez de Herrera, ex-soldado y ex-conquistador penitente, que en 1567 funda en México el Hospital de San Hipólito (1).

Toda esta primera época hospitalaria fue la expresión de la superación de la demonología que había relegado a los enfermos mentales por considerarlos poseídos por demonios o espíritus malignos. Su tenor fue la solidaridad y el humanitarismo imbuido por la fe cristiana (91). Este cambio de actitud que llevó a la creación de los hospitales con la idea de un lugar de asistencia y ayuda de los otrora perseguidos y marginados, constituye la esencia por lo que se la considera, como decíamos antes, la primera revolución

psiquiátrica de la Modernidad. A pesar de ello, resulta justo aclarar que la primera superación de la concepción demonológica en la historia de la humanidad, ocurrió de la mano del alto nivel alcanzado por la cultura griega en los órdenes médico y filosófico, y por la romana en el orden socio-político (1).

A lo largo de los siglos XVII y XVIII, el Racionalismo domina el pensamiento y la cultura europeas, y la locura es confinada al dominio de lo absurdo y lo irracional (71). La glorificación de la razón y la consecuente falta de tolerancia hacia lo irracional, volvió a llevar a un rechazo completo de los enfermos mentales que, presos de la sinrazón, tenían un comportamiento que reñía con las expectativas y el consenso de la próspera sociedad burguesa de la época. Debía proceder a separárselos de la sociedad apartándolos temporalmente o definitivamente, con miras a recuperarlos o, las más de las veces, a segregarlos de plano. Tal era el caso, en Francia, del Hospital General durante el siglo XVII, que no era aún una institución médica sino, más bien, una estructura semi-jurídica, una entidad administrativa que, conjuntamente con los poderes constituidos y fuera de los tribunales, decidía, juzgaba y ejecutaba sobre el destino de las personas (92). Estos asilos donde se encerraban juntos a mendigos, pobres, locos, viejos y criminales, eran verdaderas "jaulas" en las que el loco, igual que los "animales feroces y dañinos", debía estar guardado para protección de la sociedad (38).

A fines del siglo XVIII y particularmente con la Ilustración, la modalidad empieza a transitar de reprimir hacia recuperar al enfermo mental. Simultáneamente se robustece la reacción contra los métodos de coacción y en dos frentes, el asistencial y el legal, se modifican los procedimientos. La alteración mental adquiere un significado positivo que permite entenderla en términos de enfermedad y la ubica antropológica y socialmente en un nivel análogo a las tratadas por el médico. Por ello es que la psiquiatría no surge tanto de una especialización del saber galénico, como sí a raíz de los cambios en la valoración de la locura y, por consiguiente, de quién se ocupa de ella. En medio de aquel clima represivo que caracterizó al Racionalismo, pero imbuidos de estas nuevas filosofías, William Tuke (1732-1819), Philippe Pinel (1745-1826) y Vincenzo Chiarugi (1759-1820) realizan la reforma reclamada por una psiquiatría que va estructurándose como saber médico especializado (1, 92). Si bien en general sólo se da el crédito a Pinel, los tres revelan ser los pioneros de esta reforma. Los tres compartieron la creencia de que cualquier enfoque terapéutico que quisiese ser significativo debería estar dirigido a la parte que la personalidad conservaba sana. Un tratamiento correcto combinaría, para ellos, apoyo y dependencia. Sin excepción, el éxito de la terapéutica requería que el paciente estuviera separado de su familia para ser asistido en el ambiente especialmente estructurado del hospital, donde podría ser tratado como un "niño" en una especie de "familia artificial" (72). El alienado es liberado de sus cadenas intelectuales y físicas, iniciándose la era del tratamiento moral. Con este término ha quedado plasmada en la historia de la psiquiatría esta actitud terapéutica caracterizada por una combinación de apoyo, dependencia y aislamiento asilar. El término moral, en consecuencia, no deberá entenderse como sinónimo de una "acción moralizante" sino como esta modalidad de asistencia desde la vida de costumbres en el interior de los hospitales-asilos (1).

Seguramente tal reclusión pudo constituir un progreso: el de la identificación como objeto de cuidados médicos de una masa de alienados y dementes. Y es en este sentido que la medicina mental con Pinel, Tuke y Chiarugi y todos los demás médicos filántropos de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, se definió a sí misma como asilaria. La edad de oro de este alienismo, por cierto ha consagrado al carcelarismo de la institución como objeto y función de la psiquiatría. Carcelarismo reivindicado a menudo por el alienista como su razón de ser y de hacer, pero por el bien de sus alienados (45). Y dado que la psiquiatría, como decía antes, no surge de la diferenciación de los conocimientos médicos sino de una necesidad social, tampoco lo hace el alienista. De allí que sus funciones absorbieran, muchas veces, las del médico legista como expresión, tal vez, de lo policial y carcelario que otrora reclamara la sociedad y ahora justificaba el alienista en su pensar y su accionar (92).

Ayudante de Pinel en la Salpêtrière, Jean Etienne Esquirol (1772-1840) termina de concretizar esta tendencia, en especial inspirando y redactando la ley francesa de 1838, que se constituyó en modelo y referente internacional en lo que a legislación de alienados compete, por casi un siglo y medio. Esta ley, podemos sin duda decir, fue dictada por y para el alienismo. Desde entonces y por su vigencia, los desdichados que habían sido salvados de los calabozos y de las cadenas, se vieron más solidamente encadenados aún en una camisa jurídico-administrativa (46). La misma disposición arquitectónica de los edificios que pide Esquirol conjuntamente con su proyecto de ley, contribuyen a que, a pesar de haber sido dejadas de lado las cadenas y las prisiones, los medios de contención sigan siendo violentos. Aunque ya muchos psiquiatras insisten sobre la importancia de la dulzura en el trato de los alienados, en 1837, el mismo Esquirol comprueba el uso de cadenas en no menos de cuarenta establecimientos franceses. Aún después, los enfermos continúan siendo sometidos a privaciones de importancia como las señaladas por Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) para el año 1863: mala alimentación, escasez de ropas, harapos y otras muchas más (93).

Poco cambia en la primera mitad del siglo XX y los asilos de alienados siguen siendo el único método instrumentado como medio de reclusión para la protección social de su peligrosidad y para el tratamiento moral teñido de un paternalismo muchas veces humillante y otras francamente violento. Los alienados, esos enfermos que han perdido la razón, y los asilos de alienados donde ellos perdían también la libertad, constituyeron en esa época el primer y global objeto de la psiquiatría. Juntos han formado una especie de imagen falsa, donde se invierten las relaciones de causalidad entre la libertad perdida en el interior del espacio subjetivo de la persona fruto de la enfermedad, y la privación de la libertad que se prescribía en el espacio absolutamente exterior por imperio de la ley y del alienismo médico (47).

La historia en la segunda mitad del siglo XX comienza a transitar nuevos caminos. Podemos destacar tres gérmenes que gestaron este cambio desde dentro del mismo pensamiento psicopatológico. Por un lado, la revolución que introdujo en el campo psiquiátrico las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud (1856-1939) y las innumerables corrientes psicoterapéuticas y de psicología social que deri-

varon de ellas al intentar acercarse a la enfermedad mental como el emergente de la historia y los conflictos del sujeto. Asimismo, las descripciones psicopatológicas de Emil Kraepelin (1855-1926) insertaron definitivamente a la incipiente disciplina psiquiátrica en el Positivismo Científico, que se continuaron luego con innumerables desarrollos teóricos que conformaron un cuerpo de conocimientos respecto al diagnóstico y pronóstico de las enfermedades mentales aún en movimiento hasta nuestros días. Finalmente, el descubrimiento, difusión y perfeccionamiento a lo largo del pasado siglo de las terapias biológicas que se consuma con la llamada era psicofarmacológica y el desarrollo consecuente de las neurociencias en general que han ampliado el horizonte de comprensión de la psicopatología, arraigándola como nunca antes a las otras disciplinas médicas. Estos tres factores -enriqueciéndose y complementándose recíprocamente desde mi perspectiva personal, pero no invalidándose mutuamente- han cambiado en forma irreversible el panorama de la enfermedad mental y las posibilidades, ahora reales y efectivas, de su tratamiento.

La posguerra, primero, y la "guerra fría", después, trajeron también la revalorización jurídica de los derechos humanos, colocando a la lucha contra la marginación y la discriminación de las minorías, como centro de las legislaciones que no olvidaron a los enfermos mentales. De igual manera, en las últimas décadas, el auge de la bioética dentro de las ciencias médicas y la acentuación del principio de autonomía del paciente sobre las decisiones médicas paternalistas, sumó un nuevo discurso al debate en torno de la internación de los afectados de patologías psíquicas. En este contexto, la ausencia de consentimiento por parte del paciente para ser hospitalizado -sea por su negativa directa o sea por su incapacidad de tomar decisiones como fruto de su enfermedad- vuelven objeto de observación y control social y jurídico la medida terapéutica de internar a un sujeto en un establecimiento psiquiátrico.

Así es como la herencia legislativa internacional que reproducía, en mayor o menor medida, la Ley Esquirol de 1838, ha venido cuestionándose desde los principios que proclaman la utilización de la alternativa terapéutica que menos restrinja la libertad del sujeto. En la década de 1960, el psiquiatra social británico John Wing (1923-2010) destacó que las personas que permanecían durante largos períodos de tiempo en hospitales psiquiátricos podían padecer un cuadro que denominó "institucionalismo", que se caracterizaba por pérdida de la iniciativa, apatía, descuido personal, sumisión marcada a la autoridad y excesiva dependencia de la institución. Esto constituía un patrimonio común con las consecuencias de lo que desde la sociología se venía denominando "institución completa" -ejemplos más claros son las cárceles y los manicomios-, donde el trato impersonal es promotor de una degradación, estigmatización y regresión de la dignidad de la persona (63).

A nivel jurídico es reconocida internacionalmente en la actualidad la denominada doctrina de la alternativa menos restrictiva de la libertad ("least restrictive alternative"). La misma tiene su origen jurídico en los Estados Unidos en el año 1966, a raíz del caso *Lake vs. Cameron* que involucraba la internación involuntaria de una mujer de 60 años de edad con diagnóstico de demencia senil, pero que no reves-

tía riesgo para ella o los demás. En la sentencia del mismo el presidente del tribunal expresó “que una persona no podrá ser internada contra su voluntad en un hospital psiquiátrico si pueden ser instrumentadas otras alternativas de abordaje que sean menos restrictivas del derecho constitucional del paciente a su libertad personal” (50).

La experiencia más clara de “desinstitucionalización” lo constituye la italiana a través de la denominada “Ley Basaglia”. Sancionada el 13 de mayo de 1978, como Ley 180, se insertó en el marco más amplio de la Ley 833 de Reforma Sanitaria, recogiendo las experiencias ya llevadas a cabo por Franco Basaglia (1924-1980) en Arezzo y Trieste (1961). Pueden señalarse los siguientes rasgos innovadores:

a) la total abolición del hospital psiquiátrico como “manicomio”, previendo la existencia de específicos servicios de diagnóstico y tratamiento, dotados de camas numéricamente limitadas -no más de quince- insertos dentro de los hospitales generales, permaneciendo intactos y fuera de esta regulación los hospitales judiciales (27). Constituye el tercer período que Ongaro-Basaglia (1987) establecen al hablar históricamente de las internaciones psiquiátricas: el primero fue el “gran internamiento” del alienismo, que fue seguido del “internamiento voluntario”, que a partir de 1978 enlaza con este “gran desinternamiento” (39).

b) intentando superar la identificación del enfermo mental con peligrosidad, la intervención médica se organizaría sobre la base de una acertada necesidad de curación de la enfermedad.

c) la internación sólo se entenderá como situación extrema, cobrando importancia mayor -lo tal vez más innovador- el “tratamiento sanitario obligatorio”. Constituye ésta la primera experiencia de tratamiento compulsivo de carácter ambulatorio o domiciliario, con competencia de la justicia civil (60).

El paciente podría entrar, entonces, en una cura privada si se avenía al tratamiento, en una cura coactiva a domicilio cuando no lo aceptaba voluntariamente, o en un internamiento obligatorio para los casos en que no sean posibles los anteriores debido a la gravedad del cuadro, la negativa del sujeto o que las circunstancias no sean idóneas. Resulta interesante destacar que esta ley no suprime el recurso de la internación como muchas veces se ha creído en nuestro país. Se evitan sí los grandes establecimientos asilares y custodiales con escaso abordaje terapéutico que constituían los manicomios, promoviéndose centros o salas más pequeñas y operativas.

Las teorías no siempre se llevan bien con la práctica, y la “Ley Basaglia” chocó con serias dificultades debido, por un lado, a las limitaciones emanadas de la propia situación de los enfermos mentales institucionalizados que no pudieron reintegrarse por su deteriorada condición, pero, sobre todo, a la ausencia de un genuino cambio en las actitudes del resto de los ciudadanos y de la sociedad en general respecto del enfermo mental (40). El rechazo social al enfermo mental en estas condiciones, no favoreció su integración en la comunidad generando situaciones de indigencia y marginalidad que aumentó las consecuencias adversas para estos pacientes en lugar de solucionarlas. Mantener la inserción en la comunidad y la aplicación de alternativas lo menos restrictivas de la libertad posible, constituye hoy el criterio

generalizado que, para poder instrumentarse en la realidad, deberá fundarse en programas sanitarios de intenso arraigo social y con adecuados recursos. Las teorías sanitarias -como hemos analizado- han avanzado en este sentido y, sin caer en la presuntuosa y -creemos- ostentosa abolición de las internaciones, fomentan establecimientos con unidades numéricamente operativas y con adecuados recursos terapéuticos y de rehabilitación, que se encadenen en red con casas de medio camino, residencias protegidas u otros recursos similares cuando el caso así lo amerite, que permitan un tránsito adecuado y continente del sujeto que ha necesitado ser internado hacia su reinserción social. Insistimos en que la solución no es pretender prohibir o abolir -por ley o por decreto- las internaciones o los establecimientos para ello, sino generar políticas activas y con recursos económicos y humanos para su aplicación, con estrategias alternativas previas y posteriores a la hospitalización. La gravedad o la duración de las patologías psíquicas no se atenúan porque desaparezcan los lugares de internación o se les pongan plazos estrictos, sino porque se instrumenten recursos terapéuticos suficientes, adecuados e integrados con redes sociales que favorezcan la reinserción del sujeto que debió ser internado por la magnitud de su afección.

En la historia ningún cambio es rápido y persisten aún hoy concepciones y costumbres sociales, institucionales y jurídicas que enraizan en etapas superadas, al menos desde lo teórico.

## La internación psiquiátrica en la actualidad

A lo largo del tortuoso siglo XX, la psiquiatría ha ido abandonando, como decíamos, al alienismo con su práctica asilar y, juntamente con toda la medicina en general, ha crecido en la teoría y la práctica asistencial que coloca al hospital como último recurso de tratamiento y no ya el primero. Insistimos en el hecho que, en este sentido, toda la medicina ha sufrido la misma evolución, encontrándose rezagada al respecto aún la asistencia de los enfermos mentales. Así es que hoy, los hospitales generales donde se asiste en toda la variedad de especialidades médicas, son instituciones donde se internan pacientes agudos y no establecimientos de albergue durante largas estadías, como lo eran hasta el siglo XIX. Los avances tecnológicos y científicos son la causa, al permitir terapéuticas más sencillas, difundidas y de aplicación domiciliaria. Aquella medicina tenía pocas herramientas para luchar contra la enfermedad, con lo que la tarea médica en los hospitales generales era, las más de las veces, acompañar la evolución de la enfermedad cuando era de curso crónico o cuidar las secuelas que la enfermedad aguda había producido y, muchas veces también, las que producían los tratamientos heroicos que se intentaban.

No es ajena a esta evolución la psiquiatría, que ayudada indudablemente por los desarrollos en el campo psicofarmacológico, como así también en las diversas alternativas psicoterapéuticas, rehabilitadoras y de la psicología social, hoy como nunca antes en la historia puede visualizar la posibilidad de reintegrar dentro de la comunidad a los que, por trastornos de índole psíquica, otrora hubieran sido reclusos irremediabilmente en forma definitiva. Los médicos psiquiatras en general, y más aún las jóvenes generacio-



nes, conciben a la hospitalización como un recurso extremo y transitorio dentro del devenir de la vida de una persona que, si bien afectada de una patología la más de las veces de curso crónico, no necesita ver limitada irreversiblemente su inserción en la sociedad. Los juristas y magistrados, por su función de custodios de la libertad y de los derechos de las personas, coinciden en este fin al mantener la prioridad de la instrumentación de medidas que restrinjan lo menos posible la libertad personal (17, 25, 41, 50). Cabe aclarar que considerar a la internación como un recurso extremo no se refiere a conceptualizarlo como sinónimo de último ya que muchas veces, por diversas circunstancias clínicas o sanitarias, el paciente llega a la consulta cuando ya la internación es el primero y pertinente recurso a aplicar, asemejándolo sí al criterio extremo de una indicación de una intervención quirúrgica o una internación en terapia intensiva de la medicina general.

Por lo general, actualmente, las internaciones son breves, en servicios e instituciones abiertos donde no rige la clausura ni la incomunicación con la familia y el medio social. En los establecimientos modernos, el tiempo apremia para instituir terapéuticas que posibiliten ser continuadas en forma ambulatoria, en el seno de la familia y de la comunidad. El crédito de la psiquiatría contemporánea no pasa por la "elegancia" edilicia de las instituciones psiquiátricas, tampoco por la seguridad de sus "rejas", la altura de los "muros" que les rodean o por la eficiencia de sus funciones custodiales, sino por la eficacia y celeridad de los tratamientos que se instituyen y por la movilización de los recursos humanos que se ponen al servicio de la pronta e integral recuperación de la salud mental del sujeto. En ese quehacer, la internación deja de ser un fin que se termina o se agota en el encierro, y pasa a ser sólo una pieza importante del recurso terapéutico institucional, asumiendo características similares a las de otras ramas de la medicina, no debiendo pesar ya más sobre ella -al menos en forma sistemática y generalizada- las sospechas de un acto de encierro represivo o de gente peligrosa (13).

La imagen pública del enfermo mental también ha cambiado en la segunda parte del siglo pasado en función de, al menos, tres factores principales: la evolución de la medicina científica que mencionamos en los apartados anteriores, los cambios en la sensibilidad social que han movido al respeto de las minorías y la mutación de los modelos antropológicos sobre la condición humana con una mayor liberalidad y apertura en las concepciones (82). Estos tres factores han evolucionado profundamente a lo largo del siglo XX, produciendo un cambio que ha generado una nueva perspectiva con que la sociedad recibe hoy la imagen del enfermo mental, obviamente no aún carente de fisuras.

Tanto desde el ámbito científico como desde el jurídico el criterio predominante en la actualidad coloca a la internación de los enfermos mentales como un recurso extremo, de aplicación exclusiva cuando sea imposible otro abordaje terapéutico, o la prudencia social lo aconseje, o cuando el sujeto sea absolutamente incapaz de proveerse los cuidados mínimos. Con esta aproximación al problema, se han promovido diversas estrategias orientadas al tratamiento de estas afecciones que no impliquen una restricción a la libertad del sujeto enfermo, evitando sumar otra limitación más a las ya emanadas de la patología que lo aqueja. Así

nacieron los hospitales de día, las casas de medio camino, las residencias protegidas, los hospitales de noche, las granjas terapéuticas comunitarias, los talleres protegidos, los grupos de autoayuda, el acompañamiento terapéutico, los más diversos talleres terapéuticos y de expresión y otras muchas experiencias que van naciendo casi día a día. Los hospitales generales y centros asistenciales ofrecen servicios de consultorios externos donde se estructuran estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas individuales, familiares, de pareja, grupos terapéuticos y otras variantes. Los grandes hospitales especializados en Salud Mental son hoy, por lo general y -en especial- en nuestra ciudad de Buenos Aires, hospitales de puertas abiertas donde el encierro no constituye el fundamento del accionar terapéutico y donde, la mayoría de las veces, el mismo no existe al contar el paciente con salidas a prueba y otros estilos de paseos o reinserciones en la sociedad.

Destaquemos aquí que la falta de políticas activas del Estado para crear en número suficiente las instancias intermedias a la internación es la principal causa de la prolongación de la misma por razones sociales en muchos pacientes. Los mismos grandes hospitales especializados en Salud Mental de nuestra ciudad son los que han debido crear, en su propia órbita, casas de medio camino, hospitales de noche, hospitales de día e, incluso, ampliar la atención en consulta externa a una población varias veces superior a la internada en un corte transversal, debido a la falta o la demora en la atención en otros efectores. Poco han hecho las instancias administrativo políticas para generar esos estamentos de contención que se pregonan, a pesar que desde el año 2000 hay una ley en la ciudad que así lo promueve.

Fijémonos que la misma recientemente sancionada Ley de Salud Mental, con el N° 26657 (7), en su artículo 15° expresa que "en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemas sociales..." y, en un extraño eclipse, en el art. 18° expresa que "en caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible...". Es claro que el cambio no dependerá de pedidos a jueces o de órdenes de estos, sino de que el Estado destine real y concretamente los presupuestos y conduzca efectivamente las políticas al respecto. No se puede derivar a alguien a un lugar que no existe o sugerirle un subsidio que no se instrumenta o que se atienda en un effector que no tiene turnos.

Así mismo, persisten aún en la actualidad en la comunidad estilos de discriminación y marginación del enfermo mental, que atentan contra un modelo de internaciones breves con una rápida reinserción social. Y uno de los factores -sin duda no el único- que generan esta situación lo constituye el conocido mito de la peligrosidad del enfermo mental. Mito que no sólo se encuentra arraigado en la comunidad en general, sino que de él participan muchas veces los actores mismos de la trama de la internación, esto es, los profesionales de la Salud Mental y los jueces. Esperar un pronunciamiento categórico sobre las conductas futuras del internado para generar su egreso de la institución, haciéndose responsable del destino de la libertad de un ser humano, son circunstancias que conducen, muchas veces,

a mantenerlo internado a la espera de que desaparezca por completo una supuesta peligrosidad, lo que sólo ocurrirá con la muerte o el encierro definitivo. Mantener esta hospitalización de una persona por el "acaso" que pueda dañarse a sí y a los demás en un futuro más o menos cercano, constituye un tema delicado en lo que respecta a la protección de los derechos del paciente como también a la pertinencia sanitaria (13). Pero no debemos olvidar que, la mayoría de las veces, es la misma comunidad la que cierra las puertas a una reinserción social asumiendo esta creencia generalizada en los riesgos que conlleva la enfermedad mental y el trabajar o convivir próximo a quien la padece. Debemos denunciar aquí también, en un extremo aparentemente opuesto, cierta falsa condescendencia -mezcla de discriminación y ridiculización- que rodea repetidamente al tema del loco y la locura, en especial en los medios de comunicación y en ciertos marcos ideológicos: sólo conduce a mantenerlo lejos con un distinguo, tal vez teñido de piedad pero, igualmente, motivo de marginación. Muchas veces los pacientes aparecen funcionalizados por un discurso que, con el pretexto de favorecer su expresión, sin embargo no los libera de la marginación al reforzar su imagen de raro o distinto de los modelos sociales y tampoco los libera, mucho menos, de las cadenas de su patología.

Pero también existe otra forma de marginación, que es la que surge del escaso lugar que ocupa la Salud Mental en los presupuestos oficiales. Hospitales y centros públicos vaciados de personal profesional y de las suficientes mejoras de infraestructura, no pueden ofrecer la prestación en salud que las teorías permiten suponer. Esto genera que el proceso de tránsito por una internación y la posibilidad de una reinserción social no puedan tampoco llevarse a cabo en los tiempos que la patología psíquica y su evolución por sí misma hubieran generado. Como decíamos antes, los recursos asistenciales alternativos a la internación no existen en cantidad suficiente, obtener un turno ambulatorio en un efector cercano al domicilio puede ser a meses de distancia, los subsidios o pensiones asistenciales o habitacionales demandan también meses -sino años- de trámites, agregando otro obstáculo fatídico a muchísimas externaciones. Todo conlleva a una discriminación social peor que la emanada de la misma enfermedad y que muchas veces también cargan los profesionales y trabajadores de los efectores públicos de Salud Mental. Una historia política que tiñe la realidad de la internación de enfermos mentales en nuestro país.

### **Criterios legales de internación**

En la práctica médica habitual, tras el examen de un paciente en una situación clínica considerada como de urgencia, muchas veces surge la propuesta e indicación terapéutica de internación en un establecimiento psiquiátrico. Hay casos en que el propio enfermo consiente y si se considera que tiene capacidad para ello, el internamiento tendrá carácter voluntario. Sin embargo, puede ocurrir que el enfermo no reúna las condiciones exigibles para tomar una decisión voluntaria y en caso de requerir internación, éste debe llevarse a cabo sin su consentimiento. En este caso, como así también ante la negativa explícita en virtud de su estado mental que lo hace no reconocerse enfermo, nos encontramos ante las circunstancias de una internación de carácter involuntario (22).

Aun ante la posibilidad de una internación voluntaria, la convivencia del paciente con otros enfermos mentales, la administración de psicofármacos que afectan en mayor o menor medida la lucidez y, por ende, la capacidad de decisión del sujeto, como también la posibilidad de que del agravamiento del cuadro inicial sobrevenga una pérdida de la conciencia de enfermedad y un consiguiente no reconocimiento de la necesidad de tratamiento, resultan ser cuestiones que justifican la afirmación sobre lo especial de estas circunstancias. Cuánto más pensarlo cuando la internación debe efectuarse absolutamente contra la voluntad de la persona afectada al no reconocer ésta su necesidad como resultado de la misma patología que lo afecta, constituyendo terapias compulsivas o bajo mandato que consisten, sin eufemismos y en una mayor o menor medida, privaciones de la libertad con fines terapéuticos. Aunque pensáramos en pacientes acompañados por una familia que lo representara legalmente a nivel de un consentimiento informado que salvara el principio bioético de la autonomía, la participación -muy frecuentemente observada en la práctica clínica- en una genuina patología familiar, puede colocar al profesional ante el difícil problema de responsabilidad profesional que provocan los pedidos de externaciones contra la opinión médica o, directamente, la negativa a internarlo a pesar de un cuadro psicopatológico de riesgo manifiesto. La situación inversa es posible, y la familia puede favorecer la reclusión del paciente con miras a desvincularse del mismo, siendo sabias las legislaciones que ya desde antaño indicaban que el médico firmante del dictamen de internación no debía tener vínculo familiar o de otros intereses con el enfermo (26).

Como expresáramos antes, en la actualidad desde el ámbito sanitario, no se conceptualiza a la internación como una medida custodial o relacionada con la peligrosidad de una persona. La internación de un sujeto afectado de una enfermedad mental constituye una conducta terapéutica que si bien puede prevenir consecuencias dañosas, fundamentalmente constituye la posibilidad de instrumentar tratamientos más intensivos que los aplicables en forma ambulatoria y, muchas veces, proveer un ambiente más continente que una familia patológica o un medio social estresante. En este sentido y necesario para hacer válido este razonamiento, los lugares de internación deben tener las condiciones asistenciales y, sobre todo, los recursos humanos suficientes y capacitados para ofrecer lo antes expresado. Debemos recalcar, entonces, que la internación de un enfermo mental es una instancia de tratamiento (6) que, secundariamente, previene conductas dañosas, tal vez funcionando en este aspecto como todas las internaciones de la medicina en general: vale como ejemplo que un médico clínico interna a un paciente afectado de una neumonía para tratarlo y, secundariamente, para evitar los contagios. Pero la internación de un enfermo mental no puede conceptualizarse actualmente como lo inverso, es decir, una medida de custodia o de seguridad en la que secundariamente se aplican actividades terapéuticas. Analizar de esta manera a la internación no constituye sólo una diferencia semántica o aleatoria en su orden, ya que lo terapéutico y el control de riesgos no necesariamente van de la mano en muchas circunstancias, como analizaremos más adelante. Así mismo, sostener en la teoría o en la práctica la segunda conceptuali-

zación significaría colocarnos genuinamente a contramano de la historia del pensamiento humano en general.

Así como las condiciones de tratamiento han variado en los establecimientos dedicados a la asistencia en Salud Mental, también se han modificado los criterios que motivan una hospitalización psiquiátrica, donde más que un diagnóstico lo que se valora es el estado concreto del enfermo y su contexto (69). Podríamos resumir estas circunstancias de la siguiente manera:

a) para procurar un tratamiento y atención intensivos, especializados y constantes, que en otra parte serían imposibles de instrumentar, ya sea por la gravedad del caso o por la negativa emanada del desvío judicial que sufre la persona;

b) debido a la posibilidad que consecuencias adversas puedan resultar si la persona no es internada, considerándolo profiláctico de acciones que resulten dañosas para sí mismo o para otros; y

c) cuando, por motivos valederos y comprobados, nadie pueda hacerse cargo del paciente y el grado de afección le impidan atender sus propias necesidades básicas de supervivencia (alimento, vestido, higiene, cuidado personal, etc.).

En cuanto al segundo de los ítems considerados, podríamos decir que no difiere sensiblemente de la fórmula del Código Civil en su artículo 482, que habla de “riesgo de daño” y no de “peligrosidad” como lo hace sí el Código Procesal en sus artículos 624 y 629 así como, por ende, muchas disposiciones judiciales, aún en el fuero Civil. Nos permitimos opinar que la “letra” de las leyes debe ser clara y colocarse a la altura de los avances científicos, jurídicos y de derechos humanos ocurridos en la última centuria, para expresar su sentido sin prestar a equívocos. Por eso es que consideramos que las expresiones “profilaxis de daños”, así como “prudencia para la vida de la sociedad” que surgen del criterio aplicado por la norma de fondo al hablar de “riesgo de daño”, resultan fórmulas más adecuadas a la circunstancia real que determina la hospitalización de una persona afectada por trastornos mentales y, fundamentalmente, más acorde con los criterios antes mencionados. Muchas legislaciones, entre ellas la española y la italiana, prescinden de la figura de la peligrosidad como motivo de internación (4, 28). Es que no puede fundamentarse en forma indubitable la habitual suposición de que todo enfermo mental sea menos capaz de controlar su conducta o más propenso a la peligrosidad (42), siendo imposible, al nivel actual de la ciencia, prever seriamente la conducta futura de un enfermo mental o de cualquier ser humano, como decíamos antes (18). Ya Nerio Rojas destacaba el riesgo que constituía la aceptación legal de la tipificación de una “peligrosidad predelictual” (88) y, actualmente, es considerada como absolutamente contraria a la seguridad jurídica (90).

Recordemos que en el discurso jurídico de la criminología positivista, a la “peligrosidad” del delincuente se le debía aplicar una “medida de seguridad” (12, 35, 49, 57). Si bien avanzado respecto al castigo carcelario de las teorías clásicas, la posibilidad de extrapolar estos términos al sujeto que cursa una patología psíquica por la que es necesario un tratamiento en internación, nos ubica más cerca de la era asilaria y del carcelarismo que la caracterizaba. Esto sin abandonar el criterio de Nerio Rojas antes expuesto, respecto a que este sujeto paciente psíquico no ha cometido ningún delito.

Creemos también que el abandono del término “peligrosidad” contribuirá a disminuir la marginación del enfermo mental (13, 19). Una madre con razón nos decía: “¡mi hijo no es peligroso!”. Si bien cabe la explicación a la misma del lenguaje jurídico, hemos asistido muchas veces a través de la historia al abandono de determinada terminología por ser discriminatoria de alguna minoría. La psicopatología incluso ha abandonado términos como “idiota” o “imbécil” que describía a los grados profundos del Retraso Mental, por ser hoy expresiones más asociadas al insulto que a la clínica (73). En este sentido, insistimos, la letra de la ley no debe favorecer equívocos o, directamente, la discriminación (62).

Así mismo y en similar línea de pensamiento, cabe hacer una aclaración sobre el uso del término “alta médica”. Creemos más adecuado hacer mención a “externación”, debido a que en rigor de verdad, en problemas psicopatológicos, nunca se da un “alta” al salir de una internación. Es decir, no le decimos al paciente que está curado y que su afección se ha terminado, sino que -todo lo contrario- se le indica y se asegura la continuidad y cumplimiento de un tratamiento ambulatorio para su afección, habiendo sólo cesado los motivos que hicieron necesaria la medida extrema de internarlo. Por eso, expresiones como “externación”, “egreso” o, si se quiere, “alta sanatorial o de internación”, resultan más apropiadas y prestan a menos equívocos, en especial hacia los mismos pacientes. Por otra parte, esperar un alta médica en sentido estricto, o sea la desaparición por completo del padecimiento psíquico, conduciría nuevamente a concepciones asilarias, eternizando la internación y negando la posibilidad de reinserción social al sujeto afectado.

Pero ha avanzado aún más el debate en los últimos tiempos, en especial a la luz de fallos judiciales al respecto (31, 32): ¿es la peligrosidad o, más correctamente, el riesgo de daño a sí mismo o a terceros el dato relevante que debe valorar el profesional asistencial y, lo más cuestionado, generar entonces a partir de dicho riesgo una internación psiquiátrica involuntaria por su sola decisión? Desde el discurso jurídico defensor de las garantías individuales de los sujetos afectados, el riesgo de daño a sí y/o a terceros constituye el único motivo por el cual se puede producir una internación compulsiva o contra la voluntad del paciente. La Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y la recientemente aprobada Ley Nacional 26657 utilizan los términos de “cierto e inminente” para caracterizar a ese riesgo y habilitar una internación involuntaria y desde varios autores se refuerza aún más al mencionarlo como “grave, cierto e inminente” (55). Volvemos a nuestra pregunta inicial, ¿esa internación debe ser producida por un exclusivo accionar sanitario o, en virtud de la protección de la autonomía y la libertad del sujeto en cuestión, debe sólo producirla una autoridad judicial, aún a riesgo que las demoras del procedimiento puedan colocar en peligro la salud o la vida del paciente? La legislación de nuestro país ha sido históricamente restrictiva al respecto, incluso habiéndose producido conflictos entre la Ley 22914 y la mencionada ley porteña 448 (74, 96).

Quedará siempre abierto, igualmente, el cómo producir una defensa efectiva de la dignidad, la libertad y la integridad de los derechos humanos del sujeto afectado de una

enfermedad mental en circunstancias de una urgencia, sin desproteger uno de esos mismos derechos que es el de la salud. Los médicos y, en general también, los profesionales de la Salud Mental son educados y entrenados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. No son y no deben ser agentes de contención o seguridad, forzados desde ese lugar a actuar por encima de la decisión o voluntad de las personas llamados a asistir (97).

Desde el razonamiento jurídico defensor de las garantías individuales surgen varias preguntas: ¿puede ser la internación involuntaria de un enfermo mental una decisión sólo médica? Si no lo es, ¿debe primar entonces el derecho personal a la libertad y a la autodeterminación sobre su tratamiento (la autonomía en el discurso bioético), aún encontrándose el sujeto enfermo mental afectado de un trastorno que compromete su capacidad de tomar decisiones en su vida y la actividad crítica sobre la realidad? ¿Qué accionar autorizar ante circunstancias de riesgo inminente que no pueden demorarse por el carácter de la urgencia? Claro está el problema de garantías, ya que es el mismo sujeto profesional el que diagnostica esta circunstancia de salud que afecta la capacidad de autodeterminación del paciente, quedando otra vez toda la decisión doblemente cerrada sobre un sólo profesional. Ya la legislación había previsto desde hace tiempo en nuestro país, que fueran dos profesionales médicos los necesarios intervenir para una internación de un enfermo mental (10, 36).

Desde el pensamiento filosófico, antropológico, sociológico y del derecho se ha cuestionado el rol del psiquiatra en este ámbito, planteándose que puede constituirse en un control sobre la seguridad de los pacientes, si se quiere en extremo paternalista (3, 23, 51, 52, 54, 62). Mucho se ha avanzado al respecto en las teorías jurídicas internacionales en lo atinente al respeto de las decisiones de los enfermos mentales y a la necesidad de no considerar la incapacidad como una condición general, sino a analizar las capacidades específicas de decisión en determinados aspectos de la vida del sujeto, como por ejemplo la internación o la medicación, tanto desde declaraciones de organismos internacionales o legislaciones de varios países (14, 44, 58, 61, 83, 84).

La privación de la libertad personal en nuestro régimen constitucional, es atribución exclusiva del Juez (16, 30, 75, 76). Así mismo, la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, legislaciones de otras provincias (9, 64) y países, así como la recientemente aprobada Ley 26657, priorizan la actuación de un equipo interdisciplinario en la decisión de la internación. Sin embargo, cabe preguntarse qué profesiones pueden tomar una determinación de tamaño envergadura. Si afirmamos que tanto lo que genera la necesidad de internación como el condicionamiento de la capacidad de autodeterminación del sujeto en cuestión es una psicopatología, mal podrán opinar profesionales en cuyas curriculas de formación no sea extensa dicha temática. Con ese criterio, difícilmente pueda el Estado delegar la certificación de la necesidad de una internación en la determinación de un trabajador social, un terapeuta ocupacional o un enfermero, aunque sí participen del debate interdisciplinario al respecto. Pero tampoco consideramos que podría hacerse sobre un médico sin especializar en psiquiatría, en virtud que su formación psicopatológica es escasa, fugaz y,

lamentablemente en general, desestimada por el promedio de los alumnos más inclinados hacia la formación general de la carrera en las especialidades quirúrgicas o clínico-biológicas. Sin duda el psiquiatra y el psicólogo son dos profesionales abocados a la psicopatología, pero las leyes de ejercicio profesional de ambas disciplinas en nuestro país, mantienen una preeminencia del médico -en general y sin aclarar especialidad- para decidir en esta cuestión (65, 67), circunstancias estas que se han modificado aún sin reglamentar específicamente con la Ley 26657, generando no poca confusión y discusión al respecto. En esta misma línea argumental, cabe agregar que no todo profesional de la psicología tampoco avanza en su formación de igual manera en las áreas psicopatológicas de la clínica. Así existen, de hecho, psicólogos dedicados a psicología laboral, educativa o a la investigación, siendo de la opinión sobre la necesidad de una especialización reglamentada y habilitada ante las autoridades sanitarias, que nos permita evitar lo que antes expresábamos hacia los médicos no especializados en psiquiatría. Recordemos aquí que la psiquiatría es una instancia de postgrado, de un profesional médico que se ha especializado en la psicopatología con una formación que se extiende desde las neurociencias al psicoanálisis más allá, claro está, de las tendencias circunstanciales de época o establecimiento de formación. El psicólogo especializado, o psicólogo clínico si se quiere, requerirá también una formación amplia en psicopatología, abarcando campos que no debe desconocer aun desde su incumbencia. Personalmente consideramos que, sin un replanteo consensuado de la legislación de ejercicio profesional de ambas disciplinas así como de los regímenes de especialización y formación de ambas, la instrumentación de la ley 26657 continuará siendo un campo de batalla más que un lugar de encuentro.

Algo similar podríamos preguntarnos respecto a la instancia judicial que interviene en el control de estas internaciones y la defensa de los derechos del sujeto afectado. ¿Puede un Tribunal que se dedica a divorcios, adopciones, violencia familiar, también entender en estos casos de internación de enfermos mentales? ¿Se requieren estructuras más especializadas e, incluso, más ágiles para un procedimiento que debe ser, la mayoría de las veces, urgentemente resuelto? Fijémonos como, incluso, desde el ámbito jurídico se plantea que los abogados que se dediquen a la tarea de defender a sujetos internados en el marco de la Ley 26657, requieran una especialización en Salud Mental (86).

Ya en varios foros nacionales e internacionales, el autor de este trabajo ha insistido en la creación, al menos factible en la Ciudad de Buenos Aires, de un fuero que se especialice en Salud Mental o, concretamente, en la decisión de internar contra su voluntad a un sujeto padeciente de una enfermedad mental y, a la vez, proteger la integralidad de los derechos del mismo (77). En la legislación inglesa, por ejemplo, se contemplan los llamados Juzgados de Protección (Court of Protection) que funcionan las 24 horas del día los 365 días del año (15), que podrían constituir una modalidad parecida a la aquí propuesta. De la misma manera, organismos defensores de los Derechos Humanos insisten en la creación de instancias judiciales o del Ministerio Público que, debidamente especializadas, asesoren y asistan a los pacientes en lugar de reemplazarlos en sus decisiones (24, 94).

No podemos dejar de hacer mención aquí a la reciente reforma del mencionado artículo 482 del Código Civil, instrumentada por la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en diciembre de 2010. Remitimos a su detallada lectura (8), así como a diversos análisis que ya se han hecho (80) y, seguramente, se irán efectuando sobre el mismo. Haremos sólo algunos comentarios que fueron realizados incluso, días previos a la sanción de la ley, ante las Comisiones del Honorable Senado de la Nación que debatían el tema, con el objeto de aportar a un mejor texto de ley según nuestra modesta opinión. Resulta llamativo que al considerar la condición de riesgo que justifica la internación, como hemos venido analizando, se haya omitido el uso del término daño. En efecto, el texto finalmente sancionado, sólo utiliza la expresión riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, expresión que aparece también en los artículos 20° y 23° refiriéndose a la internación involuntaria, utilizando sí el término daño en el artículo 5° pero no refiriéndose a la internación específicamente, sino a que un diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, en el capítulo de definiciones que establece la nueva ley. Podríamos preguntarnos ¿riesgo de qué entonces?, ¿existen otros riesgos en el ámbito del Derecho y en la vida social en general que no sea el de daño?, estimamos que sí. Sabemos que el Derecho Civil donde se inscribe esta norma, no reúne los criterios de tipificación que sí posee el Derecho Penal, pudiéndose por analogías arribar al principio que más protege al sujeto más débil -en este caso, el paciente-, sin embargo podemos lícitamente preguntarnos ¿por qué se omitió ese concepto?, ¿fue intencional? Pero con señal de alerta también cabe preguntarse, ¿podrán generarse situaciones en que otro riesgo hacia terceros que no sea el daño, genere una internación involuntaria? Siendo un debate más jurídico que médico, dejo abierto el interrogante a los especialistas de ese campo.

Como expresáramos antes, existen tendencias que limitan aún más el accionar en una internación involuntaria al agregar el concepto de grave al riesgo cierto e inminente de daño a sí y a terceros (55). La nueva ley en general no lo hace y tampoco al reformar el artículo 482 del Código Civil, pareciendo quedar a medio camino de las teorías garantistas y de defensa de los derechos humanos que la enmarcan. Ubicuémonos ante la posibilidad que un enfermo mental sea internado sólo por el riesgo cierto e inminente de ofender con su accionar a terceros, sin alcanzar estado de gravedad ese riesgo. Fijémonos que esta omisión puede convertir al texto legal en un instrumento de control social -circunstancia que nos consta no fue intención del legislador- al habilitar la posibilidad que por riesgos menores opuestos a una conveniencia de sector, pero que sean ciertos e inminentes, un sujeto sea internado. Podrá parecer exagerada esta afirmación anterior, incluso teniendo en cuenta que la gravedad puede tener también una valoración subjetiva, pero sabemos que la defensa integral de los derechos humanos de las personas hace necesario abundar en los instrumentos legales de previsión de posibles violaciones a los mismos (48). Recordemos que el asilamiento de disidentes políticos fue una herramienta utilizada en el mundo por regímenes autocráticos de diverso y extremo signo, que no permitamos vuelvan a existir en nuestro país.

Un último comentario a esta nueva redacción del artículo 482 del Código Civil lo constituye el lugar en que queda ubicada la autoridad judicial. Fijémonos que en el primer párrafo se lo limita a una función de posterior aprobación y control, debiéndose sobrentender la posibilidad de una desaprobación, pero no desde el texto del nuevo artículo 482, sino extrapolándolo del artículo 21°, inciso c) de la misma ley. Así mismo, el tercer párrafo limita al juez a disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario. Si de dicha evaluación surgiera necesaria la internación, no hace mención de quién dispone la misma: ¿el equipo interdisciplinario? Si convenimos que una internación es una privación de la libertad y que en nuestro régimen constitucional la única autoridad habilitada a tal fin es el magistrado, el preguntarnos por esta fórmula elegida por el legislador es, al menos, justificada (33, 34, 80, 86). Seguramente, de la complementación con el resto del texto legal se obtendrán soluciones a lo aquí planteado, pero si aceptamos en la codificación una función de conferir unidad y coherencia a la legislación así como contribuir al conocimiento de la misma (11), cabe al menos decir que la formulación de este nuevo texto no lo ha logrado acabadamente.

### **Tentación de nuevas formas de contención social**

Agregando otro perfil a nuestro planteo y a pesar de la evolución descripta anteriormente respecto a la internación y al abandono de un esquema custodial en la misma, en estas últimas décadas podemos observar la aparición de nuevas problemáticas que colocan a los profesionales de la psicopatología nuevamente ante la tentación de actuar como agentes de contención social. Esta circunstancia, incluso, favorece la judicialización previa de muchas intervenciones asistenciales, incluso en mayor número de oportunidades que lo específicamente normado en la legislación a efectos de la protección de la libertad individual del sujeto internado. Consecuentemente, la intervención judicial, con una inevitable carga en nuestro medio de reminiscencia a la peligrosidad y al control social, se ha extendido y diversificado en nuevas acciones en el mismo seno de la comunidad, que esbozaremos a continuación.

En esta línea de nuevas problemáticas encontramos, por ejemplo, al consumo de drogas que se ha extendido en los distintos niveles sociales con mayor número de consecuencias nefastas que las que produjera desde tiempo inmemorial el consumo de bebidas alcohólicas. La marginalidad generada por su condición de ilegalidad, nuevas presentaciones de las drogas que se obtienen a menor costo, los mayores efectos conductuales y los producidos por la abstinencia, así como la frecuente asociación con la delincuencia, han hecho variar la percepción social y judicial respecto a los riesgos sociales y la peligrosidad de los alterados mentalmente. Sin dejar de afirmar, como hacíamos antes, que la peligrosidad del que padece trastornos mentales es en gran medida un mito social, debemos hacerlo tal vez mencionando la salvedad de que se combinen con el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias psicofisiológicas, donde muchas veces surge una, si se quiere, peligrosidad social. La no aceptación de su problemática por parte de los drogodependientes, los efectos intrínsecos de la

intoxicación, la violencia asociada y las condiciones especiales de internación de estos trastornos que la mayoría de las veces se efectúa por fuera de los episodios de consumos -es decir con sujetos lúcidos y no alienados-, han obligado a una mayor participación de la Justicia en estos casos. Incluso constituyen hechos que tuvieron gran difusión en los medios de comunicación social, las circunstancias en que la no intervención médica produciendo la internación de un personaje público consumidor de sustancias psicoactivas, fue condenada por estrados judiciales aún no existiendo un riesgo que pudiese ser catalogado como cierto ni, mucho menos, inminente al momento que fueron realizadas las correspondientes evaluaciones profesionales, máxime atendiendo a que los hechos que tuvieron el desenlace fatal se produjeron dos semanas después.

Un segundo factor a analizar, muy unido al anterior, lo constituye la violencia como fenómeno social y, en especial, en el seno de la familia. Asociado con los vacíos de la autoridad en el medio familiar y la ausencia de estructuras de contención que eran habituales en otras épocas dentro de la convivencia comunitaria, los conflictos intrafamiliares ya no quedan escondidos en su seno -y esto es bueno- pero no encuentran solución en otras estructuras sociales, generando la búsqueda de la intervención judicial para resolverlos. La legislación, incluso, ya lo ha cristalizado en ese sentido en la ley 24417. Sin lugar a dudas, alguna problemática psíquica subyace cuando se llega a la violencia dentro del núcleo familiar, generando entonces la pretensión de dilucidar la necesidad o no de internación del sujeto denunciado, en una búsqueda de contener de esa manera, la peligrosidad o riesgo social de estos sujetos violentos.

Cabe destacar, entonces y llegados a este punto, que un especial análisis requieren las afecciones psíquicas que, sin producir alienación, pueden generar conductas violentas o de riesgo comunitario. Muchos de los denominados trastornos de la personalidad son proclives a actitudes disruptivas que pueden llevar a serios daños a terceros pero no constituyen el tipo de enfermedades mentales a las que corresponda la indicación del recurso terapéutico o de contención de una internación psiquiátrica. Por ejemplo, ante un marido, un hijo o un vecino violento o que no acaten normas de convivencia, la internación en un establecimiento psiquiátrico no resulta la conducta terapéutica ni social apropiada. Pero si en esos trastornos de la personalidad no existe intención de hacer tratamiento ambulatorio o un trámite judicial ha aumentado su disgusto, pueden generarse situaciones que exceden el marco de acción de la psiquiatría y de las demás profesiones de la Salud Mental en general. Y aunque aceptaran el tratamiento, que la mayoría de las veces es realizado sólo a manera formal o de mero cumplimiento, las modificaciones que el mismo generaría aún con una evolución favorable no excluyen el riesgo de crisis o descontroles episódicos.

Cabe destacar que, en otro tipo de trastornos de la personalidad como son los llamados *borderline* o *límitrofes*, también es discutible el criterio de riesgo de daño como elemento único a considerar en la decisión de internación. Hemos encontrado muchos trabajos publicados al respecto e incluso nuestra experiencia clínica nos ha enseñado a priorizar el criterio de beneficio terapéutico global aún

dejando abierto riesgos de daños que pueden ser considerados con alto grado de posibilidades en su producción (5, 53, 68, 85). Es que la internación en estos trastornos, si bien puede proteger consecuencias dañosas, al menos transitoriamente, refuerza muchas veces conductas patológicas regresivas y promotoras de actuaciones impulsivas que no eximen de conductas auto o heterolesivas dentro de la internación similares a las que se intentó proteger con la misma, en ocasiones incluso impredecibles e inevitables aún con la mejor contención humana y tecnológica que disponga el lugar de alojamiento. En gran cantidad de oportunidades también ensombrecen el pronóstico y la evolución futura al sumar componentes patológicos emanados de la misma internación vivida coercitivamente. Nos ubicamos en estas ocasiones, ante uno de los más claros ejemplos en donde el criterio de internación o no, viene dado fundamentalmente por lo terapéutico y secundariamente por lo preventivo de riesgos de daño.

La violencia, el consumo de drogas y otras muchas conductas disruptivas sindicadas comunitariamente como de riesgo, son fenómenos psicosociales complejos que asientan en motivos que exceden al caso individual y se extienden a razones culturales, sociales, económicas, laborales y que resulta obviamente insuficiente querer abordar sólo desde la atención psicoterapéutica -en el sentido integral del término- del sujeto que se erige en emergente.

Estas problemáticas deben sincerar a la sociedad y ser abordadas ampliamente, evitándose la simplificación de tomar el caso particular desde la perspectiva de la hospitalización. Incluso las alternativas asistenciales, sean terapéuticas o sociales, deben contar con recursos múltiples de abordajes que actúen desde la prevención y el tratamiento, pero que sostengan a la internación como un recurso extremo, como hemos venido expresando. Tener a todos los violentos y los drogodependientes internados no es una solución ni factible ni deseable para la sociedad (77). Incluso atendiendo a que en estas problemáticas, si bien pueden requerir momentos evolutivos de mayor control y contención en sus tratamientos o a que por determinadas características extremas puedan requerirlo en forma prolongada (2), esto no representa sinónimo de internación en establecimientos psiquiátricos convencionales, ya que requieren recursos de abordaje específicos y a que no resulta conveniente la convivencia con otros pacientes afectados de un tipo diverso de psicopatologías, a los que habitualmente los trastornos de la personalidad con alto nivel de conductas violentas perjudican como un tuberculoso a un inmunodeprimido, si se me permite la burda comparación. Desde lo médico nadie internaría conjuntamente a esos dos tipos de patologías a pesar de poder estar ambas relacionadas con lo infecto-contagioso, pero se intenta internar conjuntamente muchas veces a afectados de trastornos antisociales, adicciones o sujetos violentos con pacientes deprimidos, defectuados por una psicosis o, en general, desvalidos de su autocuidado, por estar todos estos relacionados con lo psicopatológico. Por otra parte y en un nivel no menos importante desde la Salud Mental, muchas veces la internación psiquiátrica no es la conducta más pertinente para los trastornos que analizamos porque la resolución de su multifactorial problemática debe instrumentarse en el inter-

cambio con el medio social, familiar, laboral y no en un estilo de aislamiento o reclusión asistencialista y, muchas veces, sobreprotectoramente complaciente. Volvemos aquí al planteo antes esbozado que coloca para el profesional de la Salud Mental como prioritario al criterio terapéutico con respecto al de riesgo de daño.

Si bien la psiquiatría, y la Salud Mental en general, tienen un papel a cumplir en estas nuevas problemáticas y en medio de las actuales condiciones socio-asistenciales, no creemos que deba conservar un rol excluyente y solitario en que muchas veces es colocada hoy en día por la formación tradicional, la práctica habitual y la legislación vigente, como también por la sociedad al debatirse sólo entre internación o no internación de estos sujetos -volvamos, por ejemplo, a la cantidad de veces que este planteo aparece por los medios de comunicación ante casos resonantes-. Las problemáticas complejas siempre requieren soluciones complejas, debiendo la sociedad, desde su organización política -administrativa, legislativa y judicial-, generar los medios para esas soluciones. Esto aseguraría no solo la mejor defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectadas por padecimientos mentales, en lo que se refiere no sólo a la libertad individual sino también a la salud y a la calidad de vida -es decir a la vida misma-, sino también a la protección de la sociedad y del ejercicio responsable de las profesiones atinentes a la Salud Mental y a los derechos y calidad de vida también, de los agentes concretos de las mismas.

### **Intervención judicial previa a la evaluación sanitaria**

Hemos analizado en otras oportunidades como toda internación psiquiátrica genera una intervención judicial (74, 75), fundamentalmente enmarcada en la protección de la libertad individual del sujeto. Así consideramos cómo la Ley 22914 habilitó claramente procedimientos de urgencia en que no podía cumplirse el trámite judicial con anterioridad a la internación, según lo ya contemplado en el art. 482 del Código Civil y, avanzando aun más, la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires posibilitó internaciones involuntarias del paciente sin acompañantes que la solicitaran, ante situaciones que resultaran impostergables. Cabe destacar, incluso, que el texto aún sin reglamentar de la Ley 26657, no invalida el accionar de un médico psiquiatra que, con anuencia de familiares y ante un riesgo cierto e inminente evaluado en un enfermo mental (suicidio, agresión grave, etc.), aplicando el principio de estado de necesidad y en cumplimiento de un deber (circunstancias contempladas en el artículo 34°, incisos 3° y 4°, del Código Penal) (29) y a los fines de evitar un mal mayor (muerte, lesión, etc.) proceda a producir un mal menor (restringir la libertad de un sujeto), observando lo normado en su Ley de Ejercicio de la Medicina (Ley 17132, art. 19°, incisos 3° y 5°) (66) genere la internación de la persona con el fin de desplegar las estrategias terapéuticas apropiadas. Observemos que la nueva normativa dispone en sus artículos 16° y 20° la necesaria intervención de otro profesional en la evaluación o el dictamen que se elabore, haciendo clara mención que ese informe debe ser producido dentro de las 48 horas. No nos parece que haya sido la intención del autor de la ley

conservar la posibilidad de este accionar médico, sino más la errada presunción que los hospitales especializados en Salud Mental funcionan aún con criterios y procedimientos del Siglo XIX. En los hospitales públicos especializados de la ciudad de Buenos Aires que internan enfermos mentales, desde el mismo ingreso del paciente en la Guardia tanto como en la admisión que se realiza el primer día, se aborda al sujeto, desde hace mucho tiempo, a través de un equipo interdisciplinario que consensúa las decisiones en el marco de sus respectivas incumbencias. Es decir, equipos interdisciplinarios vienen evaluando a los pacientes -como decíamos, desde las incumbencias respectivas de cada profesión- en su ingreso y tratamiento en estos hospitales, desde muchos años antes de la sanción de la Ley 26657. Hospitales que, por otra parte, no son espacios estancos ya que los ingresos y egresos anuales han superado en los últimos tiempos en casi el doble a la población internada, con un promedio de duración de la internación de entre tres y cuatro meses, a pesar incluso de un porcentaje sensible de prolongaciones por las cuestiones sociales y la carencia de lugares de derivación antes expresadas (78).

A pesar de existir, como decíamos al inicio del párrafo anterior, herramientas asistenciales para abordar la mayoría de los casos, en la práctica cotidiana se generaban muchas circunstancias en que era necesaria la orden judicial previa a la internación. Creemos que esto ha sido debido a falencias de los sistemas de asistencia público y privado, que por diversos factores no ofrecen salidas a la comunidad, originando la necesidad de recurrir a la instancia judicial. Según nuestro criterio médico antes desarrollado y coincidentemente con la nueva norma promulgada, un procedimiento asistencial que secundariamente debería ser judicial a los efectos de proteger derechos, se invertía en la práctica generando medidas que muchas veces no se encontraban a la altura de lo que los desarrollos teóricos que desde el campo de la Salud Mental se pueden ofrecer en la actualidad.

El sistema público hospitalario se ha encontrado desde hace años desbordado por la demanda social. Esto genera que muchas internaciones que deberían producirse en forma directa y por una interacción entre distintos efectores sanitarios, han requerido la intervención de la Justicia, por ejemplo, ante la falta de camas para internación de enfermos mentales que lo necesiten. Este es el caso de intentos de suicidio u otros episodios, que luego de asistidos en hospitales generales por sus consecuencias físicas, pasaban días o semanas en espera de una derivación a un establecimiento psiquiátrico, la cual sólo terminaba produciéndose ante la orden judicial, aun cuando se contara con los requisitos de consentimiento personal o familiar para producir la medida con la legislación vigente hasta el 2010 y la actual. El paciente, ese tiempo, ocupa una cama de emergencias y recibe un control por interconsulta de los profesionales del servicio de psicopatología del hospital general, que aunque bueno, no constituye el abordaje ideal. Ambas situaciones, al distraer la aplicación pertinente de los recursos asistenciales y no brindar la atención específica dentro del sistema al sujeto afectado, constituyen sin dudar, un despropósito asistencial.

Cabe aquí hacer un breve comentario sobre el tema de las internaciones en hospitales generales dispuesta en el art. 28° de la Ley 26657. ¿Qué modelo se tomará al respecto?

¿Serán internados en Salas especiales o en las mismas Salas de Clínica Médica, en camas contiguas a pacientes con otras afecciones? En este último caso y como decíamos más arriba, ¿es el abordaje ideal el sistema de interconsultas?, ¿el paciente en cama?, ¿dónde fueron a parar las psicoterapias grupales, los talleres y las demás actividades terapéuticas que han probado ser tan útiles incluso en internaciones breves?, sin olvidar el tema de las infecciones intrahospitalarias. Las Salas especializadas en Salud Mental, sin embargo, han probado su utilidad y consideramos que constituyen una experiencia a extender en todos los hospitales generales, logrando incluso resolver el problema antes planteado de las derivaciones. Igualmente consideramos, desde nuestra experiencia asistencial, que no todos los casos podrán recibir el abordaje apropiado en un hospital general, sea para la contención de conductas dañosas como por la diversidad y duración de abordajes que puedan requerir.

La asistencia pública de la Ciudad, carece también de un sistema de emergencias psiquiátricas apropiado: cuenta sólo con una ambulancia psiquiátrica de 24 horas y otra de 12 horas para todo el tejido urbano que cuentan con un médico psiquiatra y el conductor. Los sistemas privados de emergencias, muchas veces, evitan los riesgos de las internaciones compulsivas cuando además deben actuar produciendo la internación desde el medio domiciliario. Si la familia, entonces, no puede llevar al paciente al hospital o a la clínica por sus propios medios, deberá recurrir a iniciar un trámite judicial para internarlo, con las consecuentes demoras que esto genera y el riesgo antes expresado. Y digo deberá, porque esta es la instancia contemplada en el tercer párrafo del art. 482 del Código Civil aprobado por el nuevo texto legal. Generalmente estos trámites se inician con un certificado médico que se le entrega a la familia para ese fin. En qué lugar queda ese médico si la familia no inicia el trámite o si el mismo se demora, en caso que se produzcan consecuencias dañosas antes de generarse la internación. ¿Debió haber promovido él mismo la internación ante la autoridad judicial, policial o comunitaria? Mucho se ganaría en tiempo y en mejor atención sanitaria, si equipos interdisciplinarios del ámbito asistencial abordaran estas situaciones en forma domiciliaria en los casos que pudieran cumplirse los recaudos legales de las internaciones contemplados incluso en el nuevo texto legal nacional y en la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires.

La internación de un enfermo mental, es acuerdo general, constituye una circunstancia asistencial orientada a un tratamiento apropiado y ya no una reclusión carcelaria. La Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en su artículo 19º, define la internación como una “instancia de tratamiento”, destacando explícitamente su inserción en un plan terapéutico. En este sentido, consideramos que aún las internaciones involuntarias deben producirse como procedimientos esencialmente terapéuticos, intentando reducir el uso de la fuerza policial y/o judicial a su más mínima expresión a través del concurso de equipos interdisciplinarios imbuidos de un espíritu asistencial. El Poder Judicial y la sociedad toda, debe motorizar que la autoridad en política sanitaria cree equipos de estas características, que instrumenten la internación de la forma más apropiada posible, pudiendo luego ser seguido el modelo por los

prestadores del ámbito privado. Es más, estos efectores sanitarios públicos podrían ser los convocados por los Jueces Civiles para efectivizar la evaluación ante pedidos familiares o de vecinos en forma domiciliaria, evitando demoras o intervenciones policiales y, de ser necesaria la internación, instrumentarla en el mismo momento y con herramientas eminentemente asistenciales. En el imaginario social de nuestra ciudad, es vivida como menos invasiva la presencia en un domicilio del SAME que la de un médico forense, un funcionario judicial o la policía, facilitándose de aquella manera un examen psíquico que puede verse deformado en este caso, por la “sensación” de haber sido “denunciado ante la ley” por alguien. Insistimos en el concepto de que es la deficiencia en el sistema de salud -público y privado- lo que obligó durante décadas al Poder Judicial a cubrir dicha deficiencia con estos procedimientos, con el fin de evitar daños mayores.

Desde un criterio sanitario, creemos que las urgencias asistenciales no deben ser materia de competencia judicial, a no ser en el aspecto de la protección de los derechos del sujeto padeciente. Pero en función de la protección de esos mismos derechos, consideramos contraproducente la demora en la asistencia adecuada, pertinente y eficiente que deben brindar los efectores asistenciales existentes para dicha tarea, demora generada por trámites e intervenciones judiciales que, por más celeridad que se les quiera dar, muy difícilmente llegan a alcanzar los tiempos que generalmente requieren las urgencias asistenciales. La protección de los derechos en cuestión -y en especial de la libertad individual protegida en el Código de fondo en su anterior y su nueva redacción- debería admitirse *post factum*, a título de evitar el riesgo de consecuencias adversas mayores sobre la salud o la vida del paciente por las demoras de un trámite judicial previo. Otros países, como el caso de España, han legislado con este fundamento (43, 79) y el texto de la Ley 26657 se orienta en ese sentido.

En este sentido, una interesante articulación ya experimentada entre la comunidad, lo asistencial y lo judicial, lo constituyeron los denominados Centros de Observación y Evaluación. El artículo 14o de la Ley 22914 emplazaba al Ministerio de Justicia a estudiar la constitución de un Centro de Observación para recibir a las personas cuya internación se inicie con intervención de la autoridad policial, observándose las disposiciones de los artículos 3o y 4o de dicha norma legal.

Este tipo de Centros de Observación tiene su historia, previo incluso a aquella ley. En el año 1888 se reorganizó en Buenos Aires, la Alcaldía del Oeste, con dos secciones, una de las cuales quedaba reservada para dementes. En 1892 se habilitó un nuevo lugar para “depósito de detenidos”, instalado en la calle 24 de Noviembre, entre Victoria (hoy Hipólito Yrigoyen) y Rivadavia, manteniéndose allí una sección para presuntos alienados. Finalmente, en 1899 nació la Sala de Observación de Alienados, cuyo fundador fue Francisco de Veyga y donde se desempeñaron, entre otros, José Ingenieros y Nerio Rojas (59). Allí eran examinados los sujetos, de ambos sexos, encontrados en la vía pública o a requerimiento de vecinos o familiares, que luego de evaluados se decidía su internación o la entrega a la familia, o la libertad, según el caso (89). Hasta 1957 funcionó en un pabellón contiguo al servicio médico de la Cárcel de Contraventores de Villa Devoto, pero ese año fue



disuelta y los pacientes allí retenidos fueron enviados al Pabellón Lucio Meléndez del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. José T. Borda" (59). Resulta evidente el criterio custodial que subyacía en el funcionamiento de aquél "depósito".

Contemporáneo a la sanción de la Ley 22914, en el Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental, realizado del 6 al 8 de Octubre de 1983 en Buenos Aires, se aprobó por unanimidad la ponencia que proponía la creación del Centro dispuesto en el artículo 14o de dicha norma legal, dependiendo del Poder Judicial de la Nación e instalándose en un edificio donde se proyectaba -en ese entonces- instalar al Cuerpo Médico Forense, el que ejercería el control profesional del mencionado Centro (87). No permanecerían detenidos en comisarías, lugar que no les correspondía, ni serían derivados a hospitales psiquiátricos sin previa evaluación. El artículo 14o preveía la participación de este Centro en los casos en que la internación se inició "con intervención policial", aunque al mencionar al artículo 4o de la norma, se extendería, también a los casos de "urgencia".

Aquel Centro nunca funcionó, y fue recién en 1994, a raíz de la transferencia a la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires de los Hospitales "José T. Borda", "Braulio A. Moyano" y "Carolina Tobar García", que la Secretaría de Salud de la Ciudad dictó la Resolución No 1125 del 10 de Junio de ese año (BOMCBA 19850 - 19/08/94) creando el Equipo de Trabajo y Admisión, Evaluación y Derivación de Pacientes con Patologías Mentales, que funcionaría en dichos Hospitales. Haciéndose eco de esta Resolución, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, a través de la Acordada No 919 del 9 de Agosto de 1994 (Tomo XXVIII), instruye a los Jueces del Fuero a que en los casos de los incisos a) y c) del artículo 1o de la Ley 22914 (judicial y policial), previo a la orden judicial de internación, deriven a dicho Equipo de Trabajo -del que participará también, en virtud de esta Acordada, un Médico Forense- solicitando opinión coordinada al mismo.

Durante unos años, este Equipo funcionó en el Hospital "Dr. José T. Borda" con el nombre de Sala de Observación y Evaluación (S.O.E.) y del Dictamen Médico producido luego de evaluaciones interdisciplinarias donde participaban psicólogos y asistentes sociales, signado en cumplimiento de la norma vigente entonces por dos médicos psiquiatras y legistas de dicho nosocomio conjuntamente con el Médico Forense designado para tal función, se notificaba al Juez la conducta sanitaria más adecuada hacia cada paciente en los casos en que el magistrado así lo solicitara y en las internaciones por disposición de la autoridad policial. Este equipo actuaba, también, en los casos de urgencia contemplados en la Ley 22914 y de todo su accionar se generó, incluso, una sensible reducción de las internaciones, derivándose también a pacientes a otras alternativas terapéuticas menos restrictivas de la libertad o a establecimientos más adecuados por patología o por cobertura social (56, 81).

Constituyó ésta una forma eficiente de articular -dentro de la legislación vigente entonces- la acción de protección judicial con la pertinencia sanitaria, a través de la intervención de equipos interdisciplinarios que evaluaban al paciente durante un período breve apropiado y con los recursos asistenciales a su disposición, generando derivaciones adecuadas a su problemática e, incluso, a su cobertura social.

Todas estas herramientas y recursos, resultan de imposible aplicación en medio domiciliario produciendo al contrario traslados forzados por lo apresurado e improvisado del procedimiento en dicho medio, al no contar con el adecuado soporte y articulación asistencial.

Volviendo sobre intervenciones que necesariamente deban hacerse en los domicilios, consideramos que debe insistirse a la autoridad en política sanitaria la creación de dispositivos domiciliarios de abordaje interdisciplinario para que -con la participación de médico psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermero y personal de seguridad específicamente capacitado y sólo en caso, este último, de ser estrictamente necesario- en el supuesto de ser lo indicado generen las internaciones o, si corresponden, las derivaciones a Centros de Observación y Evaluación, en mejores condiciones de protección de los derechos del paciente al ser abordados sanitaria e interdisciplinariamente, con el menor atisbo reclusivo y en tiempos más céleres para evitar las demoras antes comentadas. En varios hospitales generales dependientes del Gobierno de la Ciudad ya se han realizado concursos para seleccionar profesionales psiquiatras y psicólogos permanentes de guardia y así contar, en los mismos, con camas para internaciones breves. Constituirían estos hospitales generales así como áreas especiales de los hospitales especializados en Salud Mental, lugares ideales para ser evaluados y, sobre todo, asistidos adecuadamente los pacientes en estas condiciones. Para nada reivindicamos proyectos que se quisieron instrumentar en la Ciudad de Buenos Aires hace unos pocos años, que contemplaban un único Centro evaluador, con un esquema radial de funcionamiento y sesgo catalogador de individuos, ajeno absolutamente a lo que se quiere plantear desde estas líneas y contrario al espíritu de la legislación reciente y al de la entonces vigente en la Ciudad.

Resulta oportuno comentar que en los Estados Unidos, dentro de las doctrinas que promueven alternativas menos restrictivas de la libertad, se ha planteado la necesidad de adecuados centros, conformados por profesionales experimentados que, antes de la internación y de una audiencia judicial, decidan la instrumentación de otras medidas terapéuticas con la consecuente derivación. Estos centros de diagnóstico, como ocurrió con la SOE en nuestra ciudad, funcionan en estrecho contacto con la Justicia, para proveer a un más efectivo emplazamiento del paciente. Así mismo, antes del acceso al nivel médico, los juristas americanos proponen, dentro de esta doctrina, una efectiva tarea de trabajadores sociales y centros de información que asesoren y conduzcan hacia una adecuada consulta psiquiátrica como método efectivo para prevenir las internaciones (25).

La intervención de un equipo interdisciplinario, incluso en medio domiciliario, facilitaría la instrumentación de abordajes terapéuticos en los casos en que no es necesaria la internación. La contención adecuada de estos profesionales y la articulación directa con un turno o lugar concreto de atención asesorado desde dentro del mismo sistema asistencial, serían el desenlace obligado en las situaciones en que no ameritara aplicarse el recurso extremo de la hospitalización.

Una alternativa ya experimentada en el ámbito de nuestra ciudad y que resulta cercana a lo comentado, es el llamado AdoP -y su versión para la infancia: AdoPi-, sistema de asistencia psiquiátrica y psicológica que instrumenta tra-

tamientos de abordaje interdisciplinario en los domicilios para contener situaciones de emergencia a través de visitas cotidianas y sucesivas por un lapso estipulado, intentando no llegar a la necesidad de internación (95). Este sistema ha funcionado con óptimo resultado, generando el paso a un tratamiento ambulatorio o la derivación apropiada a un centro especializado de internación de no obtenerse un progreso evolutivo favorable del cuadro que aqueja al sujeto.

Una articulación entre este sistema de asistencia domiciliaria y la propuesta de los equipos interdisciplinarios de emergencias antes mencionados, permitiría el abordaje apropiado de las denuncias efectuadas ante autoridad judicial de presuntos insanos. Los Tribunales podrían solicitar la evaluación a dichos equipos interdisciplinarios de emergencias que ofrecerían no sólo una evaluación del paciente, sino también de su medio familiar y social, permitiendo incluso la instrumentación si es necesaria en el mismo momento de su internación o directamente la articulación de la derivación a un efector ambulatorio o domiciliario pertinente a la patología, cobertura social o zona geográfica. Insistimos en la concepción de la internación psiquiátrica como un hecho terapéutico y, en ese sentido, los Juzgados Civiles de la Capital Federal desde hace mucho tiempo encomiendan procedimientos terapéuticos a efectores sanitarios del ámbito público como los Servicios de Psicopatología de los diversos hospitales o el Consejo del Menor. Dichas áreas cuentan con carreras profesionales que aseguran el nivel y la idoneidad de los agentes que intervengan, no teniendo porqué dudarse, desde la Justicia, de la pertinencia del accionar que resulte.

Llegados aquí vuelve a aparecer la necesidad de un fuero de Salud Mental dentro de la Justicia Civil de la Ciudad de Buenos Aires, en principio, pero creemos que progresivamente instrumentable en todo el país. Consideramos que estamentos judiciales especializados y concentrados puramente en el tema Salud Mental y, en especial, en las

circunstancias de internación, con una planta de interdisciplina profesional, podrá ofrecer una respuesta efectiva y pertinente a las nuevas demandas legislativas. Así mismo, podría lograrse una articulación con el espacio sanitario que evitaría muchos de los problemas antes mencionados en estas mismas líneas. Ya la Justicia Civil avanzó en una especialización al separar los campos Patrimoniales de los de Familia, en una dirección que creemos similar a la aquí expresada.

## Epílogo

Si se puede tener esperanza en este momento de disidencias en el área de la Salud Mental, es en la necesidad de articular no sólo un sistema que proteja la salud y la vida de los que por su padecer mental no puedan hacerlo por sí mismo pero respetando integralmente su dignidad y sus derechos, sino fundamentalmente en conceptualizar lo imperativo de desarrollar en nuestro medio, un ámbito integrador de pensamiento y acción, no ideologizado ni corporativo, imbuido de los avances en las ciencias humanas, jurídicas, psicológicas y médicas producidos en la última centuria.

Pueden los actuales ser hechos entorpecedores, pero también la oportunidad de debatir opciones para habilitar y promover procedimientos que prioricen el eje terapéutico y asistencial de la internación psiquiátrica, dentro del contexto aceptado universalmente en la actualidad por juristas y médicos, de una medida extrema y transitoria, alejada de una reclusión carcelaria de sujetos peligrosos, orientada sí a una rápida y efectiva intervención sanitaria, así como a la estable resocialización del paciente. En este sentido han sido hechos los comentarios y sugerencias anteriores. No ha sido la intención de este escrito abundar ni profundizar en un análisis de la nueva ley 26657, para lo que nos dedicaremos oportunamente con mayor detalle y fundamento ■

## Referencias bibliográficas

1. Alonso Fernández F. Historia de la Psiquiatría, en su obra "Fundamentos de la Psiquiatría actual", Madrid, Paz Montalvo, 1979, Tomo I. p. 5-9.
2. Basile AA. Fundamentos de Psiquiatría Médico-Legal. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2001. p. 169-172.
3. Bauman Z. Modernidad líquida. México, Fondo de Cultura Económica, 2002. p. 28-43.
4. Bercovitz Rodríguez-Cano. El régimen de internamiento involuntario en centros sanitarios. En: Delgado Bueno y otros. Psiquiatría Legal y Forense, obra citada, p. 836.
5. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 2004; 18: 226-239.
6. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires No 1022 - 07/09/2000 - pág. 18898 a 18903. Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley N° 448, Artículo 19°.
7. Boletín Oficial de la República Argentina, Año CXVIII, Número 32.041, Buenos Aires, viernes 3 de diciembre de 2010.
8. Boletín Oficial de la República Argentina, Año CXVIII, Número 32.041, Buenos Aires, viernes 3 de diciembre de 2010. Ley 26657. Artículo 43° "Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez

- podrá previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilitación.”
9. Boletín Oficial Provincia de Río Negro N° 2909 - 10 de octubre de 1991; pp. 1-2: Ley N° 2.440 de la Provincia de Río Negro: sancionada el 11/09/1991, promulgada el 03/10/1991- Decreto N° 1466/199.
  10. Bonnet EFP. Psicopatología y Psiquiatría Forenses. Buenos Aires, López Libreros Ed., 1984, Tomo II. p. 1993.
  11. Borda G.A. Manual de Derecho Civil. Parte General. 16° edición actualizada. Buenos Aires, Editorial Perrot, 1993. p. 77-78.
  12. Bornstein SJ, Raymond SG. Etat dangereux. Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Paris) 37145 A10-12.
  13. Bringas Núñez E. La peligrosidad del enfermo mental en los fueros del derecho civil y del derecho penal. *Vertex* 1991; 2 (6): 283-285.
  14. Bustin J. La Ley del Reino. *Vertex* 2010; 21 (89): 55-62.
  15. Bustin J. La Ley del Reino. *Vertex* 2010; 21 (89): 55-62.
  16. Cárdenas E, Grimson R, Álvarez J. El juicio de insania y la internación psiquiátrica. Buenos Aires, Astrea, 1985.
  17. Cárdenas E, Grimson R, Álvarez J. El juicio de insania y la internación psiquiátrica. Buenos Aires, Astrea, 1985. p. 19-26.
  18. Cárdenas E, Grimson R, Álvarez J. El juicio de insania y la internación psiquiátrica. Buenos Aires, Astrea, 1985. p. 81.
  19. Cárdenas E, Grimson R, Álvarez J. El juicio de insania y la internación psiquiátrica. Buenos Aires, Astrea, 1985. p. 24.
  22. Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad Médica y Psiquiatría. Madrid, Editorial Colex, 1990. p. 174-175.
  23. Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad Médica y Psiquiatría. 2a ed. Madrid, Editorial Colex, 1998. p. 225-256.
  24. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI). Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2008.
  25. Chambers D. Alternatives to civil commitment of the mentally ill: practical guides and constitutional imperatives. *Michigan Law Review* 1972; 70 (6): 1168-1181.
  26. Cobreros Mendazona E. Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales. *Revista de Administración Pública* 1981; 94: 154-158.
  27. Cobreros Mendazona Eduardo. Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales, ob. cit., pág. 142.
  28. Cobreros Mendazona E. Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales. *Revista de Administración Pública* 1981; 94: 145.
  29. Código Penal de la Nación Argentina: Artículo 34°: “No son punibles... inciso 3°: el que causare un mal por evitar otro mayor inminente al que ha sido extraño... inciso 4°: el que obrare en cumplimiento de un deber...”
  30. Constitución Nacional: Art. 18°: “... Nadie puede... ser arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente”. En un régimen de tres Poderes del Estado como el argentino, el único Poder competente para privar de la libertad es el Judicial.
  31. Corte Suprema de Justicia de la Nación, S. 493. XLII. Recurso de hecho: “S. de B., M. del C. c/ Ministerio de Justicia - Poder Judicial - Estado Nacional”. 01/09/09.
  32. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Competencia N° 1511. XL. “Tufano, Ricardo Alberto s/ internación”, 27/12/05.
  33. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallos 139:154 CSJN (1923): “Es insostenible dentro de un régimen constitucional que ofrece las garantías de no ser arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente... la facultad de un director de un hospicio de alienados para juzgar por sí solo de la insania de las personas internadas en el establecimiento y para mantenerlas recluidas por su propia autoridad”
  34. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallos 328:4832 CSJN (2005) causa “Tufano, Ricardo Alberto s/ internación”, ya citada: “Que en nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces designados por la ley. Estas reglas (del debido proceso marcadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos) deben, con mayor razón, ser observadas en los procesos en los que se plantea una internación psiquiátrica coactiva en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran frecuentemente quienes son sometidos a tratamientos de esta índole, erigiéndose por ende, como esencial el control por parte de los magistrados de las condiciones en que aquélla se desarrolla.”
  35. Covelli JL. La peligrosidad: su evaluación y desarrollo hipotético en los grupos sociales excluidos. Ciudadela, Dosyuna Ediciones Argentinas, 2010. p. 75-96.
  36. Cubas MA. Los certificados médicos de alienación mental. En: Boletín del Asilo de Alienados en Oliva, Año III, Número 7, Marzo 1935, Oliva, Córdoba, Argentina. p. 85-86.
  37. Delgado Bueno, Rodríguez Pulido, González de Rivera. Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos. En: Delgado Bueno y cols. *Psiquiatría Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 637.
  38. Delgado Bueno, Rodríguez Pulido, González de Rivera. Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos. En: Delgado Bueno y cols. *Psiquiatría Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 640.
  39. Delgado Bueno S. Alternativas al internamiento involuntario. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 665.
  40. Delgado Bueno S. Alternativas al internamiento involuntario. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 666.
  41. Delgado Bueno S. Alternativas al internamiento involuntario. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 663-673.
  42. Delgado Bueno S. Alternativas al internamiento involuntario. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 664.
  43. Delgado Bueno S. Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*, ob.cit. pág. 645.
  44. Dell’Acqua P, Rotelli F. Basaglia a Trieste. Cronaca del cambiamento. Pavona (Roma), Stampa Alternativa/Nuovi Equilibri, 2008.
  45. Ey H. En defensa de la psiquiatría. Buenos Aires, Huemul, 1979. p. 22-26.
  46. Ey H, obra citada, p. 27.
  47. Ey H, obra citada, p. 25-26.
  48. Famá MV, Herrera M, Pagano LM. *Salud Mental en el derecho de familia*. 1a edición. Buenos Aires, Hammurabi, 2008. p. 52-59.
  49. Ferri E. *Sociología Criminal*. Madrid, Góngora, 1907.
  50. Firestone M. *Psychiatric patients and forensic psychiatry*. En: Sanbar-Gibofsky-Firestone-Le Blang. *Legal Medicine*. American College of Legal Medicine. St. Louis: Mosby; 1995. p. 589.
  51. Foucault M (1973-1974). *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au collage de France. Editions de l’EHESS, Edition établie, sous la direction de Francois Ewald et Alessandro Fontana, par Jacques Lagrange, 2003.
  52. Foucault Michel (1974-1975). *Les anormaux*. Cours au collage de France. Editions de l’EHESS, Edition établie, sous la direction de Francois Ewald et Alessandro Fontana, par Valerio Marchetti et Antonella Salomoni, 1999.
  53. Frances AJ, Miller LJ. Coordinating inpatient and outpatient treatment for a chronically suicidal woman. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 468-470.
  54. Galende E, Kraut A. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y*

- los derechos. Buenos Aires, Lugar, 2006. p. 48, 90-93.
55. Ghioldi L, Toro Martínez E. Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí y terceros. *Vertex* 2010; 21 (89): 63-69.
  56. Giudice F, Mendes A, Arias AM, Label HP. Sala de Observación y Evaluación. Análisis institucional. Nuevo paradigma y sus vicisitudes. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la Asociación Argentina de Psiquiatras* 1997; 2 (2): 145-152.
  57. Godoy RLM. La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense. *Vertex* 2009; 20 (83): 71-73.
  58. Goulart MSB. Historias da psicología no Brasil. As raízes italianas do movimento antimanicomial. Brasília, Casa do psicólogo, 2007. p. 23-34, 95-102.
  59. Guerrino A. La psiquiatría argentina. Buenos Aires, Editorial Cuatro, 1982. p. 112-113.
  60. Heredia Martínez F. La hospitalización psiquiátrica sin consentimiento del paciente en el ámbito civil, en los países de la CEE. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*, obra citada, p. 704-707.
  61. Heredia Martínez F. La hospitalización psiquiátrica sin consentimiento del paciente en el ámbito civil, en los países de la CEE. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*. Canarias: Colex; 1994. p. 699-701.
  62. Kraut AJ. Responsabilidad Civil de los Psiquiatras en el contexto de la práctica médica. Buenos Aires, Ediciones La Rocca, 1998. p. 420-431.
  63. Lamb R. Institutionalization and deinstitutionalization. En: Escuela Latinoamericana de Bioética. *Ética en Salud Mental y Neurociencias*. Centro Colaborador OMS en Salud Mental. p. 1273-1279.
  64. Ley No I-0536-2006 de la Provincia de San Luis: sancionada por el Decreto No 7044-Ministerio de Salud-2006. San Luis, 21 de Diciembre de 2006.
  65. Ley 17132 - "Ejercicio de la Medicina", art. 19°, inciso 3° y 5°.
  66. Ley 17132 - "Ejercicio de la Medicina", artículo 19 - inciso 3o, "obligados a ... respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o a internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos", inciso 5o, "obligados a... promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí mismas o para terceros"
  67. Ley 23277, de "Ejercicio de la Psicología", art. 8°, inc. 1°.
  68. Links PS, Kolla N. Assessing and managing suicide risk. En: *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 449-462.
  69. Luna Maldonado A. Problemas médico-legales de la terapéutica en el enfermo mental. En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p. 968.
  70. Mora G. Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría. En: Freedman-Kaplan-Sadock. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1982. Tomo I. p. 41.
  71. Mora G. Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría, obra citada, p. 44.
  72. Mora G, obra citada, p. 48-49.
  73. Martínez Ferretti JM. Breve guía diagnóstica y pronóstica de los retrasos mentales. *Alcmeon* 1999; 8 (2): 157-173.
  74. Martínez Ferretti JM. Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires *Vertex* 2006; 17 (65): 35-42.
  75. Martínez Ferretti JM. Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, Asociación Argentina de Psiquiatras* 1998; 9.
  76. Martínez Ferretti JM. Dificultades para la aplicación de la nueva ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en lo referente al régimen de internación. En: IV Jornadas de Reingeniería en Salud Mental y II Jornadas de Salud Mental y Derecho, FACAP (Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas), Buenos Aires, Noviembre 2000. Trabajo que mereció el Primer Premio en Ciencias Médicas en dichas Jornadas y fue publicado en los Anales de la misma.
  77. Martínez Ferretti JM. Peligrosidad o tratamiento de los enfermos mentales. Reflexiones sobre la historia y la actualidad de los criterios médico-legales de internación en Psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2010; 10: 7-17.
  78. Martínez Ferretti JM. El valor esencial del hospital público de salud mental. Noticias FEMECA, 05/06/2009. Disponible en: <http://www.femeca.org.ar/>.
  79. Martínez Frigola F. Internamiento y Realidad Social. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría Legal y Forense*, ob.cit. p. 622.
  80. Mayo JA, Tobías JW. La nueva ley 26.657 de Salud Mental. Dos poco afortunadas reformas al Código Civil. LA LEY, Año LXXXV, N° 31, Buenos Aires, Lunes 14 de febrero de 2011.
  81. Mezzena L, Míguez WM. Funcionamiento de la Sala de Observación y Evaluación - SOE. *Boletín BORDA*, No 63, Año VII, Junio 1997, p. 131-135.
  82. Navarro Valls J. La imagen del enfermo mental en los medios de comunicación. *DOLENTIUM HOMINUM* 1997; 34. Revista del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Ciudad del Vaticano, p. 199-201.
  83. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
  84. Organización de las Naciones Unidas: "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106. Nueva York, 13 de diciembre de 2006.
  85. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord* 1993; 7 (suppl): 63-85.
  86. Pinto Kramer PM, Olmo JP. Comentario a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Editorial La Ley - "en prensa" ([www.laleyonline.com.ar](http://www.laleyonline.com.ar)). Buenos Aires. 2011.
  87. Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental, Comisión I, Ponencia No 6: Alvarez, José Atilio. En: Cárdenas E, Grimson R, Álvarez JA. *El juicio de insanía y la internación psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Astrea; 1985. p. 140.
  88. Rojas N. La psiquiatría en la legislación civil. Buenos Aires, Valerio Perrot, 1938. p. 202.
  89. Rojas N. *Medicina Legal*. Buenos Aires, El Ateneo, 1966. p. 438.
  90. Romeo Casabona CM. El tratamiento jurídico del enfermo mental en el CEE y sistema de garantías en el derecho español. En: Delgado Bueno y otros. *Psiquiatría legal y Forense*, obra citada, p. 800.
  91. Ruiz Moreno A. La medicina en la legislación medioeval española. Buenos Aires, El Ateneo, 1946. p. 182-187.
  92. Saurí J. Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires, Editorial Carlos Lohlé, 1969. p. 46-47.
  93. Saurí J, obra citada, p. 146.
  94. Sobredo LD, Amendolaro R, Laufer Cabrera M. La perspectiva de Derechos Humanos, un instrumento para abordar situaciones complejas. *Vertex* 2010; 21 (89): 49-54.
  95. Soriano R, Taber O, Chames S, Rubin I. AdoP-AdoPi: Actividad de control domiciliario psiquiátrico psicológico programado en situaciones de crisis, Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.
  96. Tobias J. La internación y externación de quienes tienen padecimientos mentales y la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. LA LEY, Año LXVII, N° 60, Buenos Aires, Miércoles 23 de marzo de 2003.
  - 97) Toro Martínez E, Ghioldi L. Riesgo contra peligrosidad. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2010; 10: 28-33.



*el rescate y la memoria*

## Los primeros aportes de la Psiquiatría a la Medicina Legal en la Argentina\*

**Juan Carlos Romi**

*Profesor Consulto de la Facultad de Medicina, UBA*

Es imposible comprender la evolución de los conocimientos médico legales sin investigar los aportes históricos de la psiquiatría en la Argentina.

El conocimiento de la psiquiatría forma una parte muy importante de la formación que debe tener un perito forense en su actividad médico legal.

Es por ello que haremos una sucinta referencia a las instituciones formadoras de los psiquiatras y la de los pioneros que la permitieron.

A tal fin hemos recopilado la evolución histórica de la locura en la Argentina, el perfil de sus pioneros, la creación de los primeros manicomios, sus directores, su relación con la criminología, la creación de la Cátedra y la historia de los profesores a cargo de la misma que fueron formadores de los futuros psiquiatras y médicos forenses, etc.

Para ello comenzaremos describiendo la locura en la etapa colonial y la creación de los primeros manicomios.

El apogeo de ideas absurdas y las más insólitas interpretaciones de la locura fueron moneda corriente en la psiquiatría de la época colonial en el Río de la Plata. Por lo tanto, se admitía el factor demoníaco en la génesis de la locura, los procedimientos para contener las distintas formas de excitación psicomotriz eran realmente brutales y los pacientes eran depositados en las loquerías del Hospital de San Andrés.

El *Protomedicato de Buenos Aires*, creado en 1780 a instancias del Virrey Juan José Vertiz y Salcedo (1718-1798), tuvo como primer médico al irlandés Miguel O' Gorman (1736-1829). Fue la primera organización oficial dedicada al magisterio y control del ejercicio médico. Entre las

medidas higiénicas vinculadas a la psiquiatría pueden mencionarse las resoluciones que disponían reunir en la Casa de Corrección y en el Cuadro de Dementes del Hospital General de Hombres a los alienados dispersos que peregrinaban por la Gran Aldea.

A partir del Protomedicato se evidencia un marcado interés por los problemas psiquiátricos, circunstancia que se revela en la ejecución de peritajes, tratamiento de alienados y una aproximación a las doctrinas propuestas por Pinel.

Como hecho anecdótico vale la pena resumir la pericia firmada por los Dres. Miguel O' Gorman y José Antonio Mota Lagosta de 1782 en que se hace alusión al cuadro de alienación que padece una paciente sometida a la observación forense. Dicen los peritos: "*Certificamos que fuimos llamados a observar a Doña María Rafaela de la Moneda, esposa del oficial real don Fermín de Noir a la que hallamos con los pulsos tardos y respiración anhelosa, semblante alterado, con una pervigilia continua, inapetencia, opresión de los precordios y terror pánico errático que a pesar de los auxilios prestados degeneró en una melancolía confirmada, y de ésta en manía, unas veces demens, y con mas frecuencia, furens. Vista diariamente hemos palpado que todo su delirio y perturbación era acordarse de su marido ya como presente, ya como ausente, ya como muerto, ya que se lo mataban a su vista, por lo que juzgamos y asentimos unánimes que prescindiendo de las causas predisponentes, la excitante de su enfermedad se dimanó de la ausencia de su marido...*".

A pesar del lenguaje y redacción un tanto abstruso, es posible descifrar el pensamiento de ambos facultativos, que llegan a diagnósticos precisos para los conocimien-

\* Pasajes extractados del libro sobre la Historia del CMF que se encuentra en prensa

tos psiquiátricos de la época, puntualizando pericialmente las características clínicas esenciales de la enfermedad analizada.

Por lo tanto, el Protomedicato cumplió una función eficaz y la psiquiatría hubo de beneficiarse con el impulso concedido a la actividad médico legal y docencia universitaria.

Otra anécdota digna de mención fue la tragedia del practicante Adeodato Olivera. El 4 de julio de 1807, durante la defensa de la segunda invasión inglesa a Buenos Aires, Whitelocke rodeó con sus tropas la ciudad y ordenó tomar la Residencia donde funcionaba el hospital donde estaba el practicante Olivera. La colaboración de la población permitió contener un enemigo poderoso, que debió rendir su espada a Liniers. El practicante Olivera que, anoticiado de lo que pasaba efectuó una campaña proselitista, tratando de organizar una resistencia, por lo que fue sorprendido por sus guardianes que, tras un consejo de guerra fue condenado a muerte. Tras la victoria de Buenos Aires al llegar a la Residencia los habitantes nativos liberaron a Olivera quien cayó en un estado de insania que le duró diez años. El estudiante universitario debió abandonar sus estudios debido a una melancolía profunda, que le duró hasta 1818 en que el Dr. Cosme Mariano Argerich, director del Instituto Médico Militar le designó practicante del ejército durante las luchas civiles, a pesar de que el Gral. Balcarce lo rechazara por ser "un loco conocido". Por último, la autoridad científica de Argerich se impuso.

El Dr. Osvaldo Loudet estudió este caso y lo interpretó como "un trauma emocional por haberse salvado providencialmente del fusilamiento, lo que le produjo una alteración mental bien explicable". El diagnóstico fue "estupor melancólico". Una melancolía pasiva sin agitación y sin ruido, es decir una psicosis de origen emocional pura. Aquí Loudet dice: "el único elemento psicógeno era la emoción, la emoción violenta".

Debemos recordar que la situación de los alienados viene desde la 2ª Fundación de Buenos Aires. Cuando Juan de Garay fundó Buenos Aires en 1580 destinó una manzana para erigir un hospital, correspondiendo al sector comprendido entre las actuales calles Sarmiento, Corrientes, Reconquista y 25 de Mayo. Allí fue levantado en 1605 el llamado Hospital San Martín, con el objetivo primordial de atender a los militares de presidio.

En 1611 se decidió trasladarlo a un solar, hoy delimitado por las siguientes arterias: Méjico, Defensa, Chile y Balcarce, de existencia rudimentaria. Las cosas cambiaron cuando la institución fue confiada a los padres betlemitas quienes lo atendieron hasta su clausura definitiva acaecida en 1822. Este primer loquero se denominó Hospital San Martín o de Santa Catalina y allí se confinaban vagos y mendigos de la vía pública además de dementes internados derivados por el Cabildo. Según las crónicas de la época, hacia 1799 los convalecientes, incurables, locos y contagiosos ocupaban dos ranchos aparte, contiguos al edificio del Hospital. La decadencia del Hospital San Martín comenzó cuando fue expulsado el superior de los betlemitas, Fray José de las Ánimas, por haber participado activamente en la conspiración de Álzaga.

De manera tal que, en el Río de la Plata, los alienados

de raza blanca eran reclusos en celdas conventuales. A los negros se los destinaba a las cárceles de los Cabildos, construidas con geométrica austeridad.

El primer alienista del que se tiene recuerdo fue don Martín Diego Alcorta (1801-1842). Éste realizó la primera contribución psiquiátrica comunicada en el país que resultó la tesis sobre la "Manía Aguda". Las ideas del revolucionario francés, Felipe Pinel (1745-1826) y del monárquico también francés Juan Esteban Dominico Esquirol (1772-1840) gravitaron en Alcorta y determinaron la elección de su tesis doctoral escrita en 1827.

Uno de los primeros médicos que fijaron su residencia en Buenos Aires, el coronel don Francisco de Argerich y Baliat llegó el 18 de Marzo de 1752, médico catalán de los jesuitas en Buenos Aires y otras órdenes religiosas; es el primero de los Argerich en ejercer la Medicina en el Virreinato.

Francisco Argerich se casa con la dama porteña María Josefa del Castillo Busquez, teniendo 18 hijos de los cuales uno nace en la ciudad de Buenos Aires el 26 de Setiembre de 1758 siendo Cosme Mariano Argerich (1758-1820).

En 1776, su padre lo envía a estudiar a España, donde obtiene en 1783 el título de Medicina del Gremio y Claustro de la Real y Pontificia Universidad de Cervera (Barcelona), y se casa allí con la joven Margarita Marti. Se destacó ejerciendo su profesión en Barcelona.

Cosme Mariano vuelve a Buenos Aires en 1784 y es nombrado Médico del Colegio de Huérfanos, y al tiempo se convierte en el Primer Examinador del Protomedicato. En 1786 nació su hijo, Francisco Cosme (bautizado con el nombre de su abuelo y de su padre).

Cosme Mariano Argerich fue uno de los fundadores de la Escuela de Medicina en 1802, dictaba nosografía y medicina legal a sus alumnos de su curso en el Hospital General emplazado frente a la Iglesia de San Pedro Telmo, en la actual calle Humberto 1°. Recordemos que el 9 de noviembre de 1822, la Sala de Representantes autorizó al gobierno a invertir una fuerte suma para construir el Hospital General de Hombres, en cual se incluiría una sección llamada *Cuadro de Dementes*. Allí se mantenían encerrados y con un centinela en la puerta los locos y, el médico sólo los visitaba si padecían alguna enfermedad que no fuera su demencia.

Como dijimos, Argerich padre fallece en 1820. Dos años después, su hijo Francisco Cosme Argerich (1784-1842), nacido en España y muerto en Montevideo, fue profesor de medicina legal de la Universidad de Buenos Aires y médico interno en el *Cuadro de Dementes* del Hospital General de Hombres.

Caída la Federación en 1852 y reinstalada en todas sus funciones la Sociedad de Beneficencia, a la vez se organizó la Comisión Filantrópica, que corría con todos los asuntos relacionados con la Salud Pública. Ésta destacó una comisión inspectora en la residencia de Belén, vale decir, el Hospital General de Hombres, cuyo "*Cuadro de Dementes*" era, de hecho el Manicomio de la Ciudad, a fin de proponer las reformas adecuadas y necesarias.

En 1854 se promulgó una ley que establecía la plena administración comunal del Hospital, siendo la principal preocupación de ésta el hacinamiento de los alienados en el Cuadro de Dementes.

Así, el 11 de agosto de 1857, la Municipalidad acordó la creación de una *Casa de Dementes* que debía construirse en los *terrenos de la Convalecencia*. Por fin se llega al 11 de octubre de 1863, fecha en que al norte de la Convalecencia se terminó de construir la Casa de Dementes cuya entrada principal era la calle de la Convalecencia. Recordemos que en 1893 pasó a llamarse "Vieytes" y en 1968 pasó a ser "Barracas". Por último, en 1991, "Dr. Ramón Carrillo" hasta la actualidad.

Volviendo, la Casa de Dementes fue habilitada por el Dr. Ventura Bosch y, gracias al benemérito administrador Francisco de Paula Munita y a su sugerencia fue bautizada con el nombre de su fundador: "Hospicio de San Buenaventura".

Durante varios meses hizo el servicio médico en calidad de director el Dr. José Teodoro Baca, que era Segundo Vigilante de la Augusta y Venerable Logia "Consuelo del Infortunio" y concejal municipal por la Parroquia de San Telmo y estaba apoyado por la Municipalidad y la logia que integraba.

En 1886 la Facultad de Medicina creó la Cátedra de Clínica Psiquiátrica propuesto por el Dr. Domingo Cabred, designándose como director de la misma al Dr. Lucio Meléndez.

Posteriormente, el 8 de mayo de 1887, por iniciativa del Dr. Lucio Meléndez, a la sazón también director del Hospicio, la Municipalidad, cuyo intendente era Don Torcuato de Alvear acordó denominarlo: "Hospicio de las Mercedes", y procedió a su inauguración.

En 1905 el establecimiento es declarado Hospicio Nacional. En el mes de octubre de 1949 el ministro Ramón Carrillo designó al Hospicio de la Mercedes con el nombre de "Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres" y en 1967 adquirió el nombre de "Hospital Nacional José T Borda". Desde hace unos años al pasar al ámbito del Gobierno de CABA se lo denomina "Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T Borda".

Por su parte, la idea del el primer manicomio de mujeres nace 1790 cuando la Hermandad de la Santa Caridad adquirió un terreno que luego sería la sede del Hospital General de Mujeres. Este nosocomio pasó a ser estatal en 1822, hasta que Rosas le retiró toda ayuda económica y debió ser mantenido por la caridad pública. En su interior se instaló el *Patio de Dementes*, similar que tenía el hospital de hombres.

Con anterioridad, en el predio de la vieja cárcel de mujeres (situada en Humberto I entre Balcarce y Defensa), el virrey Vértiz estableció la *Casa de Corrección*, donde fueron depositadas ramerías e insanas. Las reclusas financiaban con su trabajo los gastos de manutención y vestuario, siendo este el precio que la sociedad les imponía para solventar su redención. La mayor problemática correspondía a las enfermas catalogadas como "furiosas" (excitaciones psicomotrices), pues se imponía como norma su aislamiento seguido de contenciones con cadenas o cepos, baños fríos y amansamiento con rigurosa dieta y una buena dosis de agresiones físicas, generalmente aplicada por celadores encargados del sector.

De manera tal que tanto en el hospital de hombres como en el de mujeres, existieron los llamados "Patios

de Dementes"; en realidad, solo eran apartados anexos, cuidados por celadores. Éstos serían el núcleo histórico precursor de los actuales servicios de Psicopatología de los hospitales generales.

Así, la problemática social, que encendió la llama de la idea de crear los "Patios de dementes" en el hospital de mujeres, estuvo dada por la situación de abandono, maltrato e indigencia en que se encontraban las mujeres alienadas para el 1852.

Concomitantemente en 1853 el Dr. Ventura Bosch (1814-1871) consiguió que le gobernador Pastor Obligado, cediera el edificio existente en *la Convalecencia* para transformarlo en un asilo de mujeres dementes. Así, en 1854 emerge la Convalecencia, transformada en el Hospital Nacional de Alienadas por la gestión de Ventura Bosch, hoy Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano".

Luego, ante el gran hacinamiento existente en los establecimientos metropolitanos, fueron proyectados la Colonia Nacional de Alienados y el Asilo Quinta de Lomas. Así, el 26 de septiembre de 1908 se inaugura el Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, hoy Hospital Interzonal "José Esteves" en la calle Garibaldi al 1600.

La Colonia Nacional de Alienados nació por inspiración del Dr. Domingo Cabred, una colonia que obedecería al sistema de "puertas abiertas". En 1897 se dispuso la construcción del establecimiento que se ubicaría en Luján y se denominaría Open Door. La colonia comenzó a funcionar en 1901 y el Dr. Domingo Cabred fue su primer director.

Antes, en 1884, durante el Gobierno del Dr. Dardo Rocha (1836-1921), fundador de La Plata, se creó una Colonia descentralizada llamada Mechor Romero en dicha ciudad, donde en sus inicios albergó insanos procedentes del Hospicio de las Mercedes. En la actualidad se denomina Hospital "Dr. Alejandro Korn" en recordación del eminente maestro, médico, filósofo y político.

En Córdoba, la Sociedad de Beneficencia ordenó levantar un Hospicio de Alienadas en la ciudad mediterránea, que se inauguró en 1890 y luego se adjudicó a la Facultad de Medicina. En esta provincia, en 1908 se puso en marcha la Colonia de Oliva.

Por iniciativa también del Dr. Domingo Cabred, en 1908 se inició la construcción del Asilo Colonia Mixto de Torres en la Provincia de Buenos Aires, destinado a oligofrénicos. Se inauguró en 1915, siendo su primer director el Dr. Erardo Reinacke.

Por otra parte, siguiendo las ideas elaboradas por el Dr. Osvaldo Loudet, fue creado por resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de Buenos Aires el 20 de octubre de 1942, el *Curso Superior de Médicos Psiquiatras*. El mismo comenzó por dictarse solo en la Cátedra del Hospital Borda. En los últimos años se ha descentralizado a otras instituciones y a Universidades privadas. Cabe recordar que la enseñanza de la psiquiatría se incorporó a otras provincias.

El primer titular en Córdoba, Dr. Cloromiro Ferreyra, dictó la materia desde 1890 hasta 1915. Lo sucedió el Dr. León S. Morra hasta 1946 quien tuvo una larga carrera pública, ya que fue intendente de Córdoba y rector de

la Universidad, además de profesor de medicina legal y Director del Hospicio de Alienados.

El Dr. Gregorio Berman (1894-1972) fue jefe de neuropsiquiatría del Hospital de Niños y profesor de psiquiatría y medicina legal.

En Rosario, la Cátedra de Psiquiatría data de 1922, siendo su primer titular el Dr. Gonzalo Bosch, que estuvo en su cargo hasta 1934. Lo siguieron en su labor prestigiosos docentes como el italiano Lanfranco Ciampi, Carlos Lambruschini y Alfonso Quaranta entre otros.

En Tucumán tuvo una sobresaliente labor el italiano Dr. Juan Dalma (1895-1977), discípulo de Freud, Kretschmer y Bleuler. Empezó su actividad en la Universidad de Tucumán en 1948, donde fundó las Cátedras de Psiquiatría y Medicina Legal, además de las de Neurología, Psicología Médica e Historia de la Medicina.

En Mendoza desplegó una encomiable tarea asistencial y docente el alienista Dr. Amadeo J. Cicchitti, en La Plata el psiquiatra Dr. Jorge Rosa y en Corrientes el Dr. Carlos Semper.

No se puede dejar de recordar en la formación psiquiátrica y médico legal la influencia que a partir de 1908 tuvo la decisión de los Dres. Francisco de Veyga, Horacio Piñero y José Ingenieros en la creación de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, con la finalidad de reunir en un terreno común las investigaciones realizadas por cultores de la Biología, la Psicología normal y patológica, la Psicopatología Legal, Jurídica y Pedagógica, evitando de esta manera la dispersión de esfuerzos.

Con respecto a la legislación sobre este tipo de enfermos, es sabido que en 1923 se constituyó una Comisión de Leyes Complementarias del Código Penal, la cual redactó en 1926 el proyecto de "estado peligroso de los delincuentes".

Poco después, en 1928, surgió el planteo de "estado peligroso sin delito" y con ello la necesidad de legislar sobre los semialienados. Para esta clase de sujetos, según Alejandro Raitzin, la medida indicada era la internación por tiempo indeterminado en un establecimiento especial para su tratamiento. Para ellos no corresponde ni la cárcel ni el manicomio, pero tampoco pueden ser puestos en libertad, ni reintegrados al medio social, por su extrema peligrosidad.

Años después, el diputado Miguel Susini, presentó, en 1924, un proyecto elaborado por el Dr. Juan M. Obarrio, y con posterioridad el Prof. Nerio Rojas, presentó su proyecto de ley sobre asistencia de alienados en 1946.

Recordemos que con anterioridad ya existieron trabajos y antecedentes que mostraban el interés de la psiquiatría forense para su aplicación médico legal.

Ya en 1890 Fernando de Arenaza escribió una tesis vinculada con la psiquiatría forense: "*Epilepsia y responsabilidad*"; en 1891 Ramón Tejerina "*La locura y la ley*"; y en 1898 José Caroni "*Consideraciones sobre la legislación de alienados*", etc.

En 1888 se organizó en Buenos Aires la Alcaldía del Oeste, con dos secciones, una de las cuales quedaba reservada para los dementes.

En 1892 se habilitó un nuevo local para depósito de detenidos, instalado en la calle 24 de noviembre, entre

Victoria (H. Irigoyen) y Rivadavia, manteniéndose allí una sección para presuntos dementes.

En 1899 nace la Sala de Observación de Alienados, cuyo primer director fue Francisco de Veyga, quien designó a José Ingenieros para ocupar la Jefatura Clínica.

Francisco de Veyga (1866-1948) tuvo a su cargo la Cátedra de Medicina Legal, el Servicio Público de Autopsia y el Depósito 24 de noviembre. Se desempeñaron como médicos en la dependencia entre otros: Lucio V. López y Nerio Rojas.

Hasta 1957, la Sala de Observación funcionó en el pabellón contiguo al servicio médico de la Cárcel de Contraventores de Villa Devoto. A partir de ese año los pacientes fueron enviados al Pabellón Lucio Meléndez del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría (Hoy U20 del SPF en el Hospital Borda).

Otra circunstancia de importancia fue la creación del *Instituto de Criminología* el 6 de junio 1907 bajo la dirección de José Ingenieros.

Entre los trabajos más recordados se encuentra el del Dr. Alfredo Lugones, titulado "*Homicidio Patológico*", donde analiza los delincuentes políticos hasta entonces conocidos en nuestro país, y sucesivamente describe a Ignacio Monge, que atentó contra el Gral. Roca, en 1886; Salvador Planas Virella, atacante del Presidente Quintana (1905); Francisco Solano Regis, agresor del Presidente Figueroa Alcorta (1908); Simón Radowski, autor de la muerte con una bomba explosiva del Jefe de Policía Cnel. Ramón L. Falcón y su ayudante Lartigau (1909), y de Juan Mandrini, agresor del Presidente Victorino de la Plaza (1916).

Otro hecho de interés médico legal fue la investigación del gran tratadista del suicidio que fue Ariosto Licurzi. En su libro "*El suicidio, psicología, medicina legal y profilaxis*" investiga suicidas famosos. Entre ellos aparecen entre los políticos, Leandro Alem (1842-1896) y Lisandro de la Torre (1868-1939); entre los literatos, Horacio Quiroga (1878-1937), Leopoldo Lugones (1874-1938), Alfonsina Storni (1892-1938) y Francisco López Merino (1904-1928); entre los artistas, Florencio Parravicini (1876-1941) y Cesar Ratti (1889-1944).

Para concluir con los aportes de la psiquiatría forense enunciaremos algunos peritajes importantes en el siglo XIX.

Uno de los peritajes psiquiátricos más comentados fue el de la monja Vicenta Álvarez, recluida en el convento de las Catalinas. Inmediatamente se nombró una Comisión integrada por los Dres. Juan Antonio Fernández, Pedro Rojas, Matías Rivero y el Gobernador del Obispado para se expidiera sobre el estado mental de la monja. Dicha Junta dictaminó que la religiosa padecía "una manía periódica con delirio, en cuyos intervalos que son irregulares y más o menos largos, vuelve a gozar del uso de la razón". Como consecuencia de lo actuado, el Cabildo ordenó la excomunión de la hermana Vicenta Álvarez, la que fue entregada a su madre doña Ana María Perdriel.

El médico Juan Madera (1772-1829) en 1813 había llamado la atención acerca del peligro que representaba el auge de la sodomía y en una carta al Jefe de Policía trató de objetivar los alcances del problema que alteraba las buenas costumbres porteñas. Hizo hincapié en un negro



homosexual llamado Rosario habitante de la calle de la Plaza Montserrat que perturbaba ostensiblemente el sentimiento del vecindario.

Otro curioso trámite de insania tuvo lugar en 1824, siendo protagonista del mismo el médico inglés John Oughan, profesor de Medicina y Cirugía y miembro del Real Colegio de Londres que presentó un episodio delirante objetivado en el vice cónsul británico Pousset al que juró matar por ser “el cabecilla de sus enemigos”. En una oportunidad tras sacar dinero del banco para guardarlo en su domicilio “vio ocultarse bajo el piso de su dormitorio a una persona que lo quería robar”. Pidió a los gritos la policía y un amigo, Mr. Armstrong, lo llevó a su casa para tranquilizarlo. Pero ante un descuido de éste se armó de un martillo y se dirigió al Fuerte para pedir amparo a la autoridad. Desde allí fue conducido al Hospital General de hombres. Una Junta médica constituida por Francisco Cosme Argerich, Juan A. Fernández, Juan Madera, Matías Rivero, Francisco de Paula Rivero y Pedro Martínez Niño le dio a Oughan un certificado de “perfecta salud física y mental” (sic) para no contrariarlo, pero oficialmente se lo declaró insano. El hecho fue que Oughan en poder del informe favorable, se dirigió al Gobernador denunciando ser víctima de crueldades y persecuciones y además atacó a garrotazos a su compatriota Thompson, quien paseaba acompañado de amigos. Oughan fue enviado preso al Hospital. Luego fue repatriado por ser una persona peligrosa.

En la época de las guerras por la Independencia se dieron algunos casos de locura.

El fraile Luis Beltrán (1784-1827), mago de la pirotecnia, concluyó sus días en estado de alienación mental después de haber servido en el ejército. En el Perú, alistado en el ejército Libertador, andaba por las calles corriendo desafortunadamente. Bolívar amenazó con fusilarlo por no terminar a tiempo la fabricación de las armas encomendadas. Luego intentó suicidarse pero fue salvado por el dueño de la casa donde se alojaba.

El coronel Juan Ramón Estomba (1790-1829) murió loco en el Hospital General de Hombres de Buenos Aires. Se dice que hizo fusilar al mayordomo de la estancia “Las Viboras” atándolo a la boca de un cañón y a varios paisanos propinándoles feroces hachazos.

Tuvo también resonancia la psicosis de reivindicación que padeció el padre Francisco de Paula Castañeda (1777-1832) que se convirtió en agresivo panfletista y fundador de periódicos con títulos explosivos como por ejemplo “Doña María Retazos”.

El pintor Carlos Morel (1813-1894), cayó en estado demencial que anuló su producción artística a partir de 1845.

Otras anécdotas atrayentes las cuenta José Ingenieros. Expresa que, en 1890, se habían afincado en las inmediaciones del futuro puerto de Buenos Aires gran cantidad de malvivientes y truhanes. El escaso control policial y el reducido tráfico zonal permitían a dichos desocupados o “atorrantes” llevar una vida de molicie. Cuando en 1902 la policía detuvo a un núcleo de estos individuos, se comprobó que en su mayoría eran alcohólicos crónicos en estado demencial o delirante.

También convivían en ese marco porteño muchos desequilibrados, entre los que adquirieron nombradía. Así “Bayoneta Calada” era un loco que solía cantar milongas vestido de romano. Era un tipo alto, delgado e infaltable a cualquier reunión de esa época.

“El Negro Clemente” era un campanero de Santo Domingo que cuando no tenía que tocar las campanas salía a la calle reuniendo los perros a una señal que les hacía con su palo, y cuando el número pasaba de cinco o seis por el mismo medio los ahuyentaba. Fue el antecesor de Gragera.

“Don Pepe el de la Cazuela”, el prestigioso acomodador de la Cazuela del Colón, era un tipo afeminado y el que ponía orden entre sus turbulentas pupilas.

“Petronita” era un negro afeminado amigo de vestirse de mujer. A intermitencias era acomodador en los teatros, siendo su ocupación favorita la de mucamo de personas conocidas.

“Doña Dolores Guisao” era una mujer callejera, cuyo placer era insultar a los muchachos, y cuando éstos no le decían nada, ella los buscaba diciéndoles: ‘¿Muchachos, no me dicen nada?’, y los muchachos entonces le gritaban: ‘Doña Dolores Guisao, Puchero y Asao’, a lo que doña Dolores prorrumpía en insultos contra ellos hasta que huían.

Como observamos, desde tiempo inmemorial los frenópatas vivieron bajo un yugo abominable, sometidos a duchas, palos y cepos hasta que vino la reforma pineliana a la cual se plegaron Bosch, Meléndez y Cabred, alienistas de profundo sentido humano.

Podría calificarse de valiente y abnegada la actuación de los médicos alienistas de la etapa inicial de la organización hospitalaria, pues no pocos recibieron agresiones por parte de pacientes excitados. Así, el Dr. Lucio López Lecube fue degollado por un insano en el Hospicio de las Mercedes en 1927 y Ramón B. Cisternas corrió la misma suerte en 1932.

Como corolario podemos sintetizar que los pacientes mentales sufrieron diferentes alternativas con el correr del tiempo y la evolución de los conocimientos psiquiátricos.

El Dr. Loudet efectuó una interesante discriminación acerca de la atención de orates en nuestro país y ordena las siguientes etapas:

- a. La *carcelaria*: en la que los alienados se mezclaban y confundían con los malvivientes.
- b. La *asilar*: cuando vivían separados de los delincuentes, pero sin asistencia médica.
- c. La *hospitalaria cerrada*: los alienados ascendieron a la categoría de enfermos privando el concepto de peligrosidad.
- d. La *hospitalaria abierta*: la más moderna donde solo se aíslan los pacientes agudos o en situación de riesgo.

Como se ve, la nueva ley de Salud Mental no promueve nada novedoso ■