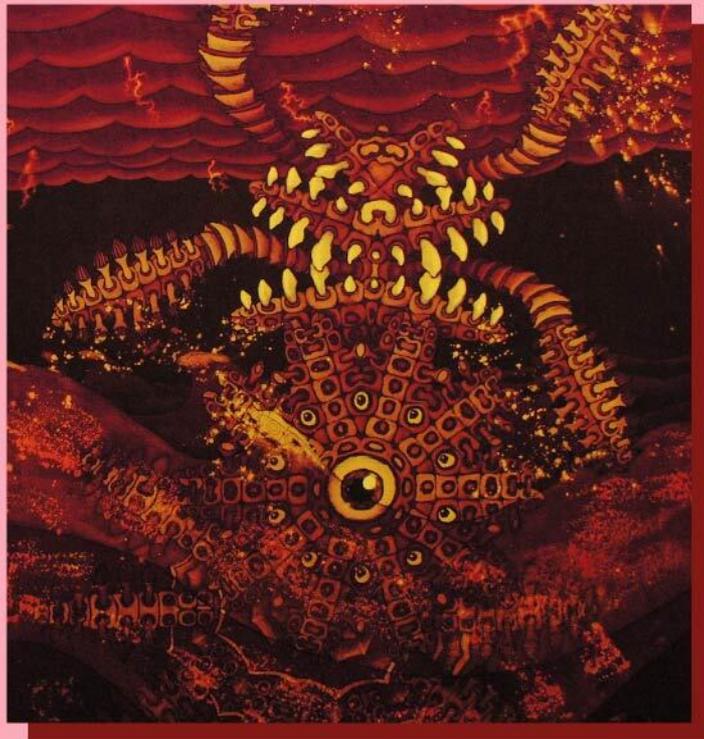


VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

83



CRIMINALIDAD Y PSIQUIATRÍA

Domenech / Folino / Godoy / Gutiérrez / Lescano / Mercurio / Míguez / Ohman / Romi

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

Volumen XX - Nº 83 Enero - Febrero 2009 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, 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, E. Toro Martínez, 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. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Nöel, 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 Erasquin; 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. XX Nro. 83 ENERO-FEBRERO 2009

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. Arazo de Lamadrid 1920. Buenos Aires

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Impacto de los Estresores en mujeres colombianas víctimas de violencia**
Leddy Contreras-Pezzotti, Juan Arteaga-Medina
Adalberto Campo-Arias pág. 5
- **Estacionalidad en admisiones hospitalarias por Trastorno Bipolar en Santa María, Córdoba, Argentina**
Diego M. Conci Magris pág. 10
- **Jóvenes homicidas: estudio de rasgos distintivos con jóvenes que han cometido otro tipo de delitos en la Provincia de Buenos Aires, Argentina**
Renata Wiese, Jorge Folino pág. 16

DOSSIER

CRIMINALIDAD Y PSIQUIATRÍA

- **Delincuencia infantojuvenil y sistema judicial en la Provincia de Buenos Aires, Argentina**
Jorge O. Folino, Ernesto Domenech,
María Alejandra Gutiérrez, María José Lescano pág. 26
- **Usuarios de drogas y delito: datos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina**
Hugo A. Míguez pág. 35
- **Algunas consideraciones médico-legales sobre la delincuencia sexual**
Juan Carlos Romi pág. 40
- **A propósito de la reforma en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20)**
Luis Ohman pág. 51
- **Neurociencias y derecho penal: nuevas perspectivas para viejos problemas**
Ezequiel N. Mercurio pág. 62
- **La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense**
Roberto Luis María Godoy pág. 71

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Criminalidad y Locura: Las Monomanías de Esquirol**
Norberto Aldo Conti pág. 74
- **Sobre las Enfermedades Mentales consideradas en sus aspectos Médico, Higiénico y Médico Legal**
Jean-Etienne Dominique Esquirol pág. 77

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

Ilustración de tapa

*Jorge Crowe
"Serenata"*

110 x 136 cm

*Tinta china, lavandina y papel
carbónico sobre tela
2007*

jorgecrowe.com.ar

EDITORIAL

H

ace ya un tiempo el especialista español Jorge Barudy tituló una obra suya, en la que abordaba el tema del maltrato infantil, "El dolor invisible de la infancia". La realidad de ese fenómeno está probablemente muy alejada de la percepción que puede tener el común de la gente respecto de cuántos niños sufren malos tratos, o cuántos hay viviendo en instituciones, lo cual constituye una prueba de la "invisibilidad" o falta de información respecto de tan grave problema. Probablemente, la sociedad tiene una representación del maltrato como un fenómeno puntual, expresado en las noticias que, de vez en cuando, aparecen en los medios de comunicación de aquellos casos más llamativos y extremos sobre niños golpeados desaparecidos o abandonados. La realidad del acontecer cotidiano en el medio escolar y en los servicios de salud muestra lo contrario, ya que la frecuencia de casos que se presentan constituye una de las primeras causas de la problemática infantil. La protección de los niños en la Argentina, a pesar de los esfuerzos de algunas ONG s especializadas en el tema y de docentes y especialistas en salud mental, no es suficientemente considerada hoy día un problema social que mueva a la conciencia colectiva hacia la necesidad de hacer algo urgente y pertinente al respecto. Una excepción a señalar la constituye el éxito del plan social realizado en la provincia de San Luis que fue motivo de la promulgación de una ley que sanciona, definitivamente, la desinstitucionalización de los pacientes mentales, los ancianos y los niños adoptando un conjunto de medidas para reubicarlos en familias sustitutas y otros recursos de la comunidad. En España, por ejemplo, en donde los especialistas se quejan del mismo fenómeno y de la indiferencia social que lo cubre, hay, sin embargo, cerca de 30.000 niños tutelados por las administraciones de los cuales, la mayoría, es objeto de intervención protectora por negligencia o falta de atención adecuada a sus necesidades, maltrato emocional, abusos sexuales, y los recientes perfiles de menores extranjeros abandonados o de adolescentes que se comportan violentamente con sus padres. En nuestro país cada vez, se ven más niños y adolescentes en situación de calle, como eufemísticamente se designa a los abandonados por la sociedad y las instituciones de minoridad están rebalsadas de chicos internados. A este tema se suma el de las patologías mentales en las que el consumo de drogas y alcohol aumenta constantemente en la población infanto-juvenil y la depresión y el riesgo de suicidio se presentan con importante prevalencia. Téngase en cuenta que todas esas situaciones en la realidad se presentan frecuentemente combinadas potenciándose unos fenómenos con otros para agravar los cuadros.

La asistencia de esta situación merece una respuesta global que involucre políticas de Estado y recursos de orden económico, social, médico y psicológico. En ese sentido la participación de los especialistas en psiquiatría es de capital importancia. Tal compromiso pone en evidencia una realidad que se viene planteando desde hace tiempo como es la escasa cantidad de profesionales formados en psiquiatría infanto-juvenil en la Argentina en proporción a la demanda requerida para esa población. Es necesario redoblar esfuerzos para llenar esa carencia mediante un incremento sensible de puestos de Residencia y de cargos de planta en hospitales y centros de salud, así como la instalación de programas de investigación que apunten a fijar criterios y superar la "invisibilidad" estadística e informativa del grupo etario más vulnerable de nuestra sociedad ■

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

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 2009

Vertex 83 / Enero - Febrero
CRIMINALIDAD Y PSIQUIATRÍA

Vertex 84 / Marzo - Abril
ENSAYOS DE LA VIDA REAL

Vertex 85 / Mayo - Junio
DELIRIOS

Vertex 86 / Julio - Agosto
**DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN
EN SALUD MENTAL**

Vertex 87 / Septiembre - Octubre
GENÉTICA Y PSIQUIATRÍA

Vertex 88 / Noviembre - Diciembre
CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA



Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Impacto de los Estresores en mujeres colombianas víctimas de violencia

Leddy Contreras-Pezzotti

MD, MSc. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Santander (UDES), Bucaramanga, Colombia

Juan Arteaga-Medina

MD, MSc. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Santander (UDES), Bucaramanga, Colombia

Adalberto Campo-Arias

MD. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá
Grupo de Estudio del Suicidio y Conducta de Riesgo Sexual, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia
E-mail: campoarias@comportamientohumano.org

Resumen

Antecedentes: la Escala de Impacto de los Estresores es un instrumento para identificar posibles casos de Trastorno por Estrés Postraumático en la práctica clínica. Sin embargo, se desconoce el comportamiento psicométrico de esta herramienta en colombianas. **Objetivo:** conocer la consistencia interna y la estructura factorial de la escala de impacto de los estresores en mujeres remitidas para evaluación forense debido a violencia en Bucaramanga, Colombia. **Método:** un grupo de 310 mujeres de entre 18 y 65 años participó en el estudio. La edad promedio de las participantes fue 31.6 años (DE = 10.7), la escolaridad promedio fue 8.8 años (DE = 4.1); el 59.1% eran empleadas, 58.7% informaron tener una pareja estable, 60.6% residían en estrato socioeconómico bajo y 52.3% informó haber sido víctima de ataque o golpes. A la escala se le calculó el alfa de Cronbach y se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales. **Resultados:** la consistencia interna de la escala fue 0.80 y una estructura multidimensional de tres factores (reexperiencia, evitación y afecto restringido) responsables de aproximadamente el 50% de la varianza. **Conclusiones:** La Escala de Impacto de los Estresores presenta alta consistencia interna y tres factores responsables de un porcentaje importante de la varianza.

Palabras clave: Trastorno por Estrés Postraumático - Psiquiatría forense - Estudios de validación.

STUDY OF THE INTERNAL CONSISTENCY AND FACTOR STRUCTURE OF THE IMPACT OF EVENT SCALE AMONG COLOMBIAN WOMEN VICTIM OF VIOLENCE

Abstract

Background: the Impact of Event Scale is used to identify possible cases of Post-Traumatic Stress Disorder in clinical settings. However, among Colombians its psychometric properties are unknown. **Objective:** to establish the internal consistency and factor structure of the Impact of Event Scale among women referred for forensic examination due to violence in Bucaramanga, Colombia. **Methods:** a group of 310 women between 18 and 65 years participated in this research. The mean age was 31.6 years (SD = 10.7); the mean scholarship was 8.8 years (SD = 4.4); 59.1% were half or full-time employees; 58.7% were married; 60.6% lived in low-class neighbourhood; and 52.3% reported having been victim of physical assault. Cronbach's alpha coefficient was calculated and the factor structure was explored for the Impact of Event Scale. **Results:** the Cronbach coefficient was 0.80 and three-dimensional structure (reexperiencing, avoidant behaviors and restricted affect) that accounted for roughly 50% of the variance. **Conclusions:** the Impact of Event Scale shows acceptable internal consistency and three factors explain significant percentage of the variance.

Key words: Post-Traumatic Stress Disorder - Forensic psychiatry - Validation studies.

Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es altamente prevalente en la población general colombiana (28). Los datos disponibles sugieren que las mujeres presentan una frecuencia incrementada de trastornos mentales asociados a diferentes tipos de violencia (29).

Es importante que los profesionales médicos que realizan la evaluación inicial de personas víctimas de violencia remitidas por el sistema legal realicen una identificación rápida y confiable de posibles casos de TEPT. Esta identificación es sólo posible con el uso de instrumentos breves estructurados. Están disponibles varias escalas autoadministradas y aplicadas por un entrevistador para identificar posibles casos de TEPT en diferentes poblaciones (6, 7, 11, 15, 20). En este grupo, la más reconocida y usada es la Escala de Horowitz de Impacto de los Estresores (EIE) (20, 35). Estos instrumentos recopilan, por lo general, los síntomas típicos propuestos para TEPT por las clasificaciones más usadas en todo el mundo (2, 25). Por ejemplo, se sugiere que los criterios diagnósticos esbozados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se agrupan en tres o cuatro dimensiones o factores principales. Estas dimensiones se han denominado: reexperiencia o intrusión, comportamientos evitativos, excitación simpática, disforia y afecto restringido (4, 8, 16, 27). Inicialmente, Horowitz y cols. planteaban que la escala se componía de dos subescalas; la primera formada por siete ítems que investigaban intrusión o reexperiencias, y la segunda que abarcaba ocho puntos que preguntaban sobre comportamientos evitativos de los recuerdos traumáticos. La escala global mostró un alfa de Cronbach de 0.86 y las subescalas de 0.78 y 0.82, respectivamente (20).

El diagnóstico y el manejo temprano de casos de TEPT permiten reducir en forma significativa el impacto negativo de los síntomas en el funcionamiento y calidad de vida de las personas afectadas (22). Hasta la fecha, en Colombia, a pesar de las variadas fuentes de violencia que pueden explicar un número importante de trastornos mentales relacionados directamente con eventos estresores externos, no se han explorado algunas propiedades psicométricas de la EIE.

El objetivo de la presente investigación fue calcular la consistencia interna y explorar la estructura factorial de la EIE en mujeres adultas remitidas a evaluación psiquiátrica forense, siendo las mismas residentes en el área urbana de Bucaramanga, Colombia.

Métodos

Se diseñó un estudio de validación de un instrumento de tamizaje sin criterio de referencia (*gold standard*) que aprobó el Comité de Ética del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Nororiental en Bucaramanga, Colombia. El comportamiento de la escala frente a una entrevista clínica estructurada aparece publicado en otro artículo (9).

Se le administró la EIE a un grupo consecutivo de 310 mujeres de entre 18 y 65 años, residentes en el área

urbana de Bucaramanga. La edad promedio de las mujeres participantes fue de 31.1 años (DE = 10.7), la escolaridad promedio fue de 8.8 años (DE = 4.1); 183 mujeres (59.1%) trabajaban medio o tiempo completo, 92 (29.7%) eran amas de casa, 19 (6.1%) estudiantes y 16 (5.1%) eran desempleadas o tenían otra ocupación; 182 participantes (58.7%) informaron estar casadas o vivir en unión libre; y 188 (60.6%) residían en estrato socioeconómico bajo, 114 (36.8%) en estrato medio y 8 (2.5%) en estrato alto. En relación con las formas de violencia, 162 mujeres (52.3%) comentaron ataques físicos, 65 (21%) accidentes graves de tránsito, 24 (7.7%) asalto o violencia sexual y 59 (18.9%) otros tipos de violencia (guerra, desastres naturales, etc.). De todas las participantes, 83 (26.8%) refirieron que la persona agresora fue la pareja o compañero sexual permanente.

La EIE está formada por quince preguntas con cuatro opciones de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces y frecuentemente, que se puntúan 0, 1, 3 y 5, respectivamente. La subescala para intrusión agrupa los ítems: 1, 4, 5, 6, 10, 11 y 14; y la subescala para evitación los ítems: 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 y 14 (20). En la presente investigación, la escala fue aplicada por una enfermera entrenada para este fin. Todos los ítems que componen la escala se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Escala de impacto en los estresores

* Ítem
1. ¿Le surgieron pensamientos acerca de lo ocurrido sin que lo quisiera?
2. ¿Trató de evitar perturbarse cuando pensaba en lo ocurrido o algo se lo recordaba?
3. ¿Hizo esfuerzos por borrarlo de su memoria?
4. ¿Tuvo problemas para dormirse o para mantenerse dormido porque le surgieron en la mente imágenes o pensamientos acerca de lo ocurrido?
5. ¿Le surgieron sentimientos intensos similares a los que sintió cuando le ocurrió aquel hecho?
6. ¿Soñó con lo ocurrido?
7. ¿Trató de estar cerca de todo aquello que le recordara lo ocurrido?
8. ¿Sintió como si aquel hecho no hubiera ocurrido o no hubiera sido real?
9. ¿Trató de evitar hablar acerca de lo ocurrido?
10. ¿Le surgieron en la mente imágenes de lo ocurrido?
11. ¿Hubo circunstancias que lo mantuvieron pensando en lo ocurrido?
12. ¿Trató de evitar los sentimientos vinculado con lo ocurrido?
13. ¿Trató de no pensar acerca de lo ocurrido?
14. ¿Cualquier hecho que le recordara, le hacía sentir lo mismo que había sentido en aquella situación?
15. ¿Estuvo como si sus sentimientos acerca de lo ocurrido estuvieran anestesiados?

* Los ítems en negrita pertenecen a la escala de reexperiencia y los ítems en letra habitual a comportamientos evitativos.



Se usó la versión en español que aplicaron la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud de Colombia en un estudio epidemiológico en varias ciudades colombianas (13).

El coeficiente de alfa de Cronbach se usó para calcular la consistencia interna de la escala completa y de las dos subescalas (10). No se realizó una prueba de estabilidad en el tiempo (test-retest) por dificultades logísticas para la aplicación de la escala en una segunda oportunidad. Para conocer la estructura de factores de la escala se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales. Se calculó el coeficiente de esfericidad de Bartlett (3) y el coeficiente de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (21). Se retuvo aquellos factores con valores propios mayores que 1.0. Se realizó una rotación oblicua (promax) de la solución factorial inicial porque se consideró que los factores estaban altamente correlacionados (14). Asimismo, se estableció que un ítem aportaba significativamente a un factor si presentaba un coeficiente mayor de 0.400 (19). Todos los cálculos se realizaron en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS para Windows) (32).

Las participantes consintieron mediante la firma de un consentimiento informado después de conocer y comprender los objetivos del estudio, tal como lo establecen las disposiciones colombianas para la investigación en salud (24) y la Declaración de Helsinki (1).

Resultados

La EIE total mostró una consistencia interna de 0.80; la subescala de reexperiencia, 0.76; y la subescala de comportamientos evitativos, 0.61. En el análisis de factores se observó un coeficiente de KMO de 0.864, una prueba de Bartlett con $X^2 = 1072.1$, $gl = 105$ y $p < 0.001$ y tres factores que daban cuenta del 48.9% de la varianza. El factor I (reexperiencia o intrusión) mostró un valor propio de 4.432 que explicaba el 29.5% de la varianza; el factor II (evitación) presentó un valor propio de 1.488 que daba cuenta de 9.9% de la varianza; y el factor III (afecto restringido), un valor propio de 1.421 que explicaba el 9.5% de la varianza. En la Tabla 2 se presenta la solución factorial.

Discusión

La EIE muestra una alta consistencia interna y una aceptable estructura tridimensional en mujeres adultas residentes en el área urbana de Bucaramanga, Colombia, remitidas a evaluación médica forense.

En el presente estudio se encontró que la escala global y la subescala para reexperiencia presentaban una consistencia interna en el rango deseable -entre 0.70 y 0.90- (26, 33), mientras que la subescala para evitación alcanzaba sólo un coeficiente bastante modesto, a diferencia del estudio original de Horowitz cols. donde se observó que la escala global, como cada una

Tabla 2. Estructura factorial de la escala para TEPT después de rotación oblicua en mujeres colombianas víctimas de violencia remitidas a evaluación psiquiátrica forense

Item	Factor I	Factor II	Factor III
1	0.712		
2	0.669	0.475	
3		0.642	
4	0.667		
5	0.585	0.557	
6	0.450		0.443
7		0.470	
8			0.666
9		0.651	
10	0.634	0.489	
11	0.668		
12		0.726	
13		0.783	
14	0.697	0.457	
15			0.709

Se muestran los coeficientes mayores de 0.400

de la subescalas, mostraban una consistencia interna en rango aceptable (20). Elliott informó, en una muestra de la población general, un alfa de Cronbach para la escala total de 0.94 y de 0.90 para cada una de las dos subescalas (12). Van Der Ploeg y cols. aplicaron la escala en personas que trabajaban con problemas relacionados con trauma, en personas que habían estado en guerras y a personas víctimas de desastres, e informaron que la consistencia interna de la escala total se encontraba entre 0.87 y 0.96; para la subescala de síntomas intrusivos entre 0.85 y 0.93, y para síntomas evitativos entre 0.77 y 0.91 (37). Thatcher y Krikorian observaron el comportamiento psicométrico de la EIE en estudiantes de primeros años de educación superior y observaron que la escala total presentaba un alfa de Cronbach de 0.91; la subescala de intrusión, 0.85; y la subescala de evitación, 0.89 (36).

La estructura tridimensional observada en el presente estudio difiere de la inicialmente presentada por Horowitz y cols., quienes por apariencia sugerían que los ítems exploraban sólo síntomas de reexperiencia y evitación del recuerdo del evento (20). Sin duda, el análisis factorial es una técnica mejor para explorar la dimensionalidad de una escala que la simple evaluación de validez facial y contenido de los ítems (17,

34). Con este tipo de análisis, Thatcher y Krikorian replicaron la estructura bidimensional de la EIE (36). No obstante, Fao y cols. y McDonald informaron una estructura de tres factores altamente correlacionados (16, 23) y Hendrix y cols. mostraron que esta escala mostraba un único factor principal (18). Este hallazgo corrobora la observación de que el comportamiento psicométrico de una escala se afecta por factores sociales y culturales y las habilidades lingüísticas de quienes completan la escala (5, 30).

Es importante contar con una escala para la identificación de posibles casos de TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica y extrafamiliar. Sin embargo, es necesario conocer la consistencia interna de EIE en varones remitidos a evaluación forense; lo mismo que comparar las propiedades de la escala cuando se compara con un patrón de oro como la entrevista psiquiátrica estructurada, tanto en mujeres como en varones (31).

Se concluye que la EIE global muestra una alta consistencia interna y una estructura tridimensional que explica un aceptable porcentaje de la varianza. Resulta necesario realizar la validación de esta escala con un patrón de oro, tanto en mujeres como en varones ■

Referencias bibliográficas

- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3.htm. Fecha de acceso 18-07-2006
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona, Masson, 2000.
- Bartlett MS. Test of significance in factor analysis. *Br J Psychol* 1950; 3: 77-85.
- Baschnagel JS, O Connor RM, Colder CR, Hawk LW Jr. Factor structure of posttraumatic stress among Western New York undergraduates following the September 11th terrorist attack on the World Trade Center. *J Trauma Stress* 2005; 677-684.
- Blacker D, Endicott J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. En: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al (editores). Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association; 2002 (CD-ROM).
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behav Therapist* 1990; 13: 187-188.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996; 34: 669-673.
- Breslau N, Reboassin BA, Anthony JC, Storr CL. The structure of posttraumatic stress disorder. Latent class analysis in 2 community samples. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1343-1351.
- Contreras-Pezzotti L, Arteaga-Medina J, Campo-Arias A. Validez de criterio de la Escala de Impacto de los Estresores en mujeres colombianas víctimas de diferentes formas de violencia. *Rev Med Legal Costa Rica* 2007; 24: 99-106.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- Davidson JRT, Brook SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997; 27: 153-160.
- Elliott DM. Clinical utility of the Impact of Event Scale: psychometrics in the general population. *Assessment* 1998; 5: 171-180.
- Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. Organización Panamericana de la Salud/Instituto Nacional de Salud, 2002. Disponible en: http://disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/epeve_final.pdf
- Floyd FJ, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assess* 1995; 7: 286-299.
- Foa EB, Cashman LA, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess* 1997; 9: 445-451.
- Foa EB, Riggs DS, Gerhony BS. Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 116-120.
- Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Pers Assess* 1997; 68: 532-560.
- Hendrix CC, Jurich AP, Schumm WR. Validation of the Impact of Event Scale on a sample of Vietnam veterans. *Psychol Report* 1994; 75: 321-322.
- Hogarty KY, Hines CV, Kromey JD, Ferron JM, Mumford KR. The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: the influence of sample size, communality, and over-determination. *Educ Psychol Meas* 2005; 65: 202-226.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-218.
- Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 1974; 39: 31-36.
- McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CM, Gerber MR, Sege R, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med* 2005; 712-722.
- McDonald A. Factor structure of the Impact of Event Scale in a non-clinical sample. *Person Indiv Differ* 1997; 23: 419-424.
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1993.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10a edición. Madrid, Meditor, 1993.
- Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34: 572-580.
- Palmieri PA, Fitzgerald LF. Confirmatory factor analysis of traumatic stress symptoms in sexually harassed women. *J Trauma Stress* 2005; 657-666.
- Posada-Villa JA, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado del ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Medunab* 2004; 7: 65-72.
- Robbins P, Monahan J, Silver E. Mental disorders and violence: the moderating role of gender. *Law Human Behav* 2003; 27: 56-71.
- Rubio-Stipec M, Hicks MHR, Tsuang MT. Cultural factors influencing the selection, use, and interpretation of psychiatric measures. En: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association; 2002 (CD-ROM).
- Sánchez R, Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6: 302-318.
- SPSS for Windows 13.0. Chicago: SPSS Inc., 2004.
- Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 135-140.
- Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess* 2003; 80: 99-103.
- Sundin EV, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med* 2003; 65: 870-876.
- Thatcher DL, Krikorian R. Exploratory factor analysis of two measures of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in non-clinical sample of college students. *Anxiety Disord* 2005; 19: 904-914.
- van der Ploeg E, Moren TM, Cléber RJ, van der Velden PG, Brom D. Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychol Assess* 2004; 16: 16-26.

Estacionalidad en admisiones hospitalarias por Trastorno Bipolar en Santa María, Córdoba, Argentina

Diego M. Conci Magris

Médico Especialista en Psiquiatría

Miembro de la Unidad de Internación Psiquiátrica del Hospital de Niños "Santísima Trinidad", Ciudad de Córdoba, Argentina
E-mail: concidie@hotmail.com

Introducción

La estacionalidad del trastorno bipolar, descrita por los griegos hace miles de años, sigue siendo controversial. La hipótesis cronobiológica sostiene que las variaciones ambientales producidas por los cambios estacionales, principalmente las del fotoperíodo, producirían una falla adaptativa en los ritmos biológicos comandados por el reloj maestro (Núcleo Supraquiasmático del Hipotálamo) que concluiría con la desregulación del cerebro medio.

El aspecto periódico del trastorno bipolar es un argu-

mento a favor de dicha alteración en la que los ritmos están desincronizados y se normalizan con la remisión clínica (1). También se observan modificaciones de fase en la secreción hormonal, de las monoaminas cerebrales, sus metabolitos y de la melatonina, cuyo pico nocturno está reducido en estos trastornos, cualquiera que sea el estado tímico que curse (1, 13). Estos cambios podrían ser consecuencia de una desincronización de los estímulos externos del medio o *zeitgebers* (1, 13). Esto se debe a que durante el invierno el reloj biológico interno se

Resumen

Introducción: el objetivo del trabajo es establecer si existe un patrón de estacionalidad en las internaciones hospitalarias por trastorno bipolar en el Hospital Colonia Santa María, Córdoba, Argentina, entre los años 2000 y 2003. **Materiales y métodos:** se tomaron los episodios afectivos internados con diagnóstico de trastorno bipolar (CIE-10) durante el período y se analizaron las historias clínicas según los criterios del DSM-IV. Se incluyeron las internaciones de toda la historia patobiográfica del individuo. **Resultados:** se incluyeron 84 episodios afectivos: 43 maníacos (51%), 20 depresivos (24%), 15 mixtos (18%) y 6 hipomaníacos (7%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre episodios afectivos del trastorno bipolar y estación del año, con un patrón estacional de manía-hipomanía en verano y depresión en invierno. Los episodios mixtos presentan pico en verano pero se distribuyen más uniformemente en el año. **Conclusiones:** existe estacionalidad en las internaciones por trastorno bipolar.

Palabras clave: Estacionalidad - Trastorno Bipolar - Admisiones hospitalarias.

SEASONAL PATTERN IN HOSPITAL ADMISSIONS DUE TO BIPOLAR DISORDER IN SANTA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to establish if there is a seasonal pattern in hospitalizations due to affective episodes of bipolar disorder in Hospital Colonia Santa María, Córdoba, Argentina, between 2000-2003. **Materials and methods:** The affective episodes considered were those which required patient hospitalization with bipolar disorder diagnosis (ICD-10). Medical histories were analyzed subsequently, according to the DSM-IV criteria. The episodes considered were those with hospitalization during all the pathobiographical history of the patient. **Outcome:** 84 affective episodes were considered. 43 were manic (51%), 20 were depressive (24%), 15 were mixed (18%) and 6 were hypomaniac (7%). A statistically significant association was found ($p < 0.001$) between affective episodes of bipolar disorder and the season of the year, with a seasonal pattern of mania-hypomania in summer and depression in winter. Mixed episodes were distributed more consistently in the year with a peak in summer. **Conclusion:** In this research a relationship is established between bipolar disorder and seasonal nature in hospitalizations.

Key words: Seasonal - Bipolar Disorder - Admissions.

vuelve menos estable debido a la menor intensidad de la luz y a un acortamiento del fotoperíodo (13). Así lo atestigua un estudio realizado en Finlandia, que analiza los cambios estacionales en relación al humor, la conducta, las admisiones hospitalarias por estación y las variaciones del ciclo circadiano en pares de gemelos, uno con trastorno bipolar tipo I y el otro sano. Los gemelos bipolares manifiestan cambios estacionales estadísticamente significativos en el tiempo de sueño y el humor en comparación con sus gemelos sanos. Los autores afirman que el trastorno bipolar es sensible a la influencia ambiental en general, y en especial a los cambios estacionales (15).

Faedda y cols., de la escuela médica de Harvard, proponen dos patrones con igual frecuencia de recurrencia estacional para el trastorno bipolar. Los patrones son Tipo A: manía/hipomanía en primavera/verano y depresión en invierno/otoño; y Tipo B: manía/hipomanía en otoño/invierno y depresión en primavera/verano (5). A su vez, un estudio de Schaffer y cols., realizado en Canadá sobre una muestra comunitaria de sujetos con trastorno bipolar, halló que el 22,6% de los sujetos con este diagnóstico presentaba un subtipo estacional sin influencia de la latitud, que fue tomada como variable (18). Así también, Lee y cols. determinaron los efectos de la estación y el clima en el primer episodio maníaco del trastorno bipolar. Al correlacionar las horas promedio mensuales de luz y radiación solar, hallaron una asociación significativa con los meses de presentación de los primeros episodios maníacos. Sugirieron que el incremento de la duración y la intensidad de la luz solar puede facilitar el ingreso a un episodio maníaco (9).

Teniendo en cuenta estos datos, este trabajo pretende clarificar si existe estacionalidad en las internaciones hospitalarias por trastorno bipolar en nuestro medio.

Materiales y métodos

El presente estudio fue de tinte epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico.

Para el mismo se seleccionaron como casos todos los pacientes internados en la institución con diagnóstico de egreso de trastorno bipolar, realizado por médico psiquiatra, entre los años 2000 y 2003 en el Hospital Colonia Santa María, departamento de Punilla de la provincia de Córdoba, Argentina. Posteriormente se analizó cada una de las historias clínicas para confirmar o descartar el diagnóstico establecido, según los criterios del DSM-IV. Se incluyeron como datos *cada uno de los episodios* afectivos que requirieron internación en la institución durante toda la historia patobiográfica de los individuos seleccionados.

Las variables analizadas incluyeron: tipo de episodio afectivo (maníaco, mixto, depresivo, hipomaniaco), estación de ingreso, sexo, edad y días de internación.

Se dejaron a criterio del investigador:

- Ajustar la estacionalidad del episodio que motivó

el ingreso hospitalario solo cuando hubiera un dato de la historia clínica, explícito e inequívoco, que expresara el comienzo de dicho episodio afectivo en otra estación del año y con sintomatología como para requerir internación previamente.

- Cuando la fecha de internación se encontraba en los diez primeros días de una estación, el episodio se consideró como propio de la estación previa.

- Con estos criterios se pretendió minimizar el impacto de las causas de retraso de internación, que afectarían la estacionalidad del cuadro.

El análisis de los datos acá se hizo mediante el modelo de Chi cuadrado, siendo necesario utilizar un modelo de Fisher para tablas de 2×2 .

Resultados

Sobre una muestra de 84 episodios afectivos el análisis estadístico reveló que existe una asociación significativa entre episodios afectivos y estación del año de ingreso hospitalario ($X^2 = 110,0$ (gl = 83) $p < 0,02$). En la tabla 1 se resume la partición en niveles de estas variables. En la tabla 2 se muestran las frecuencias observadas en la partición que se realiza. En la tabla 3 se muestran las frecuencias aplicando modelo de Fisher. En la tabla 4 se consignan los episodios afectivos en relación al sexo. En la tabla 5 se consigna la estacionalidad presentada por los mismos, días de estada y edad promedio.

Tabla 1. Categorías tomadas: tipos de episodios y estaciones del año

Tipo de episodio	Estación del año
a) Mixto	a) Otoño
b) Manía-Hipomanía	b) Invierno
c) Depresión	c) Primavera
	d) Verano

Tabla 2. Relación entre las variables: el tipo de episodio y las estaciones

Episodios	Otoño	Invierno	Primavera	Verano	Totales
Mixto	3	3	3	6	15
Manía-Hipom.	6	3	15	25	49
Depresión	5	13	1	1	20
Totales (n=84)	14	19	19	32	84

Tabla 3. Prueba exacta de Fisher: tipos de trastorno bipolar y estacionalidad

	Invierno	Verano	Total
Manía-Hipomanía	3.0 (7.14%)	25.0 (59.52%)	28.0 (66.67%)
Depresión	13.0 (30.95%)	1.0 (2.38%)	14.0 (33.33%)
Columnas Totales	16.0 (38.09%)	26.0 (61.9%)	42.0 (100%)
Corrección de Yates	23.33	p = 0.00	
Chi-cuadrado	0.636		
Fisher exacta		p = 0.00	

Tabla 4. Episodios afectivos presentados en relación al género entre los años 2000-2003 en el Hospital Colonia Santa María, Departamento de Punilla de la Provincia de Córdoba, Argentina

	Episodios Maníacos	Episodios Depresivos	Episodios Mixtos	Episodios Hipomaniacos	Totales
Varones	27	3	0	5	35 (42%)
Mujeres	16	17	15	1	49 (58%)
Totales	43 (51%)	20 (24%)	15 (18%)	6 (7%)	84 (100%)

Tabla 5. Estacionalidad de los episodios afectivos, edad promedio y estadía entre los años 2000-2003 en el Hospital Colonia Santa María, Departamento de Punilla de la Provincia de Córdoba, Argentina

	Verano	Invierno	Primav.	Otoño	Totales	Edad Prom.	Tiempo de Estadía
Episodios Maníacos	25	0	12	6	43	37 años	47,79 días
Episodios Depresiv.	1	13	1	5	20	37 años	27 días
Episodios Mixtos	6	3	3	3	15	39 años	81 días
Episodios Hipoman.	0	3	3	0	6	36 años	57 días
Totales	32	19	19	14	84	38 años	50,1 días

Discusión

Ya desde la antigüedad los griegos relacionaban las estaciones con la presentación de la melancolía y la manía. Los resultados en este trabajo confirman dicha asociación pero de manera diferenciada, por ello se ana-

lizan por separado cada cuadro clínico y su estacionalidad.

Estacionalidad de los episodios maníacos

En este trabajo los episodios maníacos tuvieron una presentación estacional marcada hacia verano (57%) y primavera (29%). Los resultados obtenidos son acordes al patrón estacional más estable presentado en trabajos de ambos hemisferios, en los que el pico de internaciones por manía se sitúa sobre todo en período estival (3, 4, 6, 17, 20, 21).

La presentación estacional hallada fue similar en ambos sexos, lo que difirió con algunos estudios que afirman que la tendencia estacional en la presentación de la manía es mayor o se detecta exclusivamente en las mujeres (8, 21).

En cambio, es de destacar que en los varones hubo una mayor frecuencia de episodios maníacos (relación V/M=1,62), mayores períodos de estadía (varones: 56 días /mujeres: 33 días) y aparición a una edad más temprana (la edad promedio en los mismos es de 31 años y en las mujeres de 45 años). Esto podría tener relación con una mayor severidad del trastorno en los mismos (13).

Los estudios cotejados son en su mayoría descriptivos, retrospectivos y de estadísticas de ingresos hospitalarios; una mínima proporción estudió prospectivamente la estacionalidad de la manía (19), o utilizó muestras ambulatorias (8). Algunos estudios no detectaron patrones estacionales para la manía (7, 19) y otros, en cambio, encontraron que la estacionalidad de la manía varió de año en año (12) o de lugar en lugar (17).

Con respecto a los episodios hipomaniacos, el patrón estacional mostrado en nuestro estudio tiene una presentación bimodal correspondiente a primavera e invierno; dicha presentación concuerda con la bibliografía hallada sobre patrones estacionales de los cuadros bipolares tipo II, pero al ser escaso el número de episodios censados se asociaron estos datos a los de los episodios maníacos (13).

Por último, algunos autores proponen estandarizar los límites de las estaciones a través del número de horas de luz o temperatura diarias, que no siempre coinciden con el curso estacional de cada temporada (23).

Estacionalidad de los episodios mixtos

En el presente trabajo, los episodios mixtos presentaron un pico estival (40%), pese a mostrar una distribución homogénea en las cuatro estaciones. Esto es avalado por lo descrito en otros estudios. Stanton y cols. (20) detectaron en los episodios mixtos una distribución estacional significativa que incluyó el verano cuando se trató de reingresos. Concordantemente, el estudio de la universidad de Duke (3) describió un patrón estacional diferente al de los maníacos puros, con un pico en final del verano y un nadir al final de la primavera, sosteniendo que debían ser tomados como un subtipo clínico diferenciado. Esto fue avalado a su



vez por un estudio canadiense que evidenció un pico de admisiones en verano para estos episodios (24).

Llamativamente, en nuestro caso la totalidad de los episodios mixtos se presentó en mujeres y tuvieron altos índices de estadía hospitalaria. Dichas cuestiones podrían obedecer a las dificultades diagnósticas y terapéuticas propias de estos cuadros, siendo necesario corroborarlo con otras investigaciones (1).

Los trabajos publicados concuerdan en que, al ser un cuadro con sintomatología mixta entre depresión y manía, perdería el patrón estacional que presentan los episodios puros teniendo un patrón más homogéneo pese a predominar un pico estival.

Estacionalidad de la depresión bipolar

Los episodios depresivos muestran una clara distribución estacional (90%) hacia el invierno (65%) y otoño (25%). Esto es concordante con el patrón estacional más habitual referido en la bibliografía sobre el trastorno bipolar I en el hemisferio sur, y es diferente de lo encontrado en el hemisferio norte y en las depresiones mono-

polares o bipolares tipo II, que son mayoritariamente primaverales.

Así lo testimonia un estudio sudafricano (22), que registra que tanto la depresión unipolar como bipolar se concentran significativamente en invierno y algo menos en primavera. Este patrón coincide con el que detectó el estudio de Parker y Walter (14) y otro estudio (15) también realizado en Inglaterra que detectan, en la presentación de la depresión, un exceso invernal significativo. Así también, un estudio sobre pacientes bipolares tipo I seguidos tanto retrospectivamente como prospectivamente (19), registra una distribución unimodal significativa en otoño en ambos casos. Es de destacar que en este estudio el patrón otoñal se registra tanto para los episodios depresivos observados en el hemisferio norte (Inglaterra), como para los del hemisferio sur (Nueva Zelanda), siendo además el único que evalúa un período prospectivo y recoge la fecha de comienzo del episodio depresivo (no de internación) en ambos hemisferios.

De acuerdo con el mismo, Blacker y cols. (2), en muestras de atención primaria y considerando la fecha de comienzo del episodio depresivo mayor atendido,

detectan un patrón estacional bimodal significativo en otoño e invierno.

De la misma manera, otros estudios sobre depresión bipolar (16) detectan un pico bimodal en verano e invierno tardío para pacientes bipolares tipo I, y un pico unimodal en primavera para las pacientes bipolares tipo II. En cambio, un estudio realizado en España (10) que recoge la fecha de comienzo en una muestra de pacientes bipolares I y II, detecta que se concentran en primavera.

Un aspecto inesperado de nuestra muestra es la marcada tendencia de la depresión bipolar a presentarse en mujeres (relación M/V=17/3). Este fenómeno es observable en las estadísticas generales de esta patología, pero no de manera tan manifiesta (1).

Para finalizar, se ha encontrado una correlación significativa entre el número de casos depresivos de tipo invernal y las horas de luz (21). Es decir, son los bajos niveles de iluminación, más que una determinada época o estación del año, los que parecen asociarse significativamente con la incidencia de la depresión. Esto variaría claramente según la latitud, es decir que en zonas cercanas a los polos hay un largo invierno y verano, y en otras zonas geográficas hay cuatro estaciones bien diferenciadas.

Conclusiones

Existe una relación significativa entre los episodios afectivos de trastorno bipolar y la estacionalidad de las internaciones hospitalarias en Santa María, Provincia de Córdoba, Argentina.

Hemos encontrado un patrón estacional caracterizado por:

- Episodios maniáticos de presentación predominante en verano y primavera.

- Episodios depresivos predominantemente en invierno y otoño.

- Episodios mixtos con un pico estival pero de distribución más uniforme en las cuatro estaciones.

Este trabajo sostiene que el trastorno bipolar en general es sensible a los cambios climáticos-estacionales, y apoya la hipótesis cronobiológica descrita en la introducción.

El análisis de la estacionalidad puede aportar nuevos conocimientos en la fisiopatología de los trastornos bipolares, en la prevención de su presentación, y para la mejora de las alternativas terapéuticas ■

Referencias bibliográficas

1. Akiskal HS. Trastornos del Estado de Ánimo. En: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires: Panamericana; 1997. p. 995-1089.
2. Blacker CV, Thomas JM, Thompson C. Seasonality Prevalence and Incidence of Depressive Disorder in a General Practice Sample: Identifying Differences in Timing by Caseness. *J Affect Disord* 1997; 43 (1): 41-52.
3. Cassidy F, Carroll BJ. Seasonal variation of mixed and pure episodes of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2002; 68 (1): 25-31.
4. Clarke M, Moran P, Keogh F, et al. Seasonal influences on admissions for affective disorder and schizophrenia in Ireland: a comparison of first and readmissions. *Eur Psychiatry* 1999; 14 (5): 251-5.
5. Faedda GL, Tondo L, Teicher MH, et al. Seasonal mood disorders. Patterns of seasonal recurrence in mania and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (1): 17-23.
6. Hare E, Walter SD. Seasonal variation in admissions of psychiatric patients and its relation to seasonal variation in their birth. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32: 47-52.
7. Jain S, Kaliaperumal VG, Chatterji S, et al. Climate and admissions for mania in the tropics. *J Affect Disord* 1992; 26 (4): 247-250.
8. Kamo K, Tomitaka S, Nakadaira S, et al. Season and mania. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47 (2): 473-474.
9. Lee HJ, Kim L, Joe SH, et al. Effects of season and climate on the first manic episode of bipolar affective disorder in Korea. *Psychiatry Res* 2002; 15 (1-2): 151-9.
10. Montejo J, Bischofberger C, et al. Seasonal Variation of Bipolar Illness Episodes. Póster presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1996. En: Abstract Book, X World Congress of Psychiatry. Vol II, p. 46.
11. Montejo Pernas J, Ayuso-Gutiérrez JL. Variación estacional en la presentación de la depresión unipolar y bipolar. Monografías de Psiquiatría. Año XII. Número 1. Madrid, Aula Médica Ediciones, 2000.
12. Mulder RT, Cosgriff JP, Smith AM, et al. Seasonality of mania in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 187-190.
13. Olié JP, Hardy P, Akiskal H, et al. Psicosis Maníaco-Depresivas. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale E-37-220-a-10*. París, Elsevier, 2001.
14. Parker G, Walter S. Seasonal Variation in Depressive Disorders and Suicidal Death in New South Wales. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 626-632.
15. Reeta Hakkarainen, Carolina Johansson, Tuula Kiesepä, et al. Seasonal changes, sleep length and circadian preference among twins with bipolar disorder. *BMC Psychiatry* 2003; 3 (1): 6.
16. Rihmer Z. Season of Birth and Season of Hospital Admission in Bipolar Depressed Female Patients. *Psychiatry Res* 1980; 3: 247-251.
17. Sayer HK, Marshall S, Mellsop GW. Mania and Seasonality in the Southern Hemisphere. *J Affect Disord* 1991; 23: 151-156.
18. Schaffer A, Levitt AJ, Boyle M. Influence of season and latitude in a community sample of subjects with bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (4): 277-80.
19. Silverstone T, Romans S, Hunt N, et al. Is There a Seasonal Variation in the Presentation of Bipolar Disorder?

- nal Pattern of Relapse in Bipolar Affective Disorders? A dual Northern and Southern Hemisphere Cohort Study. *Br J Psychiatry* 1995; 161: 506-511.
20. Stanton SP, McElroy SL, Strakowski SM, et al. Seasonal Variation and Onset of Illness in Mixed Versus Pure Mania. *American Psychiatric Association, Annual Meeting. New Research Program and Abstracts* 1996; p. 92.
21. Suhail K, Cochrane R. Seasonal variations in hospital admissions for affective disorders by gender and ethnicity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (5): 211-7.
22. Szabo CP, Terre Blanche MJ. Seasonal Variation in mood Disorder presentation: further Evidence of this Phenomenon in a South African Sample. *J Affect Disord* 1995; 21: 45-56.
23. Valle Fernández J, Montejo Pernas J. Variación estacional de la manía. Monografías de Psiquiatría. Año XII. Número 1. Madrid, Aula Médica Ediciones, 2000.
24. Whitney DK, Sharma V, Kueneman K. Seasonality of manic depressive illness in Canada. *J Affect Disord* 1999; 55 (2-3): 99-105.



**Centro
Psicopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Jóvenes homicidas: estudio de rasgos distintivos con jóvenes que han cometido otro tipo de delitos en la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Renata Wiese

*Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata (UNLP)
Médico Especialista Jerarquizado en Psiquiatría y Psicología Médica, Centro de Recepción La Plata, dependiente de la Subsecretaría del
Menor de la Provincia de Buenos Aires
E-mail: renataweise@speedy.com.ar*

Jorge Folino

*Profesor de Psiquiatría. Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP
E-mail: folino@med.unlp.edu.ar*

Introducción

El Informe sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud plantea claramente que la violencia es un problema de salud pública en todo el mundo (26).

La delincuencia juvenil abarca un abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas hasta el homicidio. Los varones jóvenes son tanto los

Resumen

La violencia, en sus diferentes formas, constituye un problema social que convoca a enfoques multidisciplinarios en acciones tendientes a su prevención. Entre los conocimientos necesarios para orientar a las políticas preventivas se destacan los factores de riesgo y los factores protectores de las conductas violentas. Este estudio tiene como objetivo contribuir, desde la perspectiva psiquiátrica, a la exploración de factores influyentes en las conductas homicida de adolescentes. Se estudió un grupo de casos (n = 15) de jóvenes homicidas y un grupo control (n = 35) de menores que cometieron otros tipos de delitos (robo simple o calificado o violación), todos ellos jóvenes institucionalizados por orden judicial en la ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. En ambos grupos se evaluaron características sociodemográficas, criminológicas y psicosociales a través de cuestionario ad hoc, así como variables clínico-psiquiátricas por medio del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Los resultados obtenidos mostraron que los múltiples factores estudiados no se asociaron significativamente con la condición de ser joven homicida. Los hallazgos orientan a sostener que, en esta población de jóvenes vulnerables, la conducta homicida depende más de las circunstancias que de peculiaridades personales. Los autores sugieren que las acciones preventivas en adolescentes con estos factores de riesgo podrían tener efecto tanto en las conductas delictivas en general, como en la conducta homicida en particular.

Palabras clave: Homicidio - Delincuencia juvenil - Factores de riesgo - Casos y controles.

YOUNG KILLERS: STUDY OF DISTINCTIVE FEATURES WITH YOUTH THAT HAVE COMMITTED OTHER CRIMES IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

The violence in its different forms, is a social problem that calls for multidisciplinary approaches in actions aimed at prevention. Among the skills needed to guide preventive policies, the highlights are risk and protective factors for violent behavior. This study aims to contribute, from the psychiatric perspective, in exploring factors influencing the behavior of homicidal adolescents. We studied a group of cases (n = 15) of young killers and a control group (n = 35) of juveniles who committed other crimes (simple or qualified theft or rape), all of them institutionalized by court order in La Plata city, Buenos Aires, Argentina. In both groups were evaluated sociodemographic, criminological and psychosocial characteristics through ad hoc questionnaire, as well as psychiatric clinical variables through the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). The results showed that the multiple factors studied were not significantly associated with the condition of being young murderer. The findings aim to sustain that, in this vulnerable population of youth, homicidal behavior depends more on the circumstances than of personal peculiarities. The authors suggest that preventive actions in adolescents with these risk factors could have an effect on criminal behavior in general, as in homicidal behavior in particular.

Key words: Homicide - Juvenile delinquency - Risk factors - Cases and controls.

principales perpetradores como las principales víctimas de los homicidios (23).

En las nosografías psiquiátricas se cuenta con categorías diagnósticas, como la del Trastorno Disocial -DSM IV TR 312.xx; CIE 10 F91.8- (7, 10), que sintetizan características psicológicas y conductuales de los jóvenes que cometen actos violentos. El comportamiento de estos jóvenes también tiende a relacionarse con la comorbilidad con uso de sustancias y con factores medioambientales (2, 3, 8, 26).

Numerosas evidencias orientan a considerar que las conductas disociales, especialmente cuando se manifiestan tempranamente, están influenciadas por condiciones intrínsecas de los individuos que interactúan con algún contexto familiar y social influyente (1, 4, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31). De la serie de características individuales psicológicas, las dificultades de concentración, las conductas agresivas o violentas infantiles y la baja inteligencia fueron propuestos como factores de riesgo de comportamientos antisociales o delictivos en la juventud y adultez (5, 31).

Por otra parte, hay quienes piensan que el Trastorno Disocial no debería considerarse un trastorno mental, porque representa una limitación del desarrollo moral del individuo o el resultado de vivir en una clase social muy baja o en un ambiente violento. Se argumenta que no existe un tratamiento efectivo para este trastorno y que al dar una etiqueta diagnóstica, proporciona de manera inadecuada el papel de enfermos a personas que deberían ser más responsables de su conducta (13).

Indudablemente, resultaría valioso identificar y ponderar cada factor influyente y su impacto específico en el tiempo, ya que de otro modo, sólo los cambios estructurales en materia social se constituirían en tela de fondo y aparecerían como únicos responsables (30), cuando, por el contrario, se trata de un fenómeno multidimensional que escapa a cualquier intento de reducción.

Allende de las controversias causales, la violencia juvenil es un fenómeno que impacta por su tendencia creciente. En la Provincia de Buenos Aires, Argentina, los datos del Ministerio de Seguridad señalan en el lapso 2004-2007 un sostenido aumento en la participación de los menores en delitos con un acrecentamiento de la violencia (19).

Teniendo en cuenta la necesidad de avanzar en la exploración del crimen violento, esta investigación tuvo el objetivo de explorar factores de riesgo de las conductas homicidas.

El estudio planteó, operacionalmente, la hipótesis que sobre la población homicida influyen factores de riesgo particulares que los distinguen del resto de la población de delinquentes juveniles con causas penales diferentes.

Materiales y métodos

La recolección de datos se realizó durante el año 2006 sobre una población de 50 adolescentes internados en el Departamento Penal de Registro y Ubicación de la Ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina, constituida por

un grupo de 15 homicidas y por 35 infractores de la ley penal, no homicidas, que habían cometido delitos tales como robo simple, robo calificado, robo calificado reiterado o violación.

La colección de datos se realizó con cuestionario ad hoc que incluyó 59 ítems para el estudio de características sociodemográficas, psicosociales y criminológicas. Para el registro de las características clínicas se utilizó el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) para evaluación de las comorbilidades psiquiátricas según categorías diagnósticas del DSM-IV (24), luego de entrevistas semiestructuradas y de la revisión de las historias clínicas y expedientes judiciales.

El estudio tuvo un diseño de casos (jóvenes homicidas) y controles (jóvenes con otros delitos) y se realizó en el marco de la actividad de evaluación y tratamiento reglamentada ministerialmente y dispuesta por orden judicial. La investigación se ajustó a la Declaración de Helsinki del año 2003, así como a las Normas de Buenas Prácticas Clínicas según lo fijado en Conferencia Internacional de Armonización y cumpliendo la Disposición 5330/97 de ANMAT y la ley 25.326 de protección de datos personales de la República Argentina.

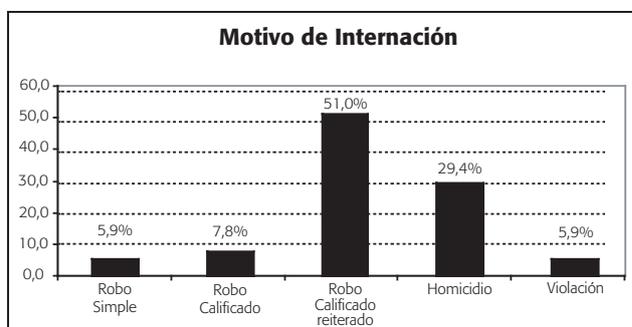
El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (28).

Resultados

La población estudiada tuvo una media de edad de 17 años (rango 13-21 años). Al relacionar la edad de los menores con la tipificación del delito, no se registraron diferencias significativas ($p=0,262$ mediante procedimiento unifactorial de ANOVA) en las poblaciones correspondientes a jóvenes homicidas, jóvenes con robos simples; robos calificados, robos calificados reiterados y violaciones.

El principal delito que motivó la acción judicial de alojamiento institucional fue "robo calificado reiterado", que representó el 51% de las causas judiciales, seguido por homicidio con un 29,4% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentajes de jóvenes internados según delitos

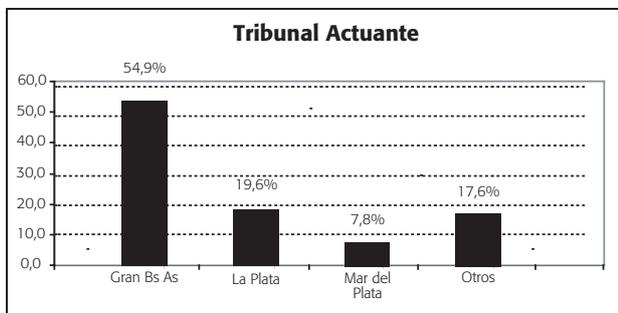


Se encontró que la gran mayoría (76,47%) residía en zonas urbanas y que al respecto, no había diferencias significativas entre la población que había cometido homicidio y el grupo de jóvenes que habían cometido otros delitos

(OR=2,5; IC95% 0,476-13,119).

La mayor frecuencia de derivación correspondió a los Departamentos Judiciales del Gran Buenos Aires (Gráfico 2).

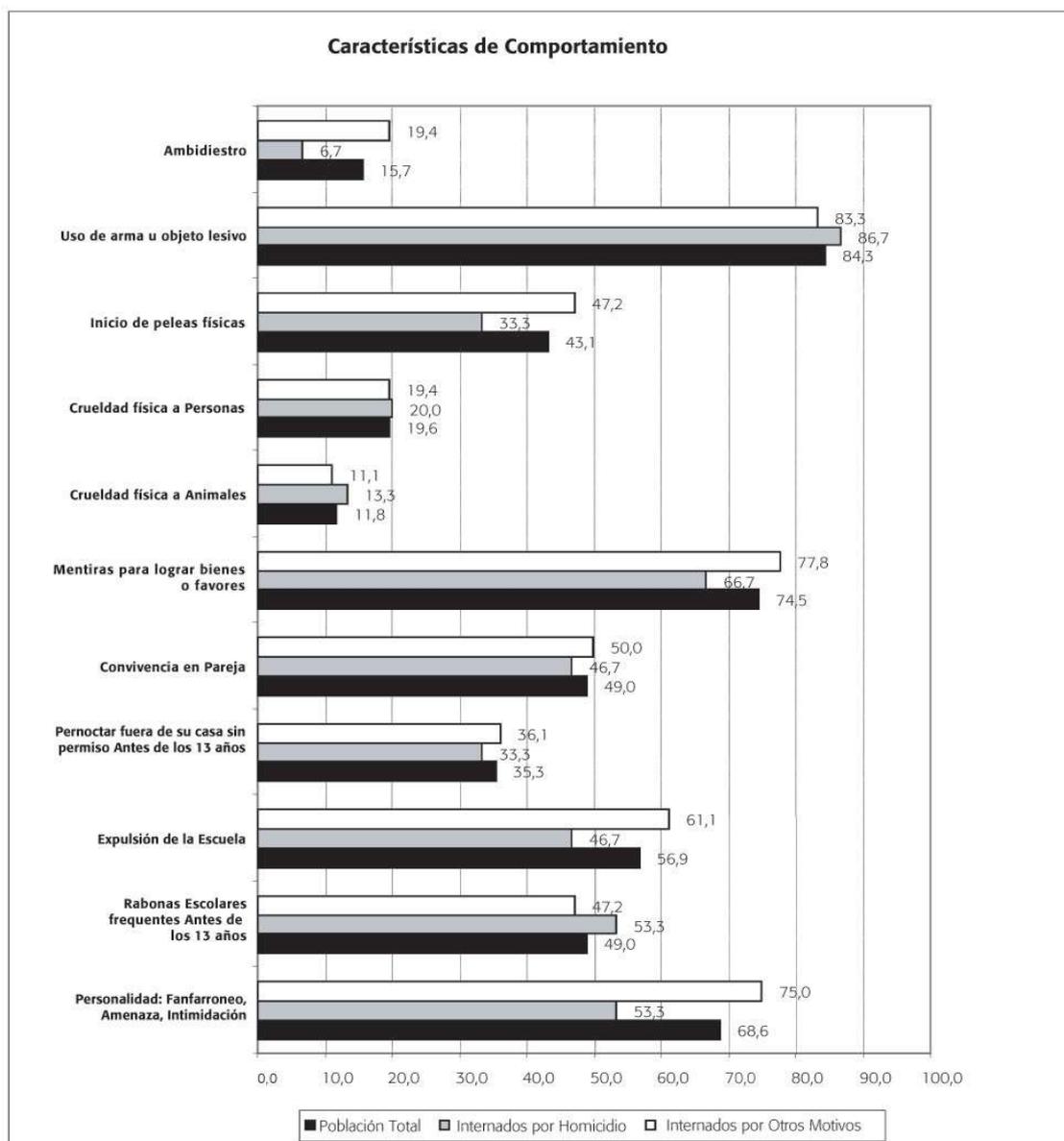
Gráfico 2. Distribución de derivaciones ordenadas por los diferentes departamentos judiciales de la Provincia de Buenos Aires, expresada en porcentajes



En relación a la constitución familiar, el 70,6% tenía a sus padres separados. Los jóvenes con padres separados presentaron menores probabilidades de ser internados por homicidio, con OR=0,58 (IC95% 0,16-2,04), aunque sin significación estadística. Mientras la mayoría de los jóvenes (70,59%) había convivido con la madre hasta los 16 años, sólo el 45,10% había convivido con el padre hasta la misma edad. Las diferencias entre grupos tampoco fueron significativas.

El 18% de los jóvenes describió a sus padres como alcohólicos, mientras que ninguno atribuyó abuso de alcohol a sus madres. La condición de ser homicida no tuvo asociación estadísticamente significativa con la variable "padre alcohólico" (OR=1,45; IC95% 0,30; 6,91); sin embargo, se detectó un efecto tipo protector de la variable "padre abusador de otras sustancias" (OR=0,28; IC95% 0,17-0,44) lo que, en principio, no presenta relevancia clínica.

Gráfico 3. Distribución de características de comportamiento expresada en porcentajes correspondientes a población total, población homicida y población internada por otros delitos



Se constató que un elevado número de jóvenes presentaba Educación General Básica (1° a 9° año primario) incompleta (64,74%) y que no había diferencia significativa entre los grupos (OR=0,56; IC95% 0,16; 1,88).

El 21,57% de los jóvenes infractores de la ley penal tenían familiares de primer grado presos; las diferencias entre grupos no fueron significativas ($p=0,90$, ANOVA unifactorial).

La ausencia de diferencias significativas también fue verificada con las siguientes variables: ser ambidiestro (OR=0,296; IC95%: 0,033;2,645); uso de arma u objeto lesivo (OR=1,300; IC95%=0,231; 7,315); crueldad física a personas (OR=0,36; IC95%: 0,229; 4,691); crueldad con los animales (OR=1,231; IC95% 0,200; 7,563); mentiras para obtener bienes o favores (OR=0,571; CI95%: 0,151; 2,161); pernoctar fuera de la casa sin permiso antes de los 13 años (OR=0,885; IC95% 0,165; 1,878); antecedentes de rabonas escolares frecuentes antes de los 13 años de edad (OR=1,277; IC 95% 0,382; 4,271) (Gráfico

3).

El 50% de la población total convivía en pareja en el momento de su detención y no hubo diferencias significativas entre los grupos (OR=0,875; IC 95% 0,262; 2,924).

Al analizar las variables criminológicas no se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre homicidas y no homicidas para ninguno de los siguientes antecedentes delictivos: delitos de robo enfrentando a la víctima (OR=0,815; IC 95% 0,203; 3,271); violaciones (OR=0,674, IC 95% 0,551;0,824); provocación de incendio (OR=0,786, IC 95% 0,075; 8,222); robos en casa o automóvil con destrozos (OR=0,637, IC 95% 0,116; 3,497) y robos en casa o automóvil sin destrozos (OR=0,444, IC 95% 0,101; 1,956) (Gráfico 4).

La distribución de trastornos psíquicos tampoco mostró diferencias significativas entre los grupos (Gráfico 5).

Gráfico 4. Variables criminológicas expresadas en porcentajes en la población total, los homicidas y en los jóvenes internados por otros delitos

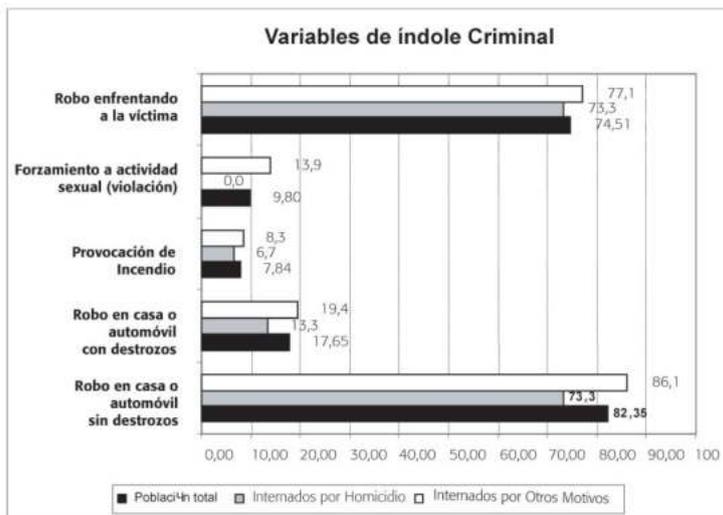


Gráfico 5. Distribución de trastornos del humor expresada en porcentajes para la población total, en los homicidas y en los menores internados por otras causas judiciales

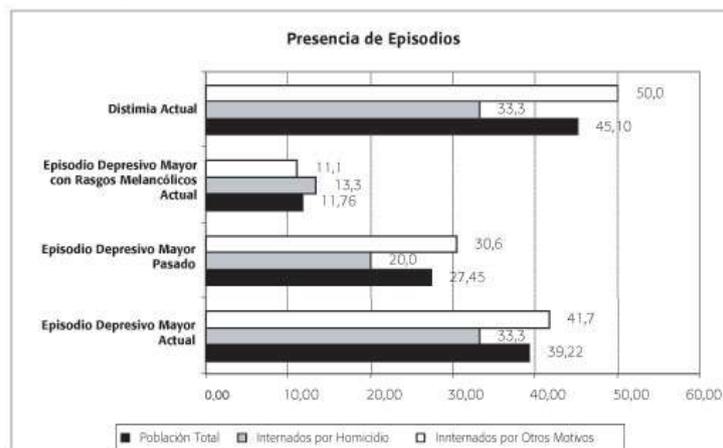
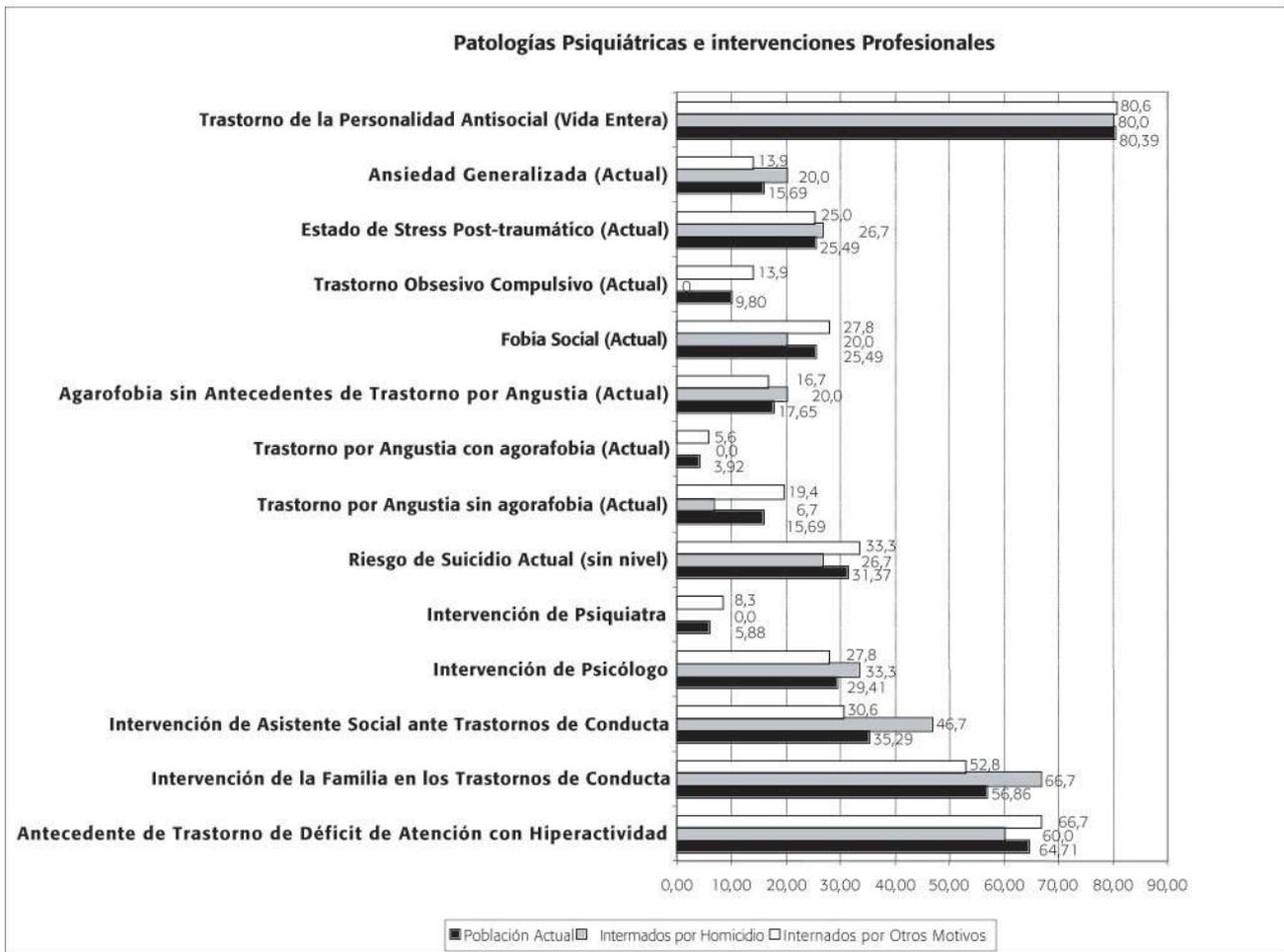


Gráfico 6. Patologías psiquiátricas e intervención de profesionales expresadas en porcentajes correspondientes a la población total, a los jóvenes homicidas y a los jóvenes no homicidas



El antecedente de alguna intervención de psiquiatra a lo largo de la vida del joven presentó un efecto de tipo protector del riesgo de cometer homicidio (OR=0,688; IC 95% 0,568; 0,832), mientras que no se detectaron diferencias significativas en las variables “antecedente de intervención del psicólogo” (OR=1,300; IC 95% 0,355; 4,760) y “antecedente de intervención del asistente social” (OR=1,989; IC 95% 0,577; 6,856) (Gráfico 6).

Se verificó una menor prevalencia de abuso y dependencia de sustancias en el grupo homicida pero que no alcanzó a resultar estadísticamente significativo (Gráfico 7).

Discusión y conclusiones

Este estudio permitió constatar algunos aspectos del fenómeno de la violencia juvenil de manera coincidente con otras fuentes bibliográficas. La mayoría de la población estudiada se encontró entre los 16 y 18 años, con una media de 17 años, en coincidencia con las estadísticas oficiales (23). La mayoría de los adolescentes resi-

día en zonas urbanas del Gran Buenos Aires que se han considerado lugares con posibilidades de condiciones e influencias perniciosas (8). Los 24 partidos que componen el “conurbano bonaerense” se hallan subsumidos en 6 departamentos judiciales, de donde proviene el 54,9% de los jóvenes delincuentes internados. Las dinámicas de judicialización en la segunda mitad de los ‘90 tuvieron un impacto particularmente fuerte en las ciudades pequeñas del interior. El hallazgo resulta congruente con el aumento en la propensión de los jóvenes a cometer crímenes que producen las ciudades latinoamericanas con crecimiento sostenido (3).

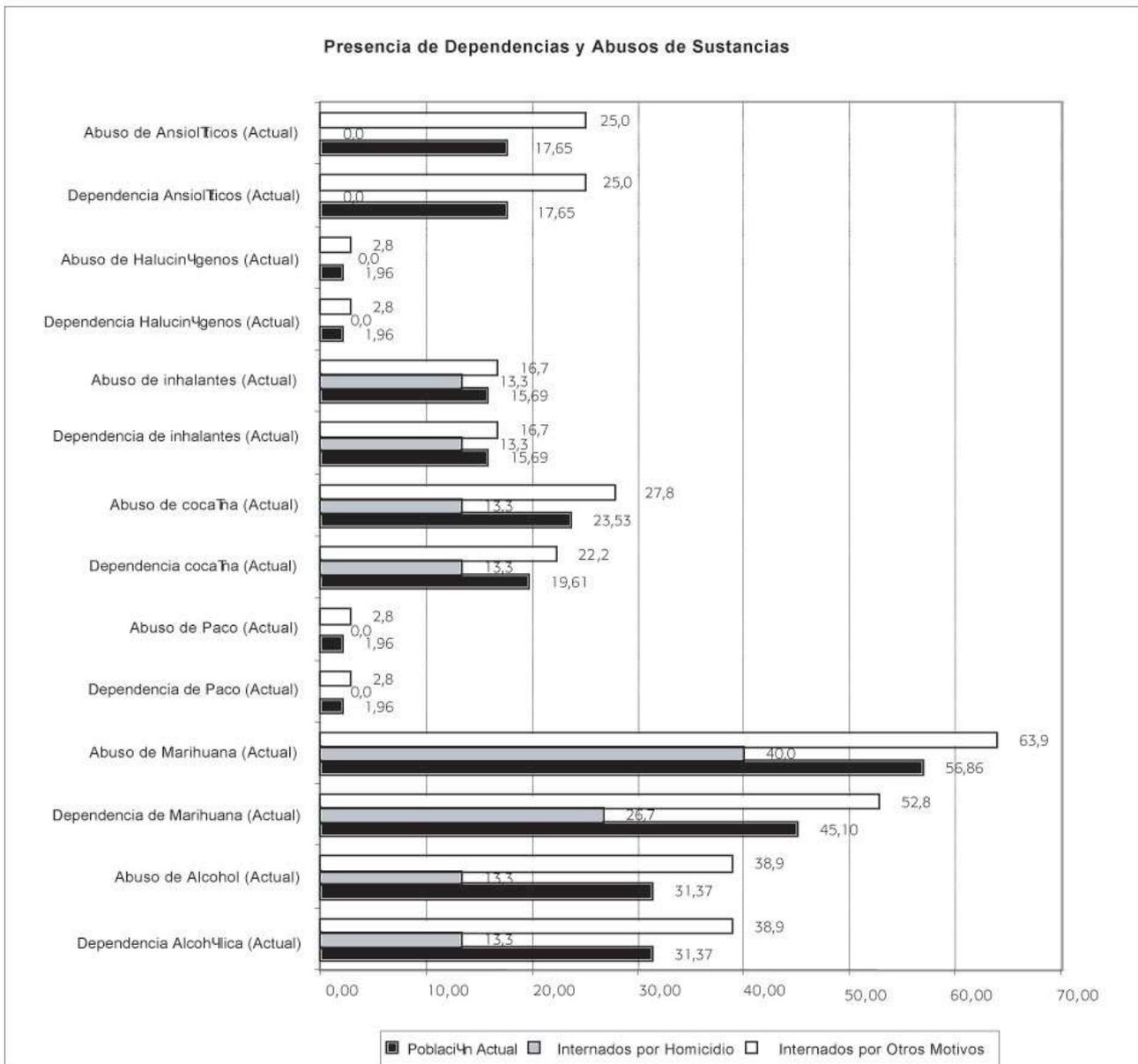
Para Vanderschueren y Lunecke (31) los factores de riesgo más influyentes se encuentran en el ámbito de la familia, la escuela, el grupo de amigos y en el consumo de drogas. En el presente estudio, el 22% de la población estudiada tenía familiares de primer grado presos (padre, madre y/o hermanos) y el 24% de la población tenía familiares de 2º grado presos. A este tipo de indicador se lo considera de mal pronóstico pues estaría señalando un patrón familiar de comportamiento (13). Asimismo, se obtuvo que más de la mitad de la población total no llegó a los 16 años conviviendo con ambos padres. Este

hallazgo se suma a otras evidencias respecto de que la ausencia de la figura paterna tiene influencias en el desarrollo de patrones antisociales. Claro está que la calidad de socialización y la función educativa de los progenitores tiende a ser independiente de la estructura familiar (14, 15). Al respecto, es importante tener en cuenta que las familias monoparentales se han afianzado en la Argentina, al igual que en otros países industrializados, con preeminencia de la jefa mujer (17). Por otra parte, no debe hacerse una lectura simplística del hallazgo, pues la ausencia del padre se relaciona con otras variables de riesgo. Por ejemplo, McLanahan y Sandefur (22), al estudiar adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos a lo largo de casi 20 años, detectaron que la ausencia del padre se relacionaba con variables de riesgo tales como

permanecer sin estudiar ni trabajar por períodos prolongados, interrumpir estudios secundarios y embarazo en la adolescencia. De la misma manera, otros autores también relacionaron la ausencia del padre con mayores probabilidades de enfermedad mental, con dificultades para controlar impulsos y con más vulnerabilidad a la presión de sus pares y a tener problemas con la ley (1, 25, 27, 29).

Con respecto a las madres, diversas evidencias ponen de manifiesto que la manera de ejercer su rol, especialmente de manera negligente o indiferente, también se relaciona con la posibilidad de que los hijos incurrieren en conductas delictivas (21). Otros estudios, por su parte, muestran que la familia influye, no mediante su estructura (familia clásica, separada, divorciada, mono-

Gráfico 7. Distribución de dependencia y abuso de sustancias para población total, jóvenes homicidas y jóvenes no homicidas.





parental), sino por la calidad de la socialización y educación familiar (21).

En síntesis, los hallazgos del presente estudio relacionados con los factores familiares, suman evidencias que dan sostén a la influencia familiar, ya sea por su estructura o funcionalidad o por la presencia de alcoholismo y modelos delictivos, pero, particularmente, ponen de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes homicidas y los que han cometido otro tipo de delitos.

De la misma manera que ocurrió con los factores familiares, el estudio permitió encontrar diversos indicadores de bajo nivel de escolarización y conductas de desadaptación a la escuela para ambos grupos y sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Los hallazgos son congruentes con otros estudios que sostienen que la educación inapropiada resulta ineficaz para lograr el autocontrol que suele adquirirse en la infancia (14). Los hallazgos son bien preocupantes, pues, en Buenos Aires, de acuerdo a UNICEF (30), si bien se ha conseguido que la gran mayoría de los niños de seis años estén en las aulas, existen índices de repetición y de abandono en la escuela media alarmantes. El fenómeno es más alarmante aún, si se reconoce que la baja escolarización no es patrimonio exclusivo de Argentina, sino que se extiende a América Latina (18).

La influencia de la educación se ejerce de diversas maneras. Por ejemplo, la participación en actividades extracurriculares actúa como moderador en el desarrollo

de patrones antisociales (20). Por el contrario, el fracaso escolar o el temprano abandono escolar operan como un facilitador de la delincuencia (16). La escuela es un factor determinante en la correcta educación y socialización de los jóvenes (6, 22) y posibilita la inserción en el mercado de trabajo. Por otra parte, la reinserción de jóvenes violentos pasa necesariamente por su re-escolarización, reconciliando las dos funciones de la escuela: escolarizar y socializar (30).

Si se tiene en cuenta que la edad al primer delito en la muestra fue, en promedio, a los 13 años y que ésta es considerada una edad privilegiada para la reactivación de la delincuencia esbozada durante el período de la preadolescencia (4), el déficit de escolarización en ese período crítico de la vida indica una clara negligencia social.

Párrafo aparte merece el hallazgo de alta prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas para toda la muestra y sin diferencias significativas entre los grupos. Estudios latinoamericanos informan que el consumo de drogas ilícitas sucede equitativamente entre los jóvenes de diferentes clases sociales (2), pero que sus efectos son más dañinos sobre los jóvenes de sectores urbanos pobres porque aumentan las probabilidades de exclusión social, resultando un factor de riesgo para la violencia juvenil (26). Los hallazgos del presente estudio son congruentes con esas conclusiones y orientan a considerar necesario el fortalecimiento de la prevención temprana del abuso de drogas.

Una imagen equivalente se obtuvo respecto de otros trastornos psíquicos. Es llamativa la alta prevalencia de trastornos psíquicos para toda la población. El hallazgo cobra relevancia especial pues muchos de los trastornos influyentes en conductas desadaptativas (5, 32) son detectables tempranamente en la infancia y pasibles de intervenciones preventivas. Al comparar la prevalencia de trastornos psíquicos entre el grupo homicida y el no homicida, nuevamente, se verificó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

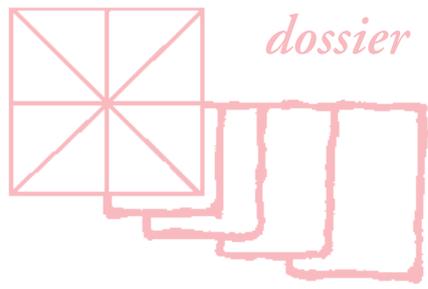
En conclusión, el presente estudio aporta evidencia local de manera coincidente con referencias de otros medios en el sentido que los jóvenes institucionalizados por delitos presentan numerosos factores de riesgo provenientes del ámbito familiar, de la deficiente escola-

rización y de su salud mental. Por otra parte, los hallazgos no permiten rechazar la hipótesis nula de existencia de diferencias entre aquellos jóvenes que cometieron homicidio y los que han cometido otro tipo de delitos. Esta conclusión orienta a sostener que, a nivel poblacional, los mismos tipos de vulnerabilidades afectan a ambos grupos de jóvenes y que el delito, probablemente, dependa más de las circunstancias que de características personales.

Por último, el estudio estimula a sostener que las acciones preventivas que se implementaren en la infancia tendrían efecto beneficioso tanto en las conductas delictivas en general, como en el homicidio en particular ■

Referencias bibliográficas

1. Angel R, Angel J. Health and the new generation of fatherless families. University of Wisconsin Press, 1993.
2. Arriagada y Hopenhayn M. Producción, Tráfico y Consumo de Drogas en América Latina. CEPAL, serie políticas sociales 2000; 41:19.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Geography and development. Washington DC, 2000.
4. Blatier C. La délinquance des mineurs. 2E EDIT Presses Universitaires de Grenoble, 2002.
5. Browning K, Loeber R. Highlights of Findings from the Pittsburgh Youth Study. En: Fact Sheet, Washington DC: OJJDP; 1999. Disponible en: <http://www.ojjdp.ncjrs.org>
6. Burns B, Howell J, Wiif J, Augi-Meri L, Welsh B, Loeber R, et al. Treatment, Services, and Intervention Programs for Child Delinquents. En: Child delinquency. Bulletin Series. Washington DC: OJJDP; 2003. p. 1-15.
7. CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades. OMS, 1992. p. 325-330.
8. Dammert L. Construyendo ciudades inseguras; temor y violencia en Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales EURE* 2001; 27 (82). Instituto de Investigación y Postgrado, Universidad Católica de Chile.
9. Dirección Nacional de Política Criminal. Provincia de Buenos Aires, 2005. Disponible en: <http://www.polcrim.jus.gov.ar/snic/año2005/provincia/snicbsas2005.htm> (Consultado el 08/05/2007).
10. DSM IV TR. Breviario. Manual Estadístico de Diagnóstico (Diagnostic Statistical Manual) IV TR (Texto Revisado). APA (American Psychiatric Association). Barcelona, Masson, 2002. p. 61-63.
11. El Día. Diario. Una Tendencia que se acentúa: cada vez más mujeres viven solas. 13-05-07.
12. El Día. Diario. Crece en la provincia la deserción escolar. 20-05-07.
13. Frances A, Ross R. DSM IV. Estudio de Casos. Guía Clínica para el Diagnóstico Diferencial. Barcelona, Masson, 1999. p. 18-22.
14. Hirschi T. A control Theory of Delinquency (Cap. II) en Causes of Delinquency. Berkeley, University of California Press, 1969. Traducción de Costas J, et al. Maracaibo: Publicación Universidad de Los Andes; 2001.
15. Hirschi T, Gottfredson M. Substantive Positivism and the Idea of Crime. En The generality of deviance. New Brunswick: Transaction Publishers; 1994. p. 253-269.
16. Huizinga D, Loeber R, Thornberry T, Cothorn L. Co-occurrence of Delinquency and other Problem Behaviors. En: Juvenile Justice Bulletin, Washington DC: OJJDP; 2000. p. 1-8.
17. INDEC. 2001. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
18. Kliksberg B. El crecimiento de la criminalidad en América Latina: un tema urgente. Informe BID de la iniciativa interamericana del capital social, ética y desarrollo, 2001. p. 4.
19. La Nación. Diario. Detienen a tres adolescentes cada hora por cometer delitos. 15-10-07.
20. Mahoney J. School extracurricular activity participation as a moderator in the development of antisocial patterns. *Child Dev* 2000; 171 (2): 502-516.
21. McCord W, McCord J. Origins of Crime. New York, Columbia University Press, 1960.
22. McLanahan S, Sandefur G. Growing up with a Single Parent. Massachussets, Harvard University Press, 1994.
23. Míguez D, Roige M. El sistema de minoridad de la provincia de Buenos Aires. Una aproximación descriptiva. Proyectos de Áreas de Vacancia (PAV 2003-065) de la Agencia Nacional de Promoción Científica- Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, financiado parcialmente con fondos provenientes del Contrato de Préstamo BID 1201/OC-AR-PAV 2003-00065-00000, firmado con el BID, 2006.
24. MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Spanish Version 5.0.0. DSM IV, 1994.
25. Olivier C. Les fils d'Oreste ou la question du père. Paris, Flammarion, 1994.
26. OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del 03/10/2002, publicado en español por la OPS (Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud).
27. Reti I, Samuels J, Eaton W, Bienvenu O, Costa P, Nestadt G. Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (2): 126-133.
28. SPSS for Windows Base 10.0 (10.0.7). Chicago, SPSS Inc., 2000.
29. Stern M, Northman JE, Van Slyk MR. Father absence and adolescent problem behaviors: Alcohol and drug use. *Adolescence* 1984: 19.
30. United Nations International Children's International Fund (UNICEF).
31. Vanderschueren F, Lunecke A. Prevención de la delincuencia juvenil. Chile, Edit. Universidad Alberto Hurtado, 2004. p. 1-15.
32. Wasserman G, Keenan K, Tremblay R, Coie J, Herrenkohl T, Loeber R, Petechuck D. Risk and Protective Factors of Child Delinquency. En: Child Delinquency. Bulletin Series, Washington DC: OJJDP; 2003. p. 1-14.



CRIMINALIDAD Y PSIQUIATRÍA

Coordinación
Esteban Toro Martínez
Federico Rebok

La Criminología puede ser definida como la ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa del crimen, el delincuente, la víctima y el control social del comportamiento desviado (1). La Psiquiatría y la Psicología, por estudiar la conducta humana normal y patológica, constituyen dos disciplinas de las que se vale la Criminología para estudiar la conducta delictiva (2).

En el presente dossier, Folino aborda la problemática de la delincuencia infanto-juvenil a través de un análisis descriptivo de un grupo de jóvenes institucionalizados por infracciones a la ley penal en el Departamento Judicial de La Plata ("Delincuencia infanto-juvenil y el sistema judicial en la Provincia de Buenos Aires, Argentina"). Míguez analiza la asociación frecuente entre drogas y conductas delictivas, así como el rol de la permisividad social hacia el abuso de alcohol en dichas conductas ("Usuarios de drogas y delito: datos

de la Provincia de Buenos Aires, Argentina"). Romi realiza una acabada descripción de las conductas sexuales tipificadas como delictivas, así como del perfil del delincuente sexual serial ("Algunas consideraciones médico-legales sobre la delincuencia sexual"). Ohman detalla la reforma -en curso- de una unidad psiquiátrica penitenciaria y su transformación en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario ("A propósito de la reforma en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20)"). Mercurio presenta los avances en las neurociencias que impactan en forma directa en la noción jurídica de la responsabilidad criminal ("Neurociencias y derecho penal: nuevas perspectivas para viejos problemas"). A manera de epílogo, Godoy propone una interpretación "unitaria" del art. 34 inc.1º del Código Penal Argentino ("La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense")■

Referencias bibliográficas

1. García-Pablos de Molina A. Manual de Criminología (Introducción y teorías de la criminalidad). Madrid, Espasa-Calpe, 1988.
2. Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E. Medicina legal y toxicología. 6a edición. España, Elsevier, 2005.

Delincuencia infantojuvenil y sistema judicial en la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Jorge Oscar Folino

*Profesor Adjunto de Psiquiatría. Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Argentina
Ex Perito de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, Argentina*

Ernesto Domenech

*Profesor Titular de Derecho Penal 1. Director del Instituto de Derechos del Niño y de la Especialización en Derecho Penal,
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNLP*

María Alejandra Gutiérrez

*Perito de la Asesoría Pericial del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires
Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica; Tesista de la Maestría en Psiquiatría Forense*

María José Lescano

*Secretaría del Instituto de Derechos del Niño, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNLP
Doctora en Derecho Penal de la Universidad de Salamanca*

Introducción

El transcurso del año 2007 tuvo conmociones públicas motorizadas en noticias periodísticas alarmantes. Como ejemplo, baste mencionar uno de los artículos periodísticos que exponía que en julio de 2006 habían sido detenidos 12 menores de 18 años por homicidio y que, en el mismo mes de 2007, el número aumentó a 21 menores (1).

Simultáneamente, se puso en marcha parte de una gran modificación del sistema de justicia para los menores de 18 años en la provincia de Buenos Aires. La modificación del sistema se inició intelectualmente hace varios años, con los primeros proyectos, y continuará en el futuro pues tiene pendiente diversas modificaciones concretas.

Resumen

Considerando la relevancia social de la delincuencia infantojuvenil, la escasa disponibilidad de evidencias científicas locales y el momento de cambio en el sistema, este artículo tiene el propósito de comentar el sistema de responsabilidad penal en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y explorar aspectos relacionados con la salud mental de los jóvenes que cometieron delitos y se encuentran institucionalizados en la jurisdicción del Departamento Judicial La Plata.

Palabras clave: Delincuencia infantojuvenil - Sistema penal - Salud mental.

CHILD AND JUVENILE DELINQUENCY AND LEGAL SYSTEM IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

Taking into account the social relevance of child and juvenile delinquency, the little availability of local scientific evidence concerning the subject and the moment of change in the system, this article is intended to describe the criminal system of responsibility in the Province of Buenos Aires, Argentina. Psychiatric and psychological aspects of youth involved in crimes and of those who are institutionalized in the Legal Department of La Plata shall be explored.

Key words: Child and juvenile delinquency - Criminal system - Mental health.

La honda preocupación pública, legislativa y judicial, sin embargo, no estuvo acompañada por estudios serios y precauciones que aseguraran que las instituciones en diseño pudieran ponerse en funcionamiento. Tampoco hubo la abundante producción científica que, como sería deseable, fundamentara, orientara y auditara la evolución de la violencia juvenil y las modificaciones del sistema. Baste como ejemplo mencionar los resultados de dos búsquedas bibliográficas: la primera incluyó las publicaciones de los últimos 10 años en la *United States National Library*, que cuenta con 17 millones de citas de todo el mundo, utilizando las palabras *youth* y *crime*. Se obtuvieron 16.134 citas de las que sólo 5 eran de Argentina. De esas 5 citas, una trataba de las causas de muerte violenta, otra de las características de los inimputables en general (2) y las restantes mencionaban el tema muy tangencialmente al describir el ataque terrorista en la comunidad judía y aspectos de la mortalidad materna debido a violencia. La segunda búsqueda se realizó, con los mismos criterios, en la base LILACS y en la Biblioteca Virtual de la Organización Panamericana de la Salud, con muy abundante bibliografía de Latinoamérica. El resultado para la Argentina fueron 3 citas: una descripción de un caso del siglo XIX; un ensayo sobre la relación de drogas y criminalidad en Tucumán y, finalmente, el único artículo que se relacionaba estrechamente con la temática. Ese artículo, producido a partir de una temprana investigación en 1999, anunciaba el notable aumento, en las últimas tres décadas, de los homicidios cometidos por menores de 21 años en todo el país y, especialmente, en la provincia de Buenos Aires (3). Por otra parte, la búsqueda en libros tampoco permitió obtener abundantes referencias, pero algunas de ellas también dan cuenta de la creciente proporción de inculpados menores de 21 años entre 1991 y 1997 (4), del crecimiento de jóvenes víctimas de muertes violentas (5), y del significativo crecimiento de los suicidios adolescentes (6). En síntesis, la producción científica argentina directamente relacionada con la delincuencia juvenil ha sido, según los resultados de las bases bibliográficas mencionadas, muy limitada.

Contrastantemente, investigaciones en otras latitudes han obtenido resultados importantes y buscan perfeccionar los sistemas de evaluación y tratamiento de niños y jóvenes que cometen actos disociales. La actitud de búsqueda se basa, entre otros motivos, en que es sumamente importante comprender los factores y características diferenciales en la población infanto-juvenil a los efectos de facilitar las prácticas de prevención y la personalización de posibles intervenciones. Principalmente, se reconoce que cuanto más temprana es la intervención, más efectivo es el resultado y que los programas que tratan problemas múltiples son más efectivos que aquellos que tratan un solo factor de riesgo.

Considerando la relevancia social del tema, la escasa disponibilidad de evidencias científicas locales y el momento de cambio en el sistema, este artículo tiene el propósito de comentar el sistema de responsabilidad penal en la provincia de Buenos Aires, Argentina, y explorar aspectos relacionados con la salud mental de los jóvenes que cometieron delitos y se encuentran

institucionalizados en la jurisdicción del Departamento Judicial La Plata.

El sistema de responsabilidad penal juvenil

El sistema de responsabilidad penal juvenil es un complejo conjunto de reglas que involucra diversas jurisdicciones y distintos poderes del Estado. A continuación, se describirán brevemente esas reglas para configurar una visión global de las mismas y percibir su complejidad.

En primer lugar, las reglas de mayor jerarquía están dadas por la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales que, en virtud del art. 75 inc. 22 éstos últimos han adquirido aquella jerarquía, a partir de la reforma constitucional de 1994 (7). Entre los Tratados de mayor importancia se encuentra la Convención Internacional de los Derechos del Niño (8).

Luego, integra este sistema la denominada legislación infraconstitucional, dentro de la cual es necesario discriminar aquella que es competencia exclusiva de la Nación y la que, en cambio, pertenece a los Estados Provinciales.

Compete a la Nación:

- La determinación de los delitos y sus consecuencias jurídicas. Esto es, un conjunto importante de regulaciones vinculadas con lo punitivo que rige, de manera uniforme, en todo el territorio Nacional. Estas reglas se encuentran establecidas en el Código Penal y la legislación penal complementaria.

- También el régimen de la responsabilidad penal del niño es materia regulada por la ley nacional, y en la actualidad se encuentra establecido por la Ley 22.278 (9).

- Por último, es necesario tener presente las reglas que, si bien no se dirigen a regular en forma directa la responsabilidad penal del niño, pueden llegar a ser invocadas y aplicadas, como es la ley de Protección Integral (10).

Finalmente a la Jurisdicción Provincial le corresponde:

- La regulación del proceso penal del niño y el joven, que se ha modificado recientemente a través de las leyes: 13.298, 13.634 y 13.645 (11).

La puesta en funcionamiento de las instituciones de ejecución, en donde eventualmente deberán efectivizarse las consecuencias jurídicas impuestas por un Juez a causa del delito.

Los antecedentes normativos

Quizás con cierta simplificación, las cuestiones de la infancia estuvieron modeladas por lo que se dio en llamar el Paradigma del Patronato o Paradigma de la Situación Irregular (12).

En el sistema de responsabilidad penal juvenil ese paradigma encontró dos ejes importantes: A) uno nacional, con la Ley 10.903 (13) y con el régimen penal de los menores vigente hasta la actualidad con la Ley 22.278 (9); B) otro provincial, a través de la figura del Juez de Menores, que se creó en 1937 en la Provincia de Buenos

Aires con la Ley 4.664 (14).

Por su parte, la mencionada ley nacional regula la llamada imputabilidad penal del menor, tomando dos elementos básicos: la edad del niño y el tipo de delito que se le atribuye. Diferencia tres grupos etáreos: niños menores de 16 años que se consideran absolutamente inimputables, jóvenes de entre 16 y 18 años, que serán imputables sólo por ciertos delitos (no se pueden imputar a un niño los delitos reprimidos en forma exclusiva con penas de multa o inhabilitación, los que prevean penas privativas de libertad inferiores a dos años, o los que sean de "acción privada"); y jóvenes mayores de 18 años, que quedan equiparados a los adultos.

En relación a los jóvenes imputables, procesalmente, es necesario primero que se determine su responsabilidad en el hecho por el que son juzgados, luego que se los someta a un tratamiento de índole tutelar o educativo -que no puede ser inferior a un año-, y sólo después, en caso de que se llegue a la instancia de la determinación de la pena, habrá que evaluar los resultados obtenidos a partir del tratamiento educativo recibido.

Para determinar las penas, las facultades del Juez son amplísimas: puede no aplicar pena alguna, puede aplicar las penas previstas para el delito, o puede aplicar escalas penales disminuidas según la escala que se prevé para la tentativa. Un aspecto relevante de todo este proceso son las posibilidades del Juez de aplicar tratamiento tutelares cuando se encuentre con niños en situación de riesgo, sea que se trate de víctimas de delitos o de victimarios.

Por otra parte, y en la normativa provincial, la Ley 4.664 de Tribunales de Menores, instituyó en realidad al Juez de Menores, concebido como un "buen padre de familia" (14). Detrás de esta concepción anidaba el ideal benefactor que consideraba que, en el siglo de los niños, no existían intereses contrapuestos entre el Estado y la Infancia. Esa posición justificó que no se imaginasen partes enfrentadas que un Juez imparcial debería dirimir. Por el contrario, se pensaba que el Asesor de Menores (sin Fiscales ni Defensores) podía representar simultáneamente los intereses del niño y de la sociedad. Las facultades de los Jueces de Menores estaban reguladas con singular desmesura concentrando un poder de decisión que en los adultos se fragmenta para fanatizar sus derechos. Por otra parte, el mismo Juez que investigaba el delito era quien debía fallar el caso en definitivo, de modo que el Juez del Juicio tenía, de alguna manera, comprometida ya su opinión antes de decidir. Era Juez de pesquisa y sentencia.

Las mutaciones actuales

Con la Convención de los Derechos del Niño (8) este sistema normativo sufrió un fuerte impacto, porque este instrumento internacional consideró al niño más que como un objeto de reformas tutelares, un sujeto de derechos al que debía reconocérsele, al menos, los mismos derechos que al adulto. De este modo se debía garantizar su defensa, se le debía comunicar los cargos y las pruebas, como así también, asegurársele la asistencia legal; se debían aplicar penas acotadas, reduciendo al menor

tiempo posible el encierro. Por otra parte, las autoridades debían tomar en cuenta la palabra del niño al decidir y respetar "su interés superior".

De este modo, un nuevo paradigma comenzó a sustituir al anterior sin cambiarlo, aún, por completo. En la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires, después de numerosos y frustrados intentos de modificación legal, se ha llegado a la situación legal actual, con un cambio rotundo en los fueros que habrán de entender en los problemas de la infancia. La figura del Juez de Menores ha desaparecido y sus diversos poderes repartidos de muy diverso modo. Las cuestiones "asistenciales" no son ya de su competencia, sino que se abordan -a partir de la Ley 13.298 (11)- por la Administración Pública (Provincial y Municipal) a través de los llamados sistemas de Promoción y Protección de Derechos. En los problemas conflictivos que eventualmente se susciten, cuando medien vulneraciones de derechos, serán los Jueces de Familia los que habrán de decidir en torno a ellas. De este modo se ha diseñado un proceso penal para el niño similar al proceso penal de los adultos; con fiscales especiales, y defensores especiales, en un procedimiento claramente acusatorio; con la investigación del hecho a cargo de los Fiscales, y con control del un Juez de Garantías; con el juzgamiento por órganos diferentes, que varían desde jueces unipersonales para delitos menores graves, hasta Tribunales de Responsabilidad Penal Juvenil que se conforman con tres de esos jueces; con Cámaras de Garantías ante las que se recurra, tanto en decisiones de la investigación preliminar del hecho, como en la decisión final del juicio propiamente dicho.

En la actualidad, estos sistemas aún no pudieron ponerse en funcionamiento completo y operan transitoriamente sobre fueros (como el de familia) o procedimientos (como el penal) que se reconocen en severas crisis y son foco de diversos intentos legislativos para transformarlos.

La salud mental y las conductas delictivas de los jóvenes

Dicen Petrila y Skeen (15) que resulta imperioso identificar el grupo de jóvenes delincuentes persistentes y que los trastornos de conducta, como categoría diagnóstica genérica, tienen poca utilidad. Como ocurre con los adultos, determinados rasgos -por ejemplo, la indiferencia emocional- que son aspectos nucleares de la psicopatía, permitirían desagregar las categorías basadas en aspectos conductuales en diferentes variantes. Esto se investigó extendiendo la medida de la PCL R (16) hacia la juventud. Si bien la estrategia tiene sentido intuitivamente, su validez en jóvenes es tema de debate. Subyacente a este debate existen tres cuestiones nucleares: si es válido aplicar el concepto de psicopatía en la juventud; si es maleable la psicopatía en la juventud; si es apropiado ética y moralmente evaluar la psicopatía en la juventud.

Respecto del primer punto es necesario comprender cuál es el estadio en que los rasgos se tornan estables, pues algunos rasgos como impulsividad e irresponsabilidad pueden ser vistos como normales durante la ado-

lescencia. El segundo tema es importante pues existe el riesgo de extender la presunción de intratabilidad hacia el joven, negando la posibilidad de que jóvenes con psicopatía puedan ser orientados hacia futuros no psicopáticos exponiéndolos a factores protectores y a programas no convencionales. El tercer tema tiene su peligro en el etiquetamiento por los terribles efectos que puede tener en las decisiones judiciales y porque su presencia en los registros oficiales puede condicionar futuras evaluaciones.

Teniendo en cuenta lo antedicho, Petrila y Skeen (2003) recomiendan avanzar en el perfeccionamiento de los instrumentos de evaluación de psicopatía juvenil hasta lograr un alto nivel de confiabilidad y validez.

Los estudios que intentaron identificar tempranamente los sujetos antisociales crónicos se han moviliado con dos perspectivas: el estudio de las trayectorias que han seguido los delincuentes crónicos y severos por una parte y el estudio de la psicopatía, por la otra.

Entre los estudios que focalizan en la primera perspectiva, se destacan los del proyecto Cambridge (17, 18) que encontraron que un 6% de los varones que cometen delitos se transforman en crónicos y cometen la mitad de todos los delitos; éstos comienzan su carrera a edades más tempranas y son, en general, versátiles respecto del tipo de delitos. También se cuenta con estudios que identifican diversas trayectorias hacia la delincuencia severa y que ponen de manifiesto que la temprana iniciación en la delincuencia se asocia con impulsividad, déficit de atención/hiperactividad, déficits neurológicos, temperamentos difíciles y anormalidades cerebrales (19).

Los estudios incluidos de la segunda perspectiva se centraron en las explicaciones conductuales y en las teorías del déficit afectivo. Entre las primeras se destacan las de Loeber (20) y Lynam (21), que plantearon que los niños con déficit de atención/impulsividad/hiperactividad y problemas de conducta son llamativamente similares a los adultos con psicopatía en los déficits neuropsicológicos y en los problemas de modulación de respuesta.

La superposición entre teorías de cronicidad delictiva y explicaciones conductuales de la psicopatía podría llevar a concebir que ambas constituyen un único fenómeno. Semejante conclusión implicaría subestimar características muy importantes del psicópata como la desconsideración por el otro y la indiferencia emocional. Este aspecto es sumamente importante porque los síntomas afectivos permiten distinguir entre los trastornos infantiles relacionados con la psicopatía y los relacionados con trastornos de conducta. Vincent y cols. (22) investigaron, precisamente, si los rasgos emocionales permiten diferenciar subgrupos entre los adolescentes delincuentes y sus patrones de conducta antisocial. Utilizaron un modelo de tres factores con la PCL-YV (23) e identificaron 4 subtipos, entre los cuales, el grupo psicopático fue el que tuvo más alta tasa de recidiva violenta y más rápida.

Teniendo en cuenta estos antecedentes de la literatura científica, la descripción de los casos del presente estudio incluye la evaluación de rasgos psicopáticos con la PCL-

YV (23) en su versión en español para investigación (24).

Materiales y métodos

El presente es un estudio descriptivo de todos los jóvenes que se encontraban institucionalizados por infracciones de la ley penal en el Departamento Judicial La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, durante los 4 meses previos al cambio del sistema de justicia penal para los menores de 18 años de edad (marzo a junio de 2007). El Departamento Judicial La Plata abarca una población de aproximadamente un millón de habitantes; su cabecera se encuentra en La Plata, ciudad que también alberga a la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, a la Jefatura del Servicio Penitenciario, al Ministerio de Salud y a la Universidad Nacional de La Plata.

Los criterios de inclusión fueron: edad entre 12 y 17 años; sexo masculino; ausencia de psicosis aguda; disposición para ser entrevistados; estar institucionalizados en la jurisdicción del Departamento Judicial La Plata en el marco de una causa penal.

Las evaluaciones se realizaron mediante la obtención de datos desde múltiples fuentes: expediente judicial; historia clínica del Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Humano o institución sanitaria; registros de la Secretaría del Menor; entrevista clínica; entrevista con profesionales asistentes; entrevista con familiares o conocidos según disponibilidad. Se registró como delito índice a aquel que dio inicio al expediente en el que se decidió la institucionalización verificada en el período de estudio.

Los reparos éticos contemplados fueron los siguientes: se evaluó a los menores con autorización del director del instituto y de los jueces solicitantes de estudios periciales. Se comunicó a los entrevistados que la entrevista podía ser interrumpida si lo deseaban; que la información obtenida con la entrevista formaría parte del estudio pericial correspondiente y, considerada anónimamente, serviría para elaborar las estadísticas del presente estudio.

Resultados

Durante el período de obtención de datos, los cinco Jueces de menores del Departamento Judicial La Plata, tuvieron en su jurisdicción 15 jóvenes institucionalizados en el marco de causas penales.

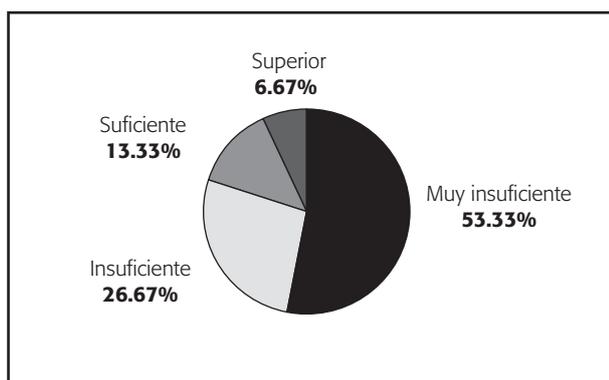
Para estimar la tasa cuatrimestral x 10.000 de menores institucionalizados por causa penal se tuvieron en cuenta datos suministrados por la Dirección de Estadística de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires: población total del Departamento Judicial La Plata: 998.234 y población menor de 18 años: 303.513. Con estos datos y bajo el supuesto de que las internaciones fueron "casos nuevos de internación", el resultado de la tasa cuatrimestral de menores institucionalizados por causa penal resulta del 0,5 por 10.000.

La proporción exacta de los expedientes penales que

desembocaba en una resolución de internación no pudo ser conocida con precisión porque aún no se contaba con la estadística completa del Departamento Judicial correspondiente al período de estudio. A los efectos de una estimación sucedánea, se contemplaron las estadísticas del año 2006, que exponían la tramitación anual de 2556 expedientes penales de menores y en un «cuatrimestre tipo» de 852 expedientes penales. Con estos datos, la proporción de causas penales terminadas en institucionalización para el período sería del 1,8%.

Los jóvenes institucionalizados fueron todos varones y tuvieron una media de edad de 17 años. La media de escolaridad resultó de 6 años pero el nivel de rendimiento cognitivo evaluado clínicamente fue muy deficiente (Gráfico 1). Procedían de familias con diversas particularidades desfavorables: sólo el 33% tuvo la oportunidad de convivir con ambos padres hasta los 16 años, el 73,3% tuvo a alguno de sus progenitores con problemas de alcoholismo y el 47% tuvo a algún pariente de primer grado en prisión.

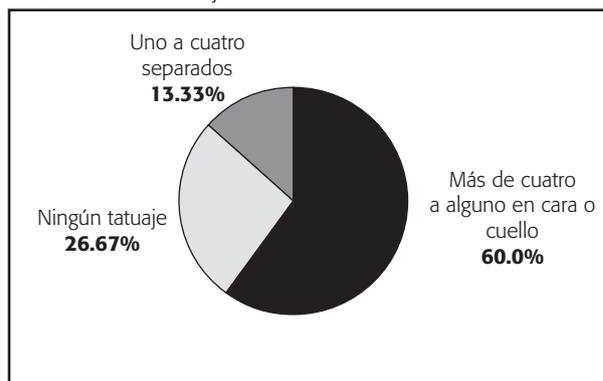
Gráfico 1. Rendimiento cognitivo según evaluación clínica



Las características del comportamiento disocial de estos jóvenes fueron notables: la media de edad al primer incidente violento referido fue a los 12 años y la media de la suma de tipos de trastornos de conducta según DSM-IV (25) fue 10 y la amplísima mayoría tuvo severos problemas de adaptación escolar (93% problemas severos y 7% problemas leves). La media puntaje de delitos no violentos fue 20 y la de delitos violentos fue 80 según la escala de Cormier y Lang (26).

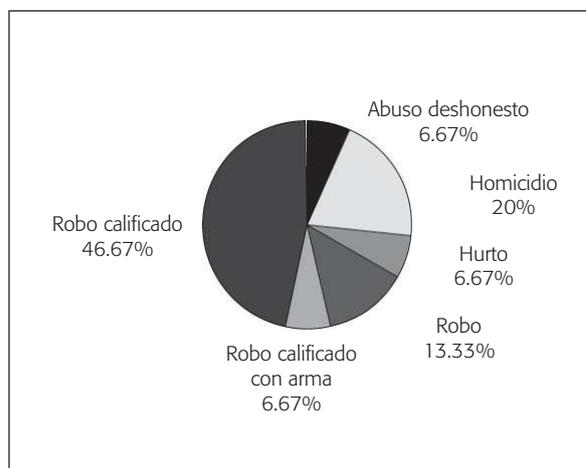
Una amplia mayoría de jóvenes exhibía tatuajes (Gráfico 2), evaluados según ítem de la escala ECEViD R (27, 28). La prevalencia de trastornos por abuso de sustancias resultó sumamente alta (87% con abuso de múltiples sustancias; 7% con abuso de marihuana; 6% sin abuso de sustancias).

Gráfico 2. Tatuajes



Las tres cuartas partes de los delitos índice estuvieron conformadas por alguna variante de delito contra la propiedad (Gráfico 3). La amplia mayoría de las víctimas no tenían relación con el victimario (88%).

Gráfico 3. Delito índice



La puntuación obtenida con la evaluación mediante la Hare PCL YV (23) se caracterizó por ser alta, con una media de 35,2.

Se exploraron índices de confiabilidad de la PCL YV total, obteniéndose los siguientes valores: Coeficiente de Cronbach de 0,97 y Coeficiente de Correlación Interna de 0,99.

Discusión y conclusiones

Esta investigación permite dimensionar la institucionalización por causa penal que disponían los Jueces de Menores en el Departamento Judicial La Plata previamente a la reforma del año 2007. Lamentablemente no se cuenta con información equivalente proveniente de otros departamentos judiciales pero, en principio, los resultados orientan a considerar que los Jueces de Menores

res del Departamento Judicial La Plata, durante el período previo inmediato a la reforma judicial del año 2007, disponían excepcionalmente la institucionalización del joven acusado de delito. Los hallazgos son compatibles con diversas expresiones obtenidas de entrevistas con los jueces, quienes conceptualizaron la institucionalización como alternativa de última elección, y con la prescripción de la Corte Internacional de los Derechos del Niño en su Art. 37 inc. B (8).

Uno de los principales aportes del estudio es el suministro de información sistematizada sobre el perfil de los jóvenes institucionalizados por causa penal. En los aspectos demográficos se destaca la completa predominancia de género masculino y el promedio de edad de 17 años. La predominancia de género es compatible con múltiples referencias nacionales e internacionales. La temprana edad de comienzo de las conductas disociales y la edad promedio cercana a los 18 años al momento de la institucionalización pueden ser discutidas en el marco de la reserva de la institucionalización como último recurso. Esto implica no sólo la elección de la alternativa ante circunstancias especiales sino, también, que la medida venía siendo postergada en el tiempo. La evolución típica habría sido de la siguiente manera: los primeros contactos del adolescente con la justicia por haber cometido delitos motivaron intentos iniciales de corrección a través de los medios familiar y social ordinarios; luego, el ado-

lescente reiteró hechos delictivos en tanto aumentaba su edad; la reiteración de los delitos o el aumento de la gravedad promovieron la institucionalización alrededor de los 16 o 17 años.

En cuanto al nivel educativo y el rendimiento cognitivo se destaca que la media de escolaridad obtenida (6 años) estuvo por debajo de lo esperado para jóvenes de 17 años y que el rendimiento cognitivo resultó muy deficiente. Como si ello fuera poco, la amplísima mayoría presentó severos problemas de conducta en la escuela y tempranos actos violentos. Estos hallazgos señalan un importantísimo problema pedagógico y de adaptación escolar. Estos jóvenes, actualmente institucionalizados, habrían estado expuestos a las instituciones educativas pero, por alguna combinación de factores personales y sociales, no capitalizaron la experiencia de manera productiva. La detección de esta problemática orienta, indudablemente, hacia la necesidad de tener disponibles acciones preventivas específicas: tácticas didácticas apropiadas, especialmente dirigidas hacia el aprendizaje de habilidades y contenidos accesibles, con importante inversión de refuerzos y supervisión de la evolución.

Cabe destacar que al no ajustarse el proceso de enseñanza/aprendizaje se pierde la oportunidad de aspirar a obtener un resultado cercano a lo óptimo que las potencialidades de cada joven permiten y, por el contrario, se aumenta el riesgo de la inadaptación al sistema y de conductas delictivas.





Un aporte didáctico para esta discusión surge de la propia voz de uno de estos jóvenes: "...no sé mucho... conseguí laburo [trabajo] en una panadería en negro [sin estabilidad laboral ni aportes previsionales legales]... el chabón [la persona] me hacía laburar todo el día... por 25 mangos [pesos]... tenía que barrer... con el fierro [arma de fuego], en un ratito me hacía 1000... me compraba zapatillas, marihuana, iba al baile... le daba algo a mi vieja...".

Los casos de este estudio representan el fracaso de la familia, del sistema educativo y de otras instancias del estado responsables de la vida de los niños. La ineficacia de la adecuada orientación educativa de estos jóvenes lleva a la consolidación de su situación de incompetencia en el medio social y, consiguientemente, a la instrumentación de acciones ilegítimas para obtener objetivos que por otros medios no pueden obtener y que, por supuesto, luego resultan sancionadas. El abandono de la función educativa y de la función de supervisión de los niños y adolescentes que presentan estas vulnerabilidades, especialmente en un contexto social urbano como el de la provincia de Buenos Aires, lamentablemente, abonan un destino de marginalidad y delito. El contexto social urbano actual se menciona porque realiza importante aporte a los desbalances sociales, especialmente a través de la verificable deprivación relativa, los marcados contrastes entre sectores sociales y el aumento general del poder ciudadano en las últimas décadas (3).

Se podría plantear que la función de intervención y de supervisión en los niños y jóvenes es patrimonio de la familia y que ello atenúa la obligación del Estado. Pero acaso ¿tienen estos jóvenes familias con los recursos y competencias necesarios? Los resultados obtenidos responden "No". En el estudio se obtuvieron algunos indicadores de severas falencias en el seno familiar: familias sin integración, familiares de primer grado presos, alcoholismo en progenitores. La carencia de medios familiares apropiados no permite sostener la pretensión que, simplemente manteniendo al niño en su hogar de

cualquier manera, se podrían mejorar los resultados. Por el contrario, si no se compensa la falencia familiar y la vulnerabilidad individual, resulta más razonable pronosticar el fracaso.

Parecería que algún avieso razonamiento subyacente hubiera estado influyendo para haber arribado a este estado de cosas: algo como "...otrota, el régimen de institucionalización fracasó, entonces, evitemos la institucionalización; así, el Estado quedará indemne y el fracaso sólo podrá atribuírsele a la familia o al joven".

Un razonamiento de esa naturaleza plantea una falsa restricción de alternativas. No debería plantearse la alternativa dicotómica entre institucionalización y no institucionalización y, mucho menos, pensarse, ingenuamente, que sin intervención los problemas se acabarían. Por el contrario, las evidencias muestran que los problemas se multiplican hacia el aumento del delito, el mayor sufrimiento social y la demanda de seguridad, y hacia la escalada de la población carcelaria.

Es más razonable plantear la necesidad de una gama de alternativas de intervención del Estado tendiente a interrumpir la concatenación entre vulnerabilidad infantojuvenil y delito e, imprescindiblemente, asegurar que esa gama de servicios cuente con planificación evaluable. La gama de servicios debería incluir tanto alternativas ambulatorias como no ambulatorias destinadas a la integración y expuestas a la revisión. Ello permitiría al sistema judicial orientar adecuadamente al joven tempranamente, en sus primeros contactos con el delito, hacia la intervención más apropiada y posibilitar la interrupción de la concatenación de sucesivos fracasos como ocurrió con los casos de este estudio. En síntesis, el Estado debería asumir las responsabilidades correspondientes de manera eficiente.

Se plantea en esta discusión que los casos estudiados son indicadores del fracaso de la familia y del Estado. Cabe también preguntarse, ¿cuál es la magnitud de ese fracaso? La lectura de los hallazgos da cuenta de que el fracaso difícilmente podría ser mayor: el comportamien-



to de estos jóvenes fue extremo en lo delictivo, superando la media encontrada en muestra de adultos candidatos a liberación condicional (29), se complicó con abuso de sustancias, llegó al auto-etiquetamiento en la piel y estuvo dirigido hacia la comunidad que les resulta anónima, hacia los extraños que poseen bienes.

Respecto de la sistemática de evaluación de aspectos de la personalidad juvenil relacionados con el constructo de la psicopatía, cabe exponer que los resultados preliminares orientan hacia la corroboración de su confiabilidad; actualmente se está extendiendo la muestra para contar con nuevas evidencias. Si bien la disponibilidad de una versión local de la PCL YV puede contribuir a enriquecer la evaluación, de ninguna manera será suficiente; y será imprescindible ajustar localmente el siste-

ma de evaluaciones para que sean completas, rigurosas y orientadas hacia la elección de tipos de intervención.

Finalmente, el fracaso familiar y estatal queda bien evidenciado en la realidad concreta de estos jóvenes institucionalizados. Los precursores del fracaso estuvieron presentes tempranamente. El fenómeno descrito localmente coincide en lo nuclear con múltiples referencias internacionales y pasa a formar parte del conocimiento consolidado. La congruencia de las evidencias es suficiente para motivar planificación de intervenciones apropiadas a las vulnerabilidades infanto-juveniles, respetuosas de sus derechos y dignas de la responsabilidad estatal. Si la pretensión es evitar futuros fracasos, es imprescindible no desaprovechar las oportunidades actuales ■

Referencias bibliográficas

1. La Nación. Detienen a tres adolescentes cada hora por cometer delitos. En: La Nación. Buenos Aires, 2007.
2. Folino JO, Urrutia MI. Mental disturbances and criminological characteristics in crime-accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24 (4-5): 411-426.
3. Folino J, et al. Homicides and socio-economic influences. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2004; 53 (3): 175-182.
4. Cerro A, Meloni O. Análisis Económico de las Políticas de Prevención y Represión del Delito en la Argentina. Córdoba, Eudocor, 1999.
5. Bonaldi P. Evolución de las Muertes Violentas en la Argentina, 1980-1999. En: Gayo S, Kessler G (ed.). Violencias, delitos y justicias en la Argentina. Buenos Aires: Manantial; 2002.
6. Flores HV, Trabucco N. Cuadro de situación provincial y departamental. Período 1990-2000. El Poder Judicial en Cifras – Serie 2, ed. S.d.P.d.I.S.C.d. Justicia. La Plata, Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 2000.
7. Congreso de la Nación. Ley No 24.309. Declaración de la necesidad de reforma de la Constitución Nacional. Buenos Aires, Congreso de la Nación, 1993.
8. ONU. Convención Internacional de los Derechos del Niño. Cfr. Resol. 44/25 de la Asamblea General de la ONU. Nueva York, ONU, 1989.
9. Congreso de la Nación. Ley 22.278. Régimen penal de la Minoridad y modificatoria, ley 22.803/83. Buenos Aires, Boletín Oficial de la República Argentina, 1980.
10. Congreso de la Nación. Ley No 26.061. Ley de Protección integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes. Buenos Aires, Boletín Oficial de la República Argentina, 2005.
11. Legislatura de la Provincia de Buenos Aires. Ley de la promoción y protección integral de los derechos de los Niños y leyes complementarias. La Plata, Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 2005.
12. Domenech E, Guido ML. El Paradigma del Patronato de la Salvación a la Victimización del Niño. La Plata, Edulp, 2003.
13. Congreso de la Nación. Ley del Patronato de Menores. Buenos Aires, Boletín Oficial de la Nación Argentina, 1919.
14. Legislatura de la Provincia de Buenos Aires. Ley 4664. Ley de creación de la figura del Juez de Menores. La Plata, Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 1938.
15. Petrila J, Skeem JL. An Introduction to the Special Issues on Juvenile Psychopathy and Some Reflections on the Current Debate. *Behav Sci Law* 2003; 21 (6): 689-694.
16. Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist - Revised 2nd Edition Technical Manual. Toronto, Multi-Health Systems, Inc., 2003.
17. Farrington DP, Barnes CJ, Lambert S. The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology* 1996; 1: 47-63.
18. West D, Farrington DP. Who becomes delinquent? London, Heinemann, 1973.
19. Loeber R, Stouthamer Loeber M. Development of juvenile aggression and violence: some common misconceptions and controversies. *Am Psychol* 1998; 53: 242-259.
20. Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clin Psychol Rev* 1990; 10: 1-41.
21. Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* 1998; 120: 209-234.
22. Vincent G, et al. Subtypes of Adolescent Offenders: Affective Traits and Antisocial Behavior Patterns. *Behav Sci Law* 2003; 21: 695-712.
23. Forth A, Kosson D, Hare R. Hare Psychopathy Checklist Youth Version - Technical Manual. Toronto, Multi-Health System Inc., 2003.
24. Folino J, Raverta MJ. Hare PCL:YV - versión en español para investigación. Manuscrito no publicado. La Plata, 2006.
25. American Psychiatric Association. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
26. Cormier C, et al. Cormier-Lang System for Quantifying Criminal History. Vol. Third printing. Washington, American Psychological Association, 1999.
27. Folino JO. Escala para Cribaje del Estilo de Vida Delictivo - Revisada (Adaptación argentina del LCSF-R de Glenn Walters, 2003). Manuscrito no publicado. La Plata, 2003.
28. Walters GD. The Lifestyle Criminality Screening Form: Psychometric properties and Practical Utility. *J Offender Rehab* 1998; 27: 9-23.
29. Folino JO. Risk Assessment and Violent Recidivism Risk Management in Convicts from Argentina. *Res Social Problems Public Policy* 2005; 12: 75-78.

Usuarios de drogas y delito: datos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Hugo A. Míguez

*Doctor en Psicología
Investigador. Carrera del Investigador – CIC-Conicet
Sede Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires
E-mail: miguez@ciudad.com.ar*

Introducción

El seguimiento estadístico de las relaciones entre el abuso de sustancias psicoactivas y la ocurrencia del delito es objeto de atención en todas aquellas instancias que procuran avanzar en el campo de la prevención de sus efectos. La revisión de datos internacionales como los provistos por el Bureau of Justice Statistics (BJS) de Estados Unidos indicaron en 1998 que el 36% de las personas privadas de libertad estaban bajo la influencia de marihuana, cocaína y heroína en el momento del delito (1). A su vez, la Unión Europea reportó, en el 2003, por medio del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (9), que la comisión de delitos vinculados con el consumo de drogas ronda alrededor del 50%.

En la Argentina, la realización del primer estudio nacional sobre uso de sustancias psicoactivas (1999) puso de manifiesto la preocupación local por dar seguimiento

a la magnitud y el alcance local de estos problemas. Pese a que estas mediciones fueron continuadas tanto a nivel nacional como provincial, hubo aspectos específicos dentro del abuso de sustancias psicoactivas que fueron escasamente estudiados. Este fue el caso de la exploración de este fenómeno con la comisión de delitos.

Estudios sobre este tema en Costa Rica (5) dieron cuenta de dos elementos a considerar: por un lado, el hecho de que el consumo de drogas facilita conductas de alto riesgo respecto del acto delictivo, tales como desinhibición, aumento de la agresividad, pérdida del control de impulsos, disminución de la capacidad de juicio y temeridad, entre las más importantes, factores que conducen a la persona a cometer el delito. Por otro lado, destacaron a la adicción como un factor importante para la comisión del delito, en vista de que un alto porcentaje

Resumen

Fueron examinados los datos de las sondas epidemiológicas realizadas por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se halló que el consumo de marihuana, cocaína y pasta base tiene asociaciones con comportamientos de riesgo asociados a la violencia y delincuencia. Droga y robo tuvieron conexión en el 53,4% de los consumidores habituales de marihuana, en el 42,7% de los de cocaína y en el 26,9% de los de pasta base. Se consideró como factor del contexto de riesgo la permisividad social hacia el abuso de alcohol que alcanza a más de la mitad de los adolescentes así como el impacto en la emergencia hospitalaria por uso de sustancias y violencia.

Palabras clave: Drogas - Alcohol - Sustancias psicoactivas - Delito - Riesgo.

DRUG USE AND CRIME: THE DATA FROM BUENOS AIRES PROVINCE, ARGENTINA

Abstract

The data of the epidemiologic soundings performed by the Undersecretary's Addictions Attention Office of the Ministry of Health at the Province of Buenos Aires were examined. Consumption of marijuana, cocaine and base paste have associations with behaviors of risk also associated to violence and delinquency. Drug and robbery were connected with the usual consumers of marijuana in 53.4%, of those of cocaine in 42.7% and in 26.9% of those consumers of base paste. High social permissiveness towards alcohol abuse that reaches more than half of the adolescents, as well as the impact in the emergency ward related to the use of substances and violence, were considered as risk factors.

Key words: Drugs - Alcohol - Psychoactive substances - Crime - Risk factors.

de las personas efectúan la actividad delictiva estando bajo los efectos de las mismas, para proveerse de las drogas que consumen.

El papel del alcohol y las drogas como un factor de vulnerabilidad (2, 9) en los comportamientos de riesgo asociados a la violencia y delincuencia (CRVD) (3) ha tenido seguimiento por sondas epidemiológicas y estudios que llevó a cabo la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Si bien desde esta institución no se dispone de un estudio enfocado exclusivamente a la problemática del uso de sustancias y el CRVD, se cuenta con bases de datos que pueden aportar en el momento actual una perspectiva transversal para la exploración del tema.

Finalmente, hay coincidencia en reconocer que las sustancias psicoactivas son un factor interactuante junto a otros. En este punto se reconoce el papel sinérgico que cumplen otros factores del contexto tales como el estrés, la desorganización familiar y las influencias de pares con conductas problemáticas (8). En el mismo sentido, la permisividad social hacia el abuso de bebidas alcohólicas y al consecuente descontrol de la conducta es considerada aquí como otro factor que facilita igualmente los comportamientos de riesgo.

Metodología

La información sobre temas de CRVD y uso de drogas fue indagada en los datos disponibles de los llamados por ayuda realizados desde la comunidad y la de las sondas epidemiológicas en jóvenes realizada por el Observatorio Provincial. De esta manera, se procesó la base de datos de Fonodroga con 24.766 llamados realizados desde el año 2004 hasta inicios del 2006. Las consultas recibidas por problemas de uso de sustancias psicoactivas y CRVD fueron registradas como conductas vinculadas a robos. Para efectos de este análisis se excluyeron las referencias a robos dentro del hogar y se lo concentró en los que se realizaron en ámbitos diferentes a la residencia del usuario de drogas.

La información en estudiantes proveyó datos sobre patrones o "patterns" sociales de abuso, especialmente de alcohol, de utilidad para considerar la permisividad social a estas condiciones de ingesta de riesgo. De la misma forma se examinó información de la subsecretaría

relacionada con la atención de emergencias en la Provincia de Buenos Aires por situaciones de violencia donde está implicado el consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados

El 26% de los llamados de personas de la comunidad en busca de ayuda por problemas de abuso de sustancias psicoactivas se vinculó con situaciones de CRVD. Específicamente, situaciones de robos como parte del problema por el cual se efectuó la consulta. El 28,4% de los usuarios de drogas que originó el llamado había sido objeto de una detención policial y el 25,9% tenía en proceso una causa judicial (Tabla 1).

Los usuarios de drogas con problemas de CRVD fueron varones en el 94,5% de los casos. El 59,7% se ubicaron en el grupo de 21 a 40 años y el 37,8% fue menor de edad.

El consumo de sustancias adictivas no pudo ser especificado en cuanto a su naturaleza, es decir, el robo como búsqueda de recursos para adquirir la droga o como resultado del descontrol de la conducta introducido por la droga. Sin embargo, lo cierto es que ambas situaciones tuvieron asociación en el 53,4% de los consumidores habituales de marihuana, el 42,7% de los de cocaína y el 26,9% de los de pasta base (Tabla 2).

Por otra parte, debe considerarse que estas relaciones transcurren en un contexto de permisividad al descontrol del alcohol (7), donde los estudios en hogares a nivel provincial señalan a un 23,4% de los jóvenes de 16 a 17 años con abuso de alcohol regular. Hecho que se refuerza además si se considera que los "patterns" de consumo estudiados por Subsecretaría de Atención a las Adicciones bonaerense mostraron en el 2008 una permisividad al abuso que alcanza a más de la mitad de fiestas juveniles, a la par que se constata que en emergencias hospitalarias aquellas que se encuentran vinculadas a situaciones de violencia avanzan de 1,3% (0,9%-1,8%) a 16,7% (12,6%-21,6%) cuando se relacionaban con el consumo de una sustancia psicoactiva (8) (Tabla 3).

Consideraciones

Los resultados que proveen los datos disponibles de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones señalaron

Tabla 1. Llamados por problemas de uso de drogas 2004/2005 y CDRV.

Robos afuera del hogar	Intervalo de confianza de 95%	Detenciones	Intervalo de confianza de 95%	Causas Judiciales	Intervalo de confianza de 95%
26%	24,7% 27,3%	28,4%	27,1% 29,8%	25,9%	24,7% 27,2%
100% 4424		100% 4565		100% 4660	

CDRV: Comportamientos de riesgo asociados a la violencia y delincuencia

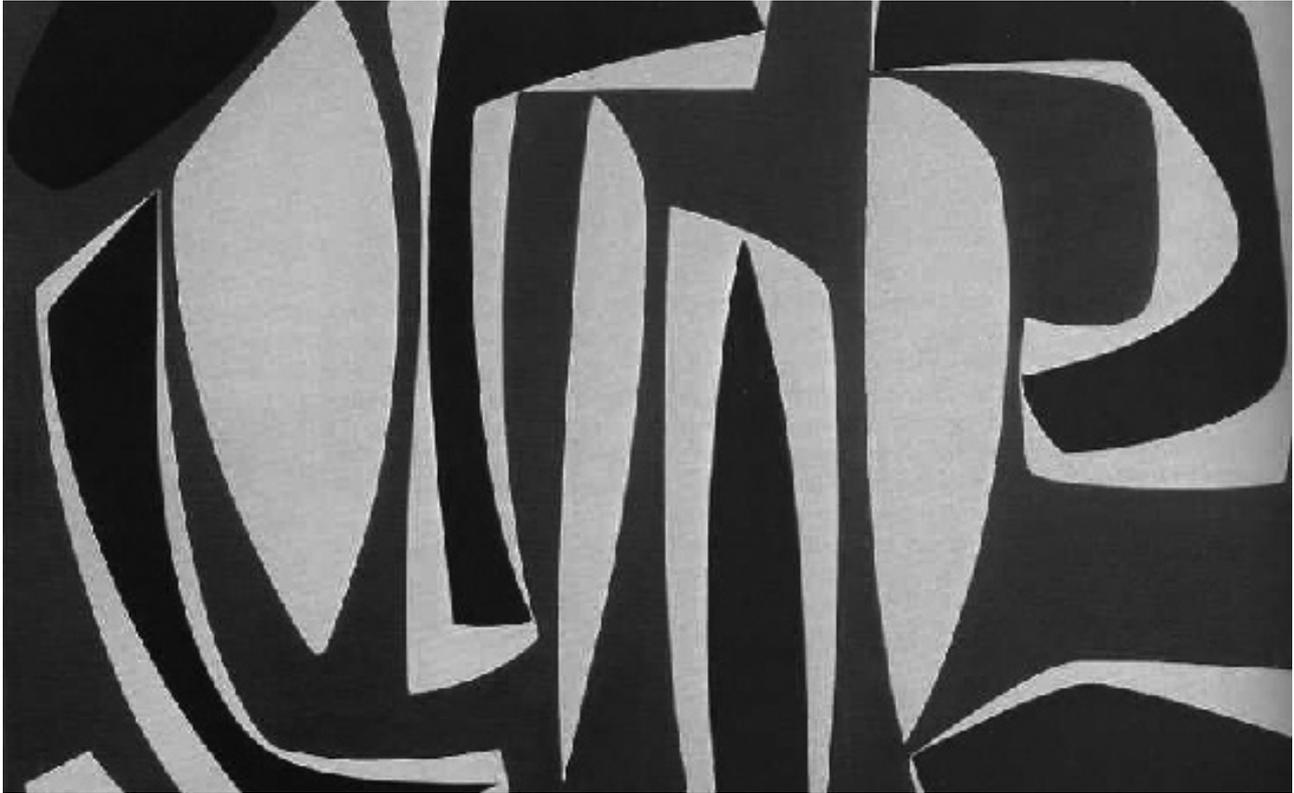


Tabla 2. Llamados por problemas de uso de drogas 2004/2005 según tipo de sustancia consumida habitualmente.

	Marihuana	Intervalo de confianza de 95%	Cocaína	Intervalo de confianza de 95%	Pasta Base	Intervalo de confianza de 95%
Si	53,4%	50,5% 56,3%	42,7%	39,9% 45,7%	26,9%	24,4% 29,6%
Total	100% 1151		100% 1151		100% 1151	

Tabla 3. Motivo de ingreso al servicio de emergencia por situaciones de violencia según relación con sustancias psicoactivas.

MOTIVO DEL INGRESO	Relación de la consulta de emergencia con el uso de sustancias psicoactivas					
	Con relación			Sin relación		
	%	Intervalo de confianza (95%)		%	Intervalo de confianza (95%)	
Situación de violencia	16,7	12,6	21,6	1,3	0,9	1,8
Total	100,0 (n=281)			100,0 (n=2993)		

la presencia del uso de sustancias psicoactivas en los CRVD. Estos resultados pueden compararse con los obtenidos dentro de la región del Río de la Plata a partir de investigaciones realizadas en la República del Uruguay en 2005 (6) que indicaron para una población de detenidos recientes que “uno de cada cuatro delitos aproximadamente está vinculado al consumo abusivo de sustancias” fundamentalmente marihuana, pasta base y alcohol.

La observación sobre la prevalencia que se presenta entre los consumidores de marihuana, cocaína y pasta base que originaron los llamados de ayuda vinculados a CRVD y el hecho de que los consumos mantengan las proporciones de los estudios generales fue considerado en contraste con el papel del refuerzo adictógeno diferencial entre sustancias. El mantenimiento de una proporción que supone que ambos, droga y robo, tuvieron conexión en el 53,4% de los consumidores habituales de marihuana, en el 42,7% de los de cocaína y en el 26,9% de los de pasta base implicó algunas reflexiones preliminares. En primer lugar, si el hecho de la ilegalidad de las sustancias y la necesaria transgresión para obtenerla no es una condición que se impone por igual y, por tanto, homogeneiza a los consumidores por encima de las propiedades adictógenas de cada sustancia. En segundo

lugar, si la extensión de la marihuana y la cocaína de ese momento anularon diferencias más sustantivas con la pasta base dada su introducción más reciente en el momento que se recogieron los datos. En cualquiera de los casos estas observaciones deberían ser retomadas en las próximas indagaciones sobre la base de datos de los llamados de ayuda.

El estudio sobre emergencias en el conurbano (2006) señaló relaciones de incremento de la probabilidad de una consulta de urgencia con el uso de una sustancia psicoactiva. En esta medida la “naturalización” del descontrol con la bebida alcohólica y sus consecuencias en los comportamientos de riesgo asociados a la violencia indican la conveniencia de estos estudios en forma sistemática como mecanismos de anticipación. De manera similar se plantea la necesidad de seguimiento de los casos de nuevas sustancias como la pasta base y sus efectos en CRVD. Estudios en la zona andina (4, 10), donde el uso de esta sustancia se ha consolidado en las zonas urbanas, mostraron efectos importantes sobre estas conductas. Condiciones como el acrecentamiento de la expulsión social, al inducir conductas de robo en la propia comunidad, significan nuevas problemáticas para la recuperación de las personas involucradas en su consumo ■

Referencias bibliográficas

1. Bureau of Justice Statistics (BJS). Drug Use, Testing, and Treatment in Jails. U.S Department of Justice, Office of Justice Programs. NCJ, 179999, January 2000.
2. Chalub M, Telles LE de Borba. Alcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (Suppl 2): S69-73.
3. Hein A, Barrientos G. Violencia y Delincuencia Juvenil: Comportamientos de Riesgo Autorreportados y Factores Asociados. Publicaciones Prevención del delito. Fundación Paz Ciudadana. Octubre 2004 (citado 7 noviembre 2008) [80 pantallas]. Disponible en: <http://www.pazciudadana.cl/publicaciones-preve-activa.php>
4. Jeri FR. La práctica de fumar pasta de coca en algunos países de América Latina: una toxicomanía grave y generalizada. *Boletín de estupefacientes* 1984; 36 (2): 17-34.
5. Jiménez Rojas F, Mata Chavarría, E. El consumo de drogas en la población privada de libertad en Costa Rica y su relación con la comisión del delito. CICAD/ICD, 2004.
6. Magri R, Suárez H. Consumo de drogas en detenidos recientes. Junta Nacional del Drogas - Secretaría Nacional de Drogas (JND-SND). Observatorio Nacional de Drogas, 2005.
7. Mallea AM, Guzmán M. Perfil del joven infractor de ley penal de alto compromiso delictivo delictual. Chile, Sename,

- 1996.
8. Míguez H. Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (66).
 9. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.
 10. Roth E, Urquidi E, Borth R, Quiroga S, Montes R, Rivero N. Características del consumo de pasta de cocaína, el caso boliviano. Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios. CIEC. La Paz, Bolivia, 1987. p. 49
 11. Tas J, Marshall LI. The self report methodology in crime research. *Crime and Justice: A Review of Research* 1999; 25: 291-367.



SIRR

Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral para personas que padecen trastornos mentales severos, a través de un abordaje interdisciplinario y con programas individualizados para el logro de su plena integración y adecuada evolución.

Estos programas se desarrollan en un período de tiempo acotado de acuerdo a los objetivos de rehabilitación establecidos previamente, tiempo durante el cual los usuarios del sistema (en cualquiera de sus modalidades) tienen asistencia psiquiátrica y psicológica con profesionales externos a nuestro equipo.

Ofrecemos los siguientes dispositivos:

- Evaluación integral (neurocognitiva y socio-ocupacional)
- Residencia
- Unidad convivencial supervisada
- Programa de rehabilitación ambulatorio individualizado
- Centro de fin de semana
- Reinserción social
- Capacitación laboral
- Reinserción laboral con tutoría.
- Unidades Productivas
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272
Email info@sirrsa.com.ar Web : www.sirrsa.com.ar

Algunas consideraciones médico-legales sobre la delincuencia sexual

Juan Carlos Romi

*Médico Especialista en Psiquiatría
Médico Forense de la Justicia Nacional*

Introducción

No se puede estudiar y comprender los delitos sexuales si no se parte de un mínimo de conocimiento sobre lo que significa la sexualidad en la conducta de cada individuo (26).

Se observa frecuentemente que estos delitos pueden ser cometidos por individuos que por su conducta sexual habitual pueden ser considerados "normales" desde el punto de vista jurídico y la manifestación de esa conducta sexual delictiva está ligada a una circunstancia personal o ambiental momentánea (22, 50).

Muchos delitos cometidos por perturbados sexuales son debidos no a su perturbación que "per se" puede o no ser delictiva, sino a una conducta sexual tipificada como delictiva en la que puede influir el perfil de su personalidad, un comportamiento sexual perturbado o circunstancias ambientales condicionantes, como por ej. intoxicaciones como el alcohol y/o las drogas (22, 33).

Por supuesto que también estos delitos los pueden cometer perturbados sexuales (disfuncionales y/o parafílicos 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 (9, 10).

En la dinámica de las conductas sexuales delictivas se encuentran dos elementos de importancia:

- a) la particular sexualidad individual del victimario, y
- b) el comportamiento eventual de la víctima.

Tal vez en estos tipos de delitos es donde se observa con mayor claridad la actuación que le cupo a la víctima (24, 26, 44).

Así veremos que las conductas sexuales más comunes que pueden conducir a actitudes delictivas son el abuso sexual con sus cuatro figuras, tres que contempla el artículo 119, y el artículo 120 del CP la restante, además del abuso sexual con menores, el exhibicionismo, la prostitución, el crimen sádico, etc.(1, 5, 6, 9, 10, 21, 28).

La sexualidad y su incidencia en el crimen

El limitar la actividad sexual a la sexo-genitalidad o función reproductora (área biológica del sistema sexual) es empobrecer ostensiblemente las posibilidades humanas y reducirlas a una analogía animal (2, 3, 8, 16, 51).

La presencia de la sexualidad como expresión placen-

Resumen

En el presente artículo se describen las conductas sexuales tipificadas como delictivas y su incidencia en el crimen, así como también la psicogénesis de la conducta sexual delictiva, el perfil del delincuente sexual y las perturbaciones sexuales en general. Se hará especial hincapié en el delito parafílico, el delincuente sexual serial y sus consecuencias médico-legales.

Palabras clave: Delito sexual - Delincuente sexual serial - Medicina legal.

SOME LEGAL ISSUES ON SEXUAL DELINQUENCY

Abstract

In this article we describe the criminal sexual conducts and their incidence in crime, as well as the psychogenesis of the criminal sexual behaviour, the profile of the sexual delinquent and the most common sexual disturbances found. It shall be mentioned the paraphilic crime, the serial sexual delinquent and their legal consequences.

Key words: Sexual crime - Serial sexual delinquent - Legal medicine.

tera (área psicosocial del sistema sexual) amplía y enriquece las posibilidades humanas de la actividad sexual (2, 3, 8, 16, 51).

El ser humano en cuanto es persona y puede adquirir una personalidad, su sexualidad puede expresarse como una "relación interpersonal".

Esta relación interpersonal de la sexualidad la podemos entender como una actitud de protección y amparo de padres a hijos (como también se da en otra especie) pero también como relación comunicacional de pareja que llega a ser específica de la relación amorosa de un varón con una mujer y que se vivencia en forma de ternura y relación emocionada (2, 3, 8, 16, 51).

Es esencial entonces que la relación sexual sea libremente aceptada por ambos copartícipes y por lo tanto, compartida, puesto que en definitiva es una relación contractual (un trato-con) en que si no es una decisión libremente tomada se establece un vicio de consentimiento, bien sea por la fuerza, coacción o por el engaño por parte de uno de los copartícipes sobre el otro, pero también la pérdida de libertad puede darse como expresión de sexodependencia como una perturbación psicosexual de uno de sus miembros. El CP tutela la libertad sexual de los individuos (11, 14, 21, 32, 53, 56).

La relación sexual en buenas condiciones debe darse sin testigos; la intimidad la potencia a diferencia de otras relaciones humanas que son públicas. El enriquecimiento que produce la soledad de dos compartiendo el amor es garantía para el logro de la total comunicación y entrega total (trasciende el puro acto coital) y constituyen los elementos formales de la sexualidad placentera, dejando de lado los elementos constitutivos de la moral, cuyo estudio nos es ajeno por razones obvias (2, 3, 8, 16, 51).

De igual manera que para el estudio de la personalidad se requieren dos cortes: uno *longitudinal* o historia vital y otro *transversal* que es el aquí y ahora de su conducta actual que nos da la estructura y el desarrollo de la misma, la sexualidad debe estudiarse en su constitución estructural, ya que el hombre nace sexuado pero no sexualizado, hecho que se consigue con el desarrollo de la personalidad a través del tiempo, y que además precisa de un aprendizaje de igual manera que el hablar, el caminar, el comer, etc. (2, 3, 8, 16, 20, 30).

La sexualidad forma parte indisoluble de la personalidad y, como en ésta, se reconocen tres principios o capas básicas de su configuración existencial:

a) *La sexogenitalidad* como elemento somático sustentador de la sexualidad, determinada genéticamente y expresada por los caracteres sexuales primarios y secundarios específicos de cada sexo.

b) *La psicosexualidad* como placer erótico, dada por factores pulsionales y emocionales, el aprendizaje, la fantasía y el impulso necesarios para la acción o la motivación sexual.

c) *La comunicación interpersonal* como capacidad de oblación o entrega afectiva y donde la inteligencia y la voluntad se ponen al servicio del amor.

Son precisamente estas tres capas las que deben participar en la sexualidad para que esta adquiera su carácter

de totalidad (2, 3, 8, 16, 17, 30, 51).

A partir de esta posibilidad humana de plenitud sexual pueden darse toda la gama de manifestaciones de relaciones sexuales que la imaginación humana admita y es una realidad de observación cotidiana, entre ellas las conductas sexuales que configuran delito (22, 35, 49).

Algunos sostienen que detrás de todo delito se esconde un problema de alcoba. Si bien esta afirmación es evidentemente excesiva, es cierto no obstante, que la sexualidad perturbada (disfuncional y/o desviada) es potencialmente generadora de conductas desadaptativas que pueden desembocar en conductas delictivas (22, 34, 35, 43, 49).

Con esta visión panorámica de la función sexual ya estamos en condiciones de entender las conductas sexuales humanas y si se dan o no en el marco de una personalidad con perturbaciones psicosexuales y/o sexopatías (22, 35, 49).

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) que se hará con él.

Nosotros nos ocuparemos solamente del punto uno.

El individuo que delinque cualquiera sea su forma tiene una personalidad.

La personalidad del delincuente debe ser el centro de nuestra investigación, porque es la unidad a la que quedan referidas todas las manifestaciones de su accionar: conducta, motivación, etc.; por lo tanto, el estudio de la conducta delictiva debe hacerse en función de la personalidad total del individuo y su inseparable contexto social (22, 36, 48, 50).

El individuo realiza continuas tentativas de adaptación al mundo en que se desarrolla y vive; el investigador debe descubrir el valor y la significación que ese mundo adquiere para él (22, 36, 48, 50).

La significación y la intencionalidad de la conducta constituyen un todo organizado (portador de un sentido) que se dirige a un fin.

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 (22, 36, 48, 50).

Esto significa desde el punto de vista individual la dificultad del delincuente para aceptar la ley, lo que implica dificultades en el desarrollo de su personalidad. A su vez, desde el punto de vista social significa una alteración, violación o trasgresión de la norma establecida (22, 36, 48, 50).

En esta tarea, la sexología y la psiquiatría forenses pueden establecer los aspectos de la personalidad de cada delincuente y diferenciar un caso de otro al reconstruir con la mayor exactitud posible la génesis y dinámica del fenómeno criminal en particular (22, 36, 48, 50).

Siempre se ha insistido en acentuar la diferencia que existiría entre el individuo delincuente y el hombre



socialmente adaptado. Sin entrar en polémicas estériles, se puede decir que es evidente que existe en el delincuente una historia personal con determinadas características, un contexto social y ciertas disposiciones que fallan en determinadas circunstancias y que explicarían las conductas delictivas en general y las sexuales en particular (22, 36, 48, 50).

Existen relaciones estrechas entre los rasgos de personalidad del delincuente y la conducta delictiva, es decir, se observa que la conducta del homicida, del ladrón, del estafador, o del delincuente sexual presentan entre sí rasgos característicos, pero distintos entre cada figura (52, 54).

Perfil del delincuente sexual

De la observación en el Cuerpo Médico Forense (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 (29, 31).

De ellos, a alrededor del 30% de los delincuentes sexuales no se le detectan groseros trastornos psicopatológicos de la personalidad y su conducta sexual social aparente presenta visos de adecuación (disociación conductual entre la vida privada y la pública). A esta disociación la he denominado "*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 realidad en el contexto social (29, 31).

El resto de éste grupo (el otro 70%) está compues-

to 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) (29, 31).

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 (29, 31).

Por lo tanto, la asociación tradicional de correlacionar necesariamente delito sexual a psicopatía debe ser desacreditada. La psicopatía exige impulsividad, falta de remordimiento por lo realizado, incapacidad de vínculos afectivos reales, agresividad, dificultad para aprender con la experiencia, etc.; y muchos de los delinquentes sexuales no pueden ser descriptos de este modo (29, 31).

La creencia de que el violador (abusador sexual con penetración) por ejemplo, actúa impelido por fuertes deseos sexuales se ha visto desacreditada en la actualidad, al menos como explicación genérica (29, 31).

Otro tanto ocurre con la aseveración consistente en calificar a los agresores sexuales como enfermos mentales. La ausencia de enfermedad mental sobre todo en los violadores es habitual, y por lo general lo que se observa son individuos con conductas aprendidas en el marco de una socialización deficitaria (29, 31).

Debemos distinguir el desviado sexual (parafílico) del delincuente sexual (trasgresor de normas jurídicas). Así, por ej. un exhibicionista puede ser un delincuente y un parafílico; un masoquista puede ser un parafílico y no ser un delincuente; un proxeneta puede ser un delincuente y no un parafílico; un sádico puede ser un parafílico y puede ser o no un delincuente, etc. (29, 31, 39, 42).

Las perturbaciones sexuales y los delitos sexuales

En nuestra tesis doctoral ("Delimitación conceptual de las perturbaciones sexuales". Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Medicina, UBA, 1980) dividimos a las perturbaciones sexuales, en general, en cuantitativas (disfunciones sexuales) y cualitativas (desviaciones sexuales o parafilias). En 1995 realizamos una actualización de esta clasificación que denominamos *Nomenclatura de las Perturbaciones Sexuales* (18, 38).

Las disfunciones sexuales o trastornos sexuales (tanto para el CIE 10 de la OMS como para el DSM IV) son perturbaciones sexuales cuantitativas por desequilibrio en más o en menos del deseo o apetito sexual (erotización) y de la capacidad funcional o rendimiento coital (sexogenitalización) (18, 19, 47).

El rasgo esencial es la exaltación o inhibición de los deseos eróticos (más frecuentemente el bloqueo) y/o los cambios psicofisiológicos durante el coito que caracterizan el ciclo completo de la respuesta sexual humana (11, 19, 47).

Llamada por el CIE 10 *desviación sexual, o parafilias* para el DSM-IV TR son *perturbaciones sexuales cualitativas* cuyas manifestaciones sexuales se caracterizan por la deformación de la imagen de la pareja (DIP) o por la deformación del acto sexual (DAS), es decir, anomalías

del fin sexual, cuyas denominaciones todavía no son muy claras para muchos ya que se las confunde con denominaciones como las de perversión, pervertimiento, etc., de vieja raigambre en las escuelas psicológicas tradicionales (18, 19).

Se configura la *parafilia cuando se necesita sustituir la actividad sexual convencional en circunstancias en que ésta es posible, por cualquier otro tipo de expresión sexual que determina la única manera de poder excitarse en forma sistemática y preferencial* (6, 25, 47, 52).

De manera que los medios se convierten en fines, en forma repetitiva, configurando un *patrón de conducta rígido* que adquiere carácter opresivo (pérdida de libertad) impidiendo tener opciones libres entre alternativas.

Por lo tanto, lo que configura la parafilia no es el "qué" de la expresión sexual, sino el "cómo" se instrumenta (25, 47).

El término parafilia subraya concretamente que la desviación (*para*) se encuentra en aquello por lo que el individuo se siente atraído (*filia*) fijando un patrón de conducta regular sistemática preferencial y a veces único. La imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual. Tales imágenes o actos tienen que ser insistentes e involuntarios y por lo general suponen:

a) la preferencia por el uso de objetos no humanos para la excitación sexual.

b) La actividad sexual repetida con humanos en la que hay sufrimiento.

c) La actividad sexual repetida con parejas que no consienten o no son partidarios de ese tipo de expresión sexual, hecho que puede tener significación psicopatológica y/o psicojurídica (25, 47).

Los individuos que presentan estas alteraciones tienen a no considerarse a sí mismos como perturbados sexuales.

Pueden expresarse con distinta intensidad y con diferente modalidad. Así se observan formas:

- *Mínima*: expresión erótica fantaseada (imágenes, pensamientos, recuerdos) o actuada reconocida como placentera por el individuo y que aparecen *espontáneamente* (en forma intrusiva) sin perturbar las actividades sexuales convencionales.

- *Acentuada*: expresión erótica fantaseada o actuada reconocida como placentera por el individuo y que se *busca insistentemente* para lograr satisfacer las actividades sexuales convencionales.

- *Predilecta o dependiente*: expresión erótica que interfiere manifiestamente la actividad sexual convencional reemplazándola en forma electiva (selectiva) preferencial (prevalente) o única (exclusiva) (25, 47).

Interesa fundamentalmente la forma predilecta o dependiente, que se caracteriza por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos convencionales y que en diversos grados interfieren con la reciprocidad afectiva fijando un *patrón de conducta* regular, sistemático, preferencial y a veces único. A su vez, el *carácter impulsivo* es necesidad de repetir la experiencia ya que lo único que "calma" la excitación sexual es la ejecución de ese tipo

de opción (25, 40).

Es necesario hacer diagnóstico de personalidad para establecer la genuinidad de la manifestación sexual (egosintonía) o la sintomaticidad de la misma (egodistonia). En nuestra experiencia sólo tienen relativa posibilidad de modificar su conducta los egodistónicos (que son muy pocos) y en la inmensa mayoría son sintomáticos de una alteración psiquiátrica de base (25, 40).

El delito parafilico

Se debe tener en cuenta que:

1) No se trata de justificar los *comportamientos parafilicos* y aún menos las *psicopatías sexuales*, pero la condena 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* (29, 32).

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 (22, 24).

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 (22, 24).

Así, por ejemplo, si un sadomasoquista con su comportamiento sexual daña el cuerpo o la salud de otro o distorsiona la sexualidad de un menor, aunque medie consentimiento de quien lo sufre, constituye un delito, ya que la *producción de lesiones* está contemplado en los art. 89, 90 y 91 del CP (22, 24).

4) El llamado *crimen sádico* (parafilia como móvil del homicidio) está contemplado en el art. 80 inc. 4º del CP (homicidio por placer) ya que la causa y la razón del hecho tiene un origen sexual. El código dice: "... quien mata por placer y al hacerlo: a) experimenta una sensación agradable; b) encuentra en ello satisfacción o; c) se regocija perversamente al destruir la vida...". Es decir, el acto sádico (placer) que lleva al homicidio (por causa y razón sexual), configura un *homicidio agravado por el placer* y puede ser:

a) si el actor mata para provocar su sexualidad (simbolismo sexual homicida)

b) si mata para lograr el objeto que le provoca placer (fetichismo)

c) si mata para profanar su cadáver (homicidio necrofílico)

d) si mata a otro para saciar su deseo ya despertado por una tercera persona (celos y envidia) (homicidio "justiciero y reivindicador")

e) si mata por estar decepcionado por el comportamiento que presenta la víctima, opuesto al "esperado y fantaseado por el actor" (placer en la expiación de una actividad sexual "impura").

Quedan descartados aquellos en que la muerte es el resultado de una violación (ocultación del delito, art. 81 inc. 7º CP) y la actividad necrofílica (si no hay homicidio, no hay delito) (4, 6, 40, 56).

5) La *necrofilia* (el muerto es una cosa) es una parafilia que "per se" no configura delito, si el actor no mató a la víctima previamente para realizar la actividad necrofílica (22, 24).

El resto de las llamadas parafilias quedan en el estricto problema de lo íntimo de cada persona y no suelen ser ni frecuentes ni generadoras de importantes conductas delictivas (22, 24).

Dentro del amplio campo de las perturbaciones sexuales solo enumeraremos aquí a aquellos comportamientos sexuales parafilicos o no, que con relativa frecuencia se observan en el quehacer médico-legal:

a) El *fetichista* que roba el objeto fetiche puede ser causa de examen pericial (diferenciar de la cleptomanía o robo compulsivo). Este es un robo de clara base sexual para obtener el objeto deseado y gozar con su colección u obtener placer orgásmico solitario con su presencia.

b) Los *mironistas*, los *escoptofílicos*, los *exhibicionistas* y los *frotadores* suelen crear conflictos sociales que terminan en problemas judiciales, si bien comparados con los sádicos son los delincuentes menores de la sexualidad y suelen mover a irritación o sorna. No obstante a veces suele observarse en la escalada de las personalidades con *parafilias múltiples* que comienzan como mirones, luego como exhibicionistas, siguen como paidofílicos y así progresivamente frotadores, acosadores, abusadores y por último violadores sádicos, etc.

c) La *homosexualidad* y el *travestismo* no constituyen "per se" delitos, ya que el CPA no los tipifica como delito, por lo tanto no debe considerarse al homosexual o al travestista 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 (22, 24).

En estos casos a nivel criminológico el homosexual frente al CP puede situarse en una doble actitud antijurídica:

a) *por un lado* mediante la comisión directa de delitos motivados por su frecuente estructura emocional inestable, así 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. Lo dijo Georges Bataille: "*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*". Según los criminólogos los "celos" entre homosexuales juegan como un elemento de máxima peligrosidad, y

b) *por otro lado*, 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.

Los *homosexuales prostitutos* (por lo general bisexuales) por ejemplo, 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 (22, 24).

Se han observado casos de “homosexuales latentes” 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 propia virilidad auto-cuestionada.

Los *travestistas* son personas que siendo inequívocamente de un sexo se visten con ropas del otro sexo (gozan con sus genitales), acompañando este hecho a veces con la utilización de hormonas para desarrollar caracteres morfológicos externos sexuales similares a los del otro sexo, por ej. el desarrollo de las mamas.

No necesariamente son todos homosexuales ni suelen tener tendencias *transexuales* (intento de cambio quirúrgico de sus genitales externos ya que rechazan sus genitales). Muchos de ellos presentan conductas delictivas, ejercen la prostitución, o son detenidos por transgresiones a las normas jurídicas, pero no por su conducta sexual si es ejercida en privado (22, 24).

El delincuente sexual serial

En la década del 90 hemos investigado en el CMF a numerosos delincuentes sexuales seriales y en un trabajo anterior hemos desarrollado lo observado. Aquí haremos una pequeña síntesis (27).

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. Para ello se debe tener en cuenta el *actor* y el *acto delictivo* (27).

En el *primer caso* el *actor*, por tratarse de un delincuente sexual se debe hacer el *examen de la víctima y el victimario*, sobre todo de éste último en lo referente a su biopsicogénesis individual y sus sociogénesis o factor ambiental (mesológico) para configurar con su personalidad de base más las influencias ambientales la historia

vital que nos permita interpretar la *criminogénesis* o las causales para delinquir.

En el *segundo caso* se debe investigar el *acto delictivo*, para a través de los mecanismos utilizados observar la *criminodinamia* del delito.

El acto delictivo se debe estudiar antes, durante y después del hecho. Por lo tanto, la *conducta delictiva* surge de la interacción entre un delincuente y un hecho delictivo (27).

Se enumerará algunas reflexiones observadas:

1) Los delincuentes seriales suelen ser adultos jóvenes o de mediana edad. Es raro observar a menores de 18 años y mayores de 50 (27).

2) La vestimenta que luce el delincuente serial suele ser siempre la misma cuando realiza el acto agresivo. La vestimenta forma parte de un ritual que tiene un simbolismo particular para el agresor, razón por la cual se lo utiliza como si fuera un “uniforme de combate” (27).

3) Se observa que predominan los solteros, de personalidad inmadura e inestable, de 30 a 40 años, dependientes emocionalmente y habitualmente hijos únicos que conviven en forma simbiótica con su madre, por lo general viuda y dominante (27).

4) Difícilmente el delincuente serial presenta la imagen del “perverso lombrosiano”; es, por el contrario, un individuo que a nivel social se comporta en forma adecuada. Paralelamente, cuando desarrolla su “actividad delictiva”, desdobra su personalidad y adopta otra identidad (“parafrenia sexual”). Excepcionalmente se han registrado seriales con características “lombrosianas” y de escaso nivel intelectual como el recordado “petiso orejudo” (27).

5) El lenguaje que suelen utilizar durante la ejecución del acto delictivo propiamente dicho es el de las amenazas, insultos, descalificación, agresión, procacidad, auto revalorización, venganza, etc. (27).

6) Casi en todos los casos los delincuentes seriales tienen trabajos efectivos y se comportan en ellos en forma responsable. Algunos trabajan por su cuenta, hobbies, coleccionan objetos artísticos, son amantes de refinados gustos culturales o realizan acciones de beneficencia en la comunidad en total actitud paradójal con sus tendencias delictivas (27).

7) Los que tienen hijos, suelen ser padres rígidos y



autoritarios e imponen una férrea disciplina familiar con total oposición a sus comportamientos transgresores que cumplen durante su actividad delictiva.

8) La modalidad de la actividad sexual que realiza tiene que ver con la forma de compensar las dificultades sexuales que sabe que presenta cuando intenta una relación convencional (27).

9) Es raro que presenten antecedentes delictivos de otra índole; aparecen debutando con una serie de delitos similares que motivan su detención, a veces luego de un largo período de búsqueda. Los que poseen antecedentes suelen ser por hechos similares en otras regiones del país o que fueron recientemente liberados y han reincidido rápidamente (27).

9) No es cierta la noción generalizada de que estos delincuentes sean torpes y agresivos o con antecedentes de conductas sociales violentas y menos libertinos sexuales. Es de excepcional observación que las conductas delictivas seriales se den en pornógrafos o "liberados sexuales" o personas que se vanaglorian socialmente de su vida sexual abiertamente. Lo habitual es que se dé en reprimidos sexuales, introvertidos, timoratos, mojigatos, misóginos o dependientes afectivos sobre todo de la madre (27).

10) No es común ver delincuentes seriales francamente alienados (psicóticos), lo habitual es ver trastornos de la personalidad y delincuentes psicópatas instintivos sobre todo a nivel gregario y sexual, es decir que descargan su agresión contra lo humano del medio circundante al que no se adaptan. Las variantes esquizoide e histeroparanoide son los de mayor prevalencia (27).

11) Los neuróticos obsesivo-compulsivos no son de observación tan frecuente. El asesino serial es por lo general un varón introspectivo, tranquilo, reservado, distante, de buenos modales, bondadoso y 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, beba, ni consuma drogas y si lo ha hecho, no es un adicto. Suele ser mojigato y condena la obscenidad, la vulgaridad y las palabras soeces (7, 12, 13, 15).

12) Quiere ser notorio antes que ignorado, y pasar a la historia como el criminal más importante (vanidad delincencial). 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 (27).

13) Algunos autores hacen hincapié en el hecho de que los asesinos seriales estaban obsesionados con fantasías sexuales desde mucho tiempo antes de la realización de los asesinatos, hecho que tiene importancia capital, por cuanto por un lado comparten importantes similitudes con otras parafilias como el exhibicionismo y la pedofilia y, por otro, porque nos sitúa en el camino de la comprensión psicodinámica de la conducta del sujeto (27).

14) El *delincuente sexual serial* es peligroso por su "for-

ma de ser", su conducta delictiva es egosintónica con su personalidad anómala (no necesariamente enferma), y la proclividad a la agresión sexual, con secuencias temporales del ataque casi siempre sin cómplice (27).

15) El sujeto delincuente serial suele actuar en silencio, de allí lo infrecuente de la utilización de armas de fuego. Lo usual es el empleo de un arma blanca (cuchillo, navajas, destornilladores, etc.) ya sea para amenazar, intimidar, o eventualmente dar muerte a su víctima. En este último caso es frecuente la utilización de la asfixia mecánica o los golpes en el cráneo (27).

16) El delincuente serial actúa casi siempre siguiendo un ritual, dentro de una misma zona a la que estudia puntillosamente y que tiene una significación especial dentro de todo el contexto delictivo. Es como un coto de caza que conoce perfectamente y que investiga en sus mínimos detalles y en la cual "elige la presa" que debe encuadrar dentro de su patrón delictivo o cumplir con sus necesidades impulsivas particulares. Para ello algunos agresores seriales llevan un diario de sus víctimas, un plano de los lugares donde van a llevar a cabo sus ataques, o un mapa detallado de los puntos donde ya han realizado sus fechorías (27).

17) Los lugares de acecho suelen ser los vehículos públicos, la calle, las circunstancias de encuentros ocasionales "con la futura víctima", lugares de recreación como bailes, confiterías, bares, etc. Utilizan el medio de movilidad que mejor se ajusta a sus necesidades delictivas y van desde ir a pie, en bicicleta, moto, vehículos públicos sobre todo si allí viaja la víctima y desciende con ella, y mucho más sofisticadamente en su combi acondicionada que reúne y tiene preparadas las características que requiere su plan (27).

18) En general se realiza a través del ataque sorpresivo o el traslado de la víctima bajo amenaza de arma al lugar que tiene establecido para consumir el hecho (27). No obstante ello se han observado también formas más sutiles como la seducción, el engaño, la coacción, etc., como conducta premeditada anterior a la ejecución del acto delictivo propiamente dicho (27).

19) La reacción del medio circundante reviste cierta peligrosidad. Cuando se toma conocimiento periodístico o social del hecho delictivo serial se produce el pánico en el ambiente. A veces aparece la patrulla de vecinos que exige castigos severos (pena de muerte). La histeria colectiva estimulada por la imaginación favorece las falsas denuncias y acusación a inocentes (27).

20) Como contrapartida, en algunos casos se ha visto la atracción sexual de algunas mujeres por el criminal y llegan hasta formar pareja con el delincuente (enclitofilia de Luccard) (27).

Algunas disquisiciones acerca del encuadre jurídico del delito de abuso sexual

Con el Dr. Lorenzo García Samartino oportunamente hemos investigado el encuadre jurídico de los anteriormente llamados "delitos contra la honestidad" y realizado algunas reflexiones médico-legales con referencias a las controversias entre dos de sus figuras: la violación

y el abuso deshonesto desde el punto de vista médico (26, 32).

Hoy, con el cambio de encuadre de los mismos a propósito de la nueva legislación al respecto, seguimos pensando que siguen existiendo puntos oscuros para su delimitación sexológico-forense y que la diferencia entre el abuso deshonesto (ahora abuso sexual simple y abuso sexual agravado por sometimiento) y la violación (ahora abuso sexual con acceso carnal) sigue siendo difuso y a merced de la interpretación particular de cada magistrado.

Conjuntamente con los Dres. Víctor Poggi y Lorenzo García Samartino hemos realizado algunas reflexiones médico-legales a propósito de la nueva figura del abuso sexual que sintetizaremos: (26, 32)

a) El término “acceso” connota la idea de *penetrar con un objeto*, a través de un orificio que lo admita, en un *cuerpo carnoso viviente*. Es necesario, por lo tanto, que supere la superficie corporal. Este concepto es independiente del consentimiento libre del ser penetrado. A esta acción violenta, a los fines prácticos, se llama *violación*. El “acceso carnal” si bien por tradición jurídica se lo asocia a penetración peneana, la reforma omitió aclararlo, por lo que continúa siendo un vago concepto que sigue prestándose a confusión con otras partes “carnosas” del cuerpo, como los dedos o la lengua que tienen capacidad penetrativa (26, 32).

b) La actividad sexual no consentida que supera la superficie corporal, esto es, la penetración en un orificio, desde un punto de vista psicosexual, configura un acto de violación ya que invade el esquema corporal de la víctima más allá de los límites de su superficie. Desde la óptica psicosexual en su análisis se distingue: el *objeto penetrador* (portado por el sujeto activo) y el *orificio penetrado* (que pertenece al sujeto pasivo) (26, 32).

El *objeto penetrador*, puede ser *carnal*: pene en erección (falo), dedos, mano, lengua, pié; o *no carnal*: olisbos, objetos inanimados símil falo, etc.

El *orificio penetrado* se puede distinguir en natural y artificial. El orificio *natural*, puede ser *apto*, vagina, recto, boca; o, *no apto*, fosas nasales, pabellón auricular. El orificio *artificial*, puede ser el producto de una intervención quirúrgica, por ej., un ano ‘contra natura’, consecuencia de una colostomía (26, 32).

Como se expresó más arriba, tradicionalmente se considera que el acceso carnal sólo puede llevarse a cabo con el pene; por lo tanto, sólo el varón puede ser *sujeto activo*, con lo cual aparecen graves controversias interpretativas sobre la posible “violación inversa” que se esboza en la reforma (26, 32).

c) También se sostiene que el pene debe penetrar en un orificio natural, entendiéndose por tal la vagina de la mujer, del que resulta el llamado coito; y, el recto, tanto la mujer como del varón, que se denomina cópula. Como derivación de ese enfoque, sigue la controversia si la boca es un orificio “natural”. Por lo tanto, toda actividad relacionada con el sexo oral como la felatio y el irrumatio, realizada sin consentimiento válido, se discute si en la reforma se la considera un sometimiento sexual gravemente ultrajante o violación (26, 32).



d) El encuadre jurídico señalado, a pesar de la reforma, no se ha desprendido de ser un mero enfoque biológico de la sexología, y una concepción “machista” del hombre, ya que no tiene en cuenta el aspecto psicológico del deseo libidinal o erótico del actor, que es el motivo placentero personal que explica el comportamiento sexual de este tipo de delincuentes (26, 32).

La tradición cultural de la que se nutre la jurisprudencia hizo hincapié en la *finalidad reproductora* del sexo; pero perdió de vista el *placer* que genera la sexualidad. Y es precisamente el placer lo que persigue el sujeto activo, independientemente del medio que usa para obtenerlo. El sujeto pasivo es degradado al papel de “*muñeco animado*”, objeto sexual buscado por el agresor sexual para alcanzar su descarga orgásmica (26, 32).

e) La actividad sexual violenta con *otros objetos*, ya sean *carnales*, como los dedos, o *no carnales* como los olisbos, son ineficaces para generar la reproducción, por lo que no se los consideraron aptos para el acceso carnal, de manera tal que su utilización no presupone, para un gran número de autores, el delito de violación (26, 32).

f) La sexología tiene en cuenta no solo el *aspecto biológico* de la función reproductora, y por lo tanto los órganos sexuales secundarios, sino también el *aspecto psicológico*, que se trasunta en la capacidad de la persona de obtener placer erótico a través de cualquier actividad corporal, con significado sexual, independientemente de las pautas normativas. De manera que, así enfocado, el móvil psicológico precede a la acción dando origen a la intención del sujeto activo, lo que denota el delito (26, 32).

En nuestra experiencia forense no se ha observado ningún caso de violación cuya motivación haya sido fecundar a la víctima (26, 32).

En resumen, el móvil común de un agresor sexual, que lo lleva al acceso carnal violento es *obtener placer*, hasta el orgasmo. El medio que utiliza, pene, dedos u

objetos, para poseer, degradar, someter, vejar, o agredir sádicamente a su víctima, tiene significado para él, independientemente del criterio que le adjudique la mayoría. Distinguir entre el pene y otros medios, o seleccionar arbitrariamente la vía de acceso, es idealizar el delito de violación, sin tener en cuenta la realidad que lo caracteriza, esto es, usar el cuerpo de una persona, sin su consentimiento, para obtener placer sexual, independientemente del medio utilizado para alcanzarlo (26, 32).

h) Si se analiza la situación del *sujeto pasivo* de una agresión sexual con penetración corporal, se observa que la concepción jurídica argentina en general solo tuvo en cuenta el acceso carnal a través del orificio vaginal o anal. Detrás de este enfoque puede encontrarse una idea de posesión, sometimiento, poder, fuerza, sojuzgamiento u otro similar, que se ejerce sobre la víctima. Quizá pesa la opinión que aquel que penetra, triunfa, gana, domina, degrada, o algo por el estilo, y que una vez “tomada” la zona perineal, paso previo a la vagina o al recto, la víctima se encuentra indefensa, a merced del *poder de decisión* del agresor (26, 32).

i) Si el tema se analiza desde un enfoque médico sexológico, el mismo hecho puede ser valorado con un criterio diferente. Desde un punto de vista común, se denomina “orificio natural” a la *vagina*, por ser apto para la reproducción, y orificio “contra natura” al *recto*. Estos orificios son los que se tienen en cuenta al calificar el delito de violación, es decir, se ponen de relieve y se jerarquizan los que se encuentran en la *zona perineal*: vagina y recto de la mujer y por analogía, la región anal del varón. El varón accedido violentamente por vía anal, “degradado” a desempeñar un papel pasivo femenino de sumisión, es despectivamente desvalorizado por la “ley machista” (26, 32).

La *boca*, si se sigue el mismo criterio, también es un “orificio contra natura”, pero, en general, el acceso del pene en ella contra la voluntad no se consideró violación porque para acceder se requeriría una cierta participación necesaria de la víctima y porque se relativiza su papel dentro del concierto erótico “natural” (26, 32).

Al estudiar la boca con ese fin, y compararla con los otros dos orificios mencionados, los juristas, en general, señalan algunas diferencias anatómo-funcionales. Se cita, por ejemplo, las características de su mucosa, sus músculos, la ausencia de “glándulas erógenas” o las posibilidades de movilidad voluntaria que ofrece para sustentar el criterio por el cual se la considera idónea como medio para cometer abuso sexual gravemente ultrajante pero no violación (26, 32).

Los sexólogos en cambio, consideramos que todos los orificios con que nace el hombre, son “orificios naturales”. Algunos, como la vagina, son aptos y específicos para el erotismo y la reproducción. Otros, como el recto y la boca, lo son sólo para el erotismo. Los hay que podrían ser aptos para el erotismo, pero ineficaces para la penetración, al menos en condiciones habituales, como las fosas nasales y el pabellón auricular (26, 32).

Desde el punto de vista de dicha ciencia, se aceptan sólo como orificios “contra natura” o *artificiales*, aquellos que son consecuencia de una intervención quirúrgica,

como la citada anteriormente. Estos no poseen receptores erógenos y sólo pueden ser elegidos eróticamente por sujetos activos con *personalidades parafilicas*, extravagantes y excepcionales (26, 32).

j) Así planteado surge, como es obvio, que no se puede comparar la situación del sujeto que accede, con la del accedido. El *primero*, siempre satisface su *placer sexual* de la manera más idónea para su fin. Las alternativas, ya sea el orificio que elige para acceder, o el medio que utiliza para hacerlo, depende de sus fantasías eróticas, que preceden o acompañan al acto violento. Para el *segundo*, la situación no puede igualarse. Si hubiese consentido, cualquier vía de acceso le puede provocar placer, porque éste depende, en gran medida, de la fantasía erótica. Pero, al ser accedido *sin su consentimiento*, cada orificio adquiere un significado distinto (26, 32).

El *recto* tiene como función última la eliminación de las heces. Para penetrar en él se requiere tiempo, y una cierta relajación del esfínter anal. Si el acceso se hace en forma violenta es posible que se desgarre, en mayor o menor grado, el esfínter o la mucosa rectal. En la mayoría de los casos, por la posición caudal y dorsal que ocupa el ano en el eje del cuerpo, la víctima “da la espalda al usuario violador” y, de alguna forma, el hecho ocurre “lejos de su conciencia” (26, 32).

La *boca*, en cambio, está preparada para ingerir, incorporar, gustar, e incluso absorber sustancias. Está cerca de los ojos, y respecto a la nariz, no sólo lo está, sino que se relaciona con ella a través de las coanas. De hecho, el olfato se potencia con el gusto, y hay sabores y olores que hacen cerrar los ojos tanto por placer, como por desagrado. Se puede decir que la boca está “muy cerca de la conciencia”. El que la usa para acceder se pone a la vista de la víctima, como ocurre en el felatio, o el irrumatio. En la boca se localizan los receptores de los cuatro sabores del gusto. Por su conexión con la nariz, los humores estimulan el olfato. Y, a través de la trompa de Eustaquio, se asocia al oído medio y, por ende, a la audición. El número de terminaciones nerviosas le confiere a los labios una enorme sensibilidad, que da origen a una fina capacidad para discriminar sensaciones. A ello hay que sumarle la sensibilidad propia de la lengua, de la mucosa oral, y de los músculos que forman la cavidad bucal (26, 32).

En el *sexo oral* no consentido, la víctima se ve obligada a sentir los olores y el gusto del agresor, y si quiere buscar ayuda con los ojos, no puede evitar ver al violador. Por lo tanto, desde el enfoque sexológico, este acto violento suma, a la degradación propia de una violación, una especial repercusión psicológica que la víctima no olvida (26, 32).

Los que sustentan el criterio jurídico mencionado, utilizan ciertas características del orificio bucal para clasificarla como orificio “no natural”. Se afirma que, por su capacidad de adaptación, puede prestarse para ‘colaborar’ con la forma anatómica del objeto que la penetra; y, además, por la presencia de los dientes, se puede utilizar como arma defensiva. A partir de esto se concluye, que la boca solo sería pasible de uso con fines sexuales, si mediara la voluntad del sujeto pasivo. Si bien el supuesto

es posible, no por ello es necesariamente probable. En teoría, se puede evitar cualquier forma de violación si la víctima está dispuesta a inmolarse. Pero, para muchas personas, la intimidación, la amenaza o la violencia, pueden *quebrar* psíquica y espiritualmente al agredido, al punto de convertirlo en un juguete en las manos del agresor (26, 32).

La resistencia heroica, en caso de darse, pone en evidencia que la esencia de la violación consiste en un ataque a la voluntad, porque es lo primero que intenta someter, explícita o implícitamente, el que tiene ese fin. Porque la víctima, que podría llegar a morir por evitarlo, no condicionaría la toma de una determinación de tal magnitud según el orificio por el cual pueda ser violada (26, 32).

Así como se ha querido diferenciar cada uno de los orificios nombrados con distintos significados, en el caso de un acceso carnal violento se puede señalar lo que tienen en común. Desde el punto de vista del placer erótico, comparten algunas características, si bien, con distinto grado de desarrollo. Tienen receptores mucosos sensibles, aptos para despertar el placer sexual; tienen músculos estriados voluntarios, es decir, que pueden “prestar colaboración” para adaptarse al objeto que lo accede. Así se puede tomar por ejemplo la vagina. Si está cerrada y seca, la penetración violenta no consentida puede provocar, por resistencia de la víctima y falta de lubricación, algún tipo de lesión (26, 32).

Si se considera la vía rectal, la resistencia a la penetración es posible con el cierre del esfínter anal. Pero, en ambos casos, una vez que el acceso se produce, el sujeto pasivo puede “colaborar o no”, contrayendo el músculo pubococcígeo. Tal es el grado de posibilidades que da esa región, que hay mujeres orientales, dedicadas a espectáculos pornográficos o que ejercen la prostitución, que colocan un cigarrillo en la vagina y simulan fumarlo. Para ello, contraen los músculos voluntarios de la región, y ejercen un juego de presiones sobre la vagina, dilatándola u oprimiéndola de forma tal que, moviéndose como un fuelle, “aspira” o “suelta” el humo, imitando la cavidad bucal, pero no la de un esfínter como el rectal ya que si ello fuera así la mujer podría controlar la menstruación (26, 32).

k) De manera tal que desde el punto de vista sexológico, no se observan diferencias jerárquicas anátomo-funcionales entre los distintos orificios naturales del cuerpo, aptos para la penetración de objetos con finalidad erótica. Para el victimario, los objetos utilizados para penetrar responden a sus expectativas eróticas particularizadas; por lo tanto, tampoco debería hacerse diferencias sustanciales para delimitar si existió o no violación cuando existió penetración violenta. Pero la confusión médico-legal aparece cuando la interpretación del juzgador utiliza la figura 2º del art. 119 y sostiene doctrinariamente el concepto de sometimiento sexual gravemente ultrajante para tipificar la actividad penetrativa violenta que realiza el victimario sin la intervención peneana (26, 32).

Como se observa, el legislador no ha delimitado claramente la distinción entre las figuras 2º y 3º de los delitos de abuso sexual de la nueva Ley 25.087, hecho que seguirá trayendo grandes controversias según cuál sea la interpretación de cada juzgador (26, 32).

La peritación sexológica

A manera de síntesis se concluye estas reflexiones sobre la delincuencia sexual recordando los pasos que se deben cumplir al momento de realizar una pericia sexológica (23, 41).

El modelo a utilizar en la peritación sexológica dependerá de tres elementos: *el caso, el actor y el perito*. En términos generales se debe tener en cuenta tres momentos clínicos que deben responderse como interrogantes:

- ¿Por qué? (Etiopatogenia)
- ¿Qué? (Diagnóstico)
- ¿Para qué? (Conclusiones)

De acuerdo con todo lo expuesto, el examen pericial deberá cumplir cuatro momentos:

- 1) Diagnóstico psicopatológico de la personalidad del actor y su relación con su contexto sociocultural.
- 2) Diagnóstico de la perturbación sexual.
- 3) Investigación semiológica de la conducta delictiva.
- 4) Nexo psiquiátrico-forense (41, 42, 43, 44) ■

Referencias bibliográficas

1. Achával A. Delito de Violación. Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1979.
2. Álvarez Gayou JL. Sexología Integral. México, Manual Moderno, 1986.
3. Alzate H. Sexualidad Humana. Bogotá, Temis, 1988.
4. Gilbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 4a edición. Madrid, Salvat, 1991.
5. Código Penal Comentado por Osorio y Florit. Buenos Aires, Ed. Universitaria Buenos Aires, 1999.
6. Delgado Bueno S. Psiquiatría Legal y Forense. España, Ed. Colex, 1995.
7. Freedman AM, Kaplan H, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Salvat, 1982.
8. Flores-Colombino A. Cuadernos de Sexología. Montevideo, Punto Láser, 1988.
9. Fontan Balestra C. Delitos sexuales. Buenos Aires, Arayú, 1953.
10. Gavier EA. Delitos contra la integridad Sexual. Córdoba, Marcos Lerner Editora, 1999.
11. Gusmao C. Delitos sexuales. Buenos Aires, Ed. Bibliografía, 1958.

12. Karpman B. El crimen sexual, sus motivaciones. Buenos Aires, Hormé, 1972.
13. Karpman B. El delito y los delincuentes sexuales. Buenos Aires, Hormé, 1972.
14. Kvitko LA. La violación. México, Trillas, 1988.
15. Mc Cord L. El Psicópata. Buenos Aires, Hormé, 1967.
16. Mc Cary J. Sexualidad Humana. México, Manual Moderno, 1978.
17. Moras Mom J. Los delitos de violación y corrupción. Buenos Aires, Ediar, 1971.
18. Romi JC. Delimitación Conceptual de las Perturbaciones Sexuales. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, 1980.
19. Romi JC. Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual. *Revista de Neuropsiquiatría y Salud Mental* 1982; 13 (3): 61-64.
20. Romi JC. Curva de Autoevaluación Sexológica. Su aplicación en Sexología Forense. *Alcmeon* 1992; 2 (2): 241-266.
21. Romi JC. Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales Publicado en la *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2000; 4 (1): 61-83.
22. Romi JC. Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva. *Revista de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis* 1995; 2 (2): 117-130.
23. Romi JC, Bruno A. Importancia de la semiología delictiva en la peritación psiquiátrico-forense penal. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1995; 2 (2): 82-91.
24. Romi JC. El agresor sexual y el Código Penal Argentino. *La Prensa Médica Argentina* 1995; 83 (4): 304-313.
25. Romi JC. Las parafilias: importancia médico legal. *Revista de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis* 1997; 3 (1): 96-111.
26. Romi JC. Los delitos sexuales: encuadre jurídico y algunas reflexiones médico-legales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1998; 3 (1): 54-87.
27. Romi JC. El delincuente sexual serial. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 1999; 3 (2): 115-133.
28. Romi JC. Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2000; 4 (1): 61-83.
29. 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.
30. Romi JC. La conducta sexual. Su psicopatología. Laboratorios Roche. Fascículo No 12, p. 24-40.
31. Romi JC. Experiencia psiquiátrico-sexológica en el CMF en peritaciones de adultos sobre casos de presunto abuso sexual infantil. En: Estudios y comunicaciones 2000-2001. Publicación científica del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Libro 43, Diciembre 2001. p. 111-118.
32. Romi JC, Poggi V, García Samartino L. Los delitos contra la integridad sexual. Consideraciones médico legales. En: Cuadernos de Medicina Forense. Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 1, No 1, junio 2002.
33. 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.
34. Romi JC. La conducta sexual. Su psicopatología. En: Marchant NF. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires: Ananké; 2002.
35. Romi JC. Los delitos sexuales. Factores de riesgo de índole sexual. En: Algo más sobre el daño psíquico y otros temas forenses. Publicación científica del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Libro 49, Diciembre 2002. p. 35-53.
36. Romi JC. Sexología forense. En: Patitó J, et al. Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense. Buenos Aires: Quórum; 2003. p. 911-919.
37. Romi JC. Nociones básicas sobre la conducta sexual. En: Materazzi MA, et al. Salud Mental. Enfoque transdisciplinario. Buenos Aires: Salerno; 2004. p. 89-110.
38. Romi JC. Nomenclatura de las manifestaciones sexuales. *Alcmeon* 2004; 11 (2): 101-126.
39. Romi JC. La pedofilia: reflexiones sexológicas y médico-legales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2004; 4 (4): 42-68.
40. Romi JC. Los trastornos psicosexuales y los delitos. En: Stingo N. Temas de Actualización en Psiquiatría Forense. Buenos Aires: Laboratorio Raffo; 2004. p. 147-158.
41. Romi JC. Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2005; 16 (61): 213-221.
42. Romi JC, García Samartino L. Algunas reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores. En: Cuadernos de Medicina Forense. Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Junio 2005. Año 3, No 2 y 3 (93:112).
43. Romi JC. La conducta sexual. Su psicopatología. En: Marchant NF, Monchablon A. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Buenos Aires: Guía; 2005. p. 763-776.
44. Romi JC, Casullo M, García Samartino L, Godoy RLM. La evaluación psicológica en materia forense. Buenos Aires, Ad-Hoc, 2006.
45. Romi JC. Abuso sexual. Avatares del diagnóstico. *Revista de Derecho Penal y Procesal Penal* 2006; 1744-1753.
46. Romi JC. Aportes de la sexología clínica a la psiquiatría. En: Materazzi M, et al. Interdisciplina y Psiquiatría. Libro electrónico en CD. Buenos Aires: Fundación Stern; 2006.
47. 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.
48. Romi JC. Sexología Forense. En: Patitó JA. Manual de Medicina Legal. Buenos Aires: Akadia; 2008. p. 241 a 272.
49. 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.
50. Romi JC. Sexología médico-legal. En: Segú H, et al. Conductas sexuales inadecuadas. Buenos Aires: Lunen-Humanitas; 1996. p. 253-282.
51. Segú H. Sexología Básica. Buenos Aires, Planeta, 1992.
52. Segú H, et al. Conductas sexuales inadecuadas. Buenos Aires, Lunen-Humanitas, 1996.
53. Soler S. Derecho Penal Argentino. Buenos Aires, Tea, 1963.
54. Tieghi O. Delitos Sexuales. Buenos Aires, El Ábaco, 1983.
55. Von Krafft-Ebing R. Las psicopatías sexuales. Buenos Aires, Sagitario, 1970.
56. Zaffaroni E. Manual de Derecho Penal. Buenos Aires, Ediar, 1991.

A propósito de la reforma en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20)

Luis Ohman

Coordinador del dispositivo de Salud Mental del Servicio Psiquiátrico Central de Varones
E-mail: luisohman@yahoo.com.ar

En octubre de 2006, durante el plazo fijado por la Resolución del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos N° 1097/06, una Comisión integrada por médicos psiquiatras efectuó una serie de visitas al Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) entrevistando al personal profesional encargado del diagnóstico y tratamiento de los internos, al personal a cargo de las actividades diarias, auditando historias clínicas y entrevistando a algunos de los internos allí alojados. Asimismo, se realizaron varias reuniones con el Subsecretario de Asuntos Penitenciarios y su equipo de trabajo, tendientes a establecer una evaluación del tipo de asistencia psiquiátrica que se brindaba en el Sistema Penitenciario Federal (SPF).

La situación de esta unidad previa a su modificación puede sintetizarse en los siguientes puntos:

- *La dirección del establecimiento no se encontraba a cargo de un médico especialista en psiquiatría.* No existía en el SPF un médico psiquiatra con el grado necesario para poder dirigir la Unidad.

- *La cantidad de psiquiatras (3)* no alcanzaba a cubrir las necesidades para hacer frente a la actividad de diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta la cantidad de

población con la que contaba el establecimiento (aproximadamente cien internos).

- *La unidad tenía una población no acorde con un establecimiento psiquiátrico,* debido al gran número de internos que alojaba por orden judicial que poseían trastornos relacionados con la adicción a sustancias psicoactivas. En este aspecto se destaca que no existía, ni existe en ella, un tratamiento de deshabitación a sustancias psicoactivas, dado que el SPF posee otros establecimientos específicos destinados a tal fin.

- *Las historias clínicas no se encontraban confeccionadas de una manera adecuada.* En general, se pudo verificar un registro inadecuado; las historias clínicas tenían deficiencias y no se llegaba a una construcción diagnóstica y de tratamiento que fuera operativa.

- *La forma en que estaban medicados la mayoría de los internos* no estaba relacionada con las pautas de tratamientos nacionales e internacionales.

- *Excesivo uso del método de aislamiento* para la contención de los pacientes y prevención de suicidios.

- *Se realizaban pocas actividades terapéuticas grupales.* No existía la concepción de abordaje comunitario-

Resumen

Se realiza un análisis de la situación previa del Servicio Psiquiátrico Central de Varones ("Unidad 20"), y de todas aquellas reformas que tuvieron lugar a partir de las opiniones vertidas por la comisión de psiquiatras que efectuó una serie de visitas a la unidad de internación para auditar historias clínicas y entrevistarse con algunos de los internos alojados a fin de interiorizarse acerca de las condiciones de internación en dicha unidad.

Palabras clave: Unidad psiquiátrica - Hospital psiquiátrico.

THE REFORM IN THE CENTRAL PSYCHIATRIC UNIT

Abstract

The previous situation of the Central Psychiatric Unit is described, together with all the reforms taken place after the commentaries held by the commission of psychiatrists that carried out several visits to psychiatric unit. Case histories were audited and interviews were held with in-patients.

Key words: Psychiatric unit - Psychiatric hospital.

grupales, ni planes de tratamiento para cada uno de los pacientes de forma integrada.

Mediante las Resoluciones N° 371 y N° 1004 del entonces Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación se efectivizaron reformas estructurales corrigiéndose ostensiblemente la atención en materia de salud mental dentro del sistema de asistencia sanitaria del SPF.

Por otra parte, a través de la Resolución N° 1230/06 del entonces Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se dispuso el alojamiento exclusivo en la Unidad de personas que se encontraban a disposición de los magistrados del fuero penal, puesto que con anterioridad existían personas internadas del fuero civil, lo que generaba sobrepoblación y hacinamiento en dicha unidad.

Tan es así que con la creación de la Comisión de Observación y Evaluación Psiquiátrica, que fue integrada por los profesionales que elaboraron el diagnóstico y propuesta institucional de reforma, se tomó la decisión de intervenir profundamente en la modificación del tipo y condiciones de atención de las personas privadas de su libertad con trastornos psiquiátricos.

En el *Anexo* a este documento se adosan las líneas de este proyecto, que podemos sintetizar en los siguientes:

- Autonomía del dispositivo de salud respecto del de seguridad;
- Creación de una Comisión Permanente de Evaluación y Seguimiento;
- Conformación de un Comité de Ética;
- Eliminación de las celdas individuales de tratamiento;
- Criterios de internación y de exclusión del alojamiento;
- Formación continua del recurso humano;
- Reordenamiento, centralización y ampliación de las actividades terapéuticas.

Posteriormente, y en base a las consideraciones vertidas por la Comisión creada al efecto, se reformó integralmente el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) destinando la institución al alojamiento de internos sólo con patología psiquiátrica. Este cambio comprendió una transformación estructural -mediante la eliminación de las celdas de aislamiento individual o CIT- y del modelo de tratamiento brindado -modificando cuantitativa y cualitativamente el equipo multidisciplinario de atención-.

La reforma edilicia consistió en la construcción de una Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) bajo el modelo de Cámara Gesell -sustituyendo las antiguas celdas de aislamiento- a través de la cual se efectúan en la actualidad todos los ingresos de internos pacientes para su diagnóstico preliminar con una permanencia limitada a setenta y dos horas, la construcción de tres nuevas salas para alojar casos en situación de crisis aguda y nuevos sectores de alojamiento acondicionados de forma hospitalaria.

Deben destacarse aspectos que han mejorado notablemente las condiciones de encierro y modificado la

problemática más crítica de la unidad que era la sobrepoblación. La unidad pasó de alojar un promedio de entre 140 y 160 internos a alojar un promedio de 80 a 90 internos.

La capacidad de alojamiento actual del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) es de 107 camas, siendo alojados a fecha 21 de octubre de 2008 un total de 78 pacientes.

Estas salas cuentan con condiciones adecuadas de iluminación¹ y sanitarios con una apertura que facilita el control por parte del agente terapéutico encargado de su vigilancia. Una de ellas ha sido equipada con paredes acolchadas. Debe indicarse que los pacientes allí ingresados no se encuentran desnudos ni realizan sus necesidades en frascos o botellas, prácticas de antigua data que han sido erradicadas de toda la unidad.

La Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) dispone de una capacidad para cinco personas, con instalaciones de calefacción, aire acondicionado y sanitario. Esta estructura constituye el núcleo de diagnóstico y admisión a esta unidad asistencial.

Por otra parte, se activaron líneas de diálogo con el Poder Judicial que permitieron hacer saber a los magistrados lo inconveniente que era alojar internos con cuadros psicóticos junto con internos psicópatas.

Las disposiciones judiciales dictadas en tal sentido coadyudaron en el pasado a incrementar la sobrepoblación de la unidad, incluso por sobre los estándares médicos de cantidad de pacientes por sala.

Para ello se generó la correspondiente resolución que define de manera precisa los criterios médicos de internación para el alojamiento en este centro.

En cuanto al abordaje terapéutico, se elaboraron las "Normas Mínimas para el Ingreso, Egreso y Tratamiento en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica" y se establecieron criterios de admisión al SOEP en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20).

Se separó el dispositivo de seguridad, que quedó a cargo del SPF, respecto del dispositivo de Salud que depende del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y se encuentra a cargo de médicos psiquiatras.

Además, se incorporaron profesionales para el tratamiento de los internos. De éstos, nueve son psiquiatras que cubren guardias activas -algo que nunca había ocurrido en esta unidad- y el resto se reparte entre psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y profesores de educación física.

En la tabla que a continuación se adosa puede observarse la distribución de los profesionales y auxiliares de distintas disciplinas que conforman el equipo asistencial en esta unidad asistencial (Tabla 1).

Hoy los pacientes que ingresan a la Unidad realizan actividades terapéuticas tales como manualidades, taller de marroquinería, educación física y pintura; además de la terapia grupal e individual con el equipo de profesionales.

Otras actividades que desarrollan los pacientes son dictados por los Centros de Formación de Buenos Aires,

¹ Se realizó nuevo tendido eléctrico colocando cable a tierra y llave térmica.

Tabla 1. Distribución de los profesionales y auxiliares de distintas disciplinas que conforman el equipo asistencial en la unidad

Profesionales por Especialidad	U. 20	Personal de Enfermería, técnico y auxiliar	U. 20
Cardiología	0	Enfermero	12
Cirugía	0	Enfermero Profesional	0
Clínica Médica	7	Enfermero Universitario	0
Dermatología	0	Lic. en Enfermería	0
Endocrinología	0	Prof. de Educación Física	3
Farmacia	1	Téc. en Electrocardiograma	0
Fisiatría	0	Téc. en Electroencefalograma	0
Gastroenterología	0	Técnico en Farmacia	0
Generalista	0	Técnico en Hemoterapia	0
Infectología	0	Técnico Químico	0
Instrum. quirúrgica	0	Técnico Radiólogo	0
Kinesiología (Lic. en)	0	Trabajadores Sociales	4
Nutrición (Lic. en)	0	TOTALES	19
Obstetricia (Lic. en)	0		
Odontología	1		
Oftalmología	0		
Otorrinolaringología	0		
Pediatría	0		
Psicología (Lic. en)	9		
Psiquiatría	10		
Radiología (Lic. en)	0		
Terapia intensiva	0		
Terapia Ocupacional (Lic. en)	1		
Traumatología	1		
Urología	1		
TOTALES	31		

a través del convenio firmado con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a saber: fotografía, talabartería, cerámica, literatura y musicoterapia.

Esto implica el cambio de lógica de la utilización exclusiva de medicación por un cambio cualitativo tendiente a la actividad estimulante y reflexiva.

En el período comprendido entre enero y junio de 2008 se han registrado 504 ingresos a la unidad asistencial.

Asimismo, se ha creado un "Anexo 20" al Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) en el ámbito del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza, con capacidad de 44 plazas que tiene como destino el alojamiento de internos con trastornos de personalidad severo asociados al consumo de sustancias, con objetivos ligados al tratamiento penitenciario.

En el Anexo 20 se desarrolla el Programa Terapéutico Integral Multidisciplinario (Pro.T.I.M.). El criterio de alo-

jamiento está ligado a población con trastornos graves de la personalidad asociados con el consumo de sustancias psicoactivas.

En este sentido, y en relación a los ingresantes, en la Tabla 2 puede observarse la cantidad de consultas de las distintas especialidades del área de salud durante el transcurso del período comprendido entre enero y junio de 2008:

La evolución favorable del abordaje y estructura de esta unidad asistencial fue relevada por el Ministerio Público de Defensa de la Nación², que entre sus conclusiones señaló:

1) "Se han concretado en la Unidad 20 del SPF, evidentes mejoras en lo edilicio y en el equipamiento que acompañan el cambio de concepción operado en cuanto a la función y finalidad que habrá de cumplir el establecimiento y que resultan evidentes para cualquiera que haya recorrido con asiduidad el espacio en cuestión en los últimos tres años".

² Cfr. El documento elaborado por la Defensoría General de la Nación de fecha 28/09/07. Disponible en www.mpd.gov.ar/imagenes/vquesada/informedeevoluciondelestadodelaunidad20_pdf

Tabla 2. Cantidad de consultas de las distintas especialidades

Total de consultas por especialidad	U. 20	Anexo 20
Alergia	0	0
Cardiología	0	0
Cirugía	1	0
Clínica Médica	1345	566
Dermatología	29	0
Endocrinología	0	0
Gastroenterología	0	0
Hematología	0	0
Infectología	71	0
Kinesiología	0	0
Nefrología	0	0
Neumonología	52	0
Neurología	0	0
Nutrición	0	0
Odontología	254	0
Oftalmología	43	0
Otorrinolaringología	17	0
Proctología	0	0
Psicología	3110	1109
Psiquiatría	5463	753
Reumatología	0	0
Traumatología	137	0
Urología	0	0
TOTALES	10522	2428

2) *“Se ha operado un claro pasaje en la cosmovisión del sujeto alojado en el centro. La institución que operaba como centro de detención cambia paulatinamente el paradigma que la define y se convierte en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. La finalidad de tratamiento en materia de salud mental se impone sobre la función de seguridad”.*

Por su parte, y a raíz de la profunda reforma efectuada, semana a semana esta unidad asistencial recibe la visita de funcionarios pertenecientes a la Procuración Penitenciaria, miembros de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, diputados que integran la Comisión de Salud del Congreso de la Nación, y, en fecha 21 de julio de 2008, la evaluación sobre asistencia y tratamiento en VIH/SIDA y adicciones por parte de Fabienne Hariga y Elizabeth Sáenz, expertas de la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, con sede en Viena, Austria.

Sobre esta última visita, de modo de establecer la situación en la población más vulnerable, las expertas señalaron al concluir la misión que *“El manejo de las dos unidades psiquiátricas -unidad 20 para hombres y 27 para*

mujeres- ha sido profundamente modificado y modernizado durante los últimos años. En el pasado, el único abordaje clínico era la contención. En general, al hablar de asistencia psiquiátrica en Argentina la misma está basada en viejas teorías (...) mientras que las referidas unidades psiquiátricas están bien definidas”.

Finalmente, puede señalarse que las modificaciones registradas en este ámbito se encuentran documentadas en la Memoria 2006 de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la República Argentina y en la Memoria de Gestión 2007 del Servicio Penitenciario Federal³.

Consideraciones finales sobre la situación actual del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20)

Hace ya más de dos años se deconstruyó el régimen de aislamiento celular y encierro prolongado en condiciones degradantes (a manera de ejemplo, se alojaba a los pacientes desnudos en las celdas de tratamiento individual con frascos y botellas para que orinen, dado que no poseían baño y no eran supervisados directamente por un operador terapéutico).

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

Existe una división de funciones de manera tal que el dispositivo de seguridad y la aplicación de la ley de ejecución penal dependen de la Dirección del establecimiento del SPF 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 a los pacientes psiquiátricos prisionizados. Una nueva cultura y un nuevo paradigma centrado en el sujeto que padece trastornos psiquiátricos severos, una concepción de la salud mental de carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

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

- Reducción de la Sobrepoblación.
- Destrucción de las celdas de tratamiento individual.
- Modelo de abordaje terapéutico interdisciplinario y modificación del tratamiento medicalizador de contención antiguo.
- Construcción de tres salas con sanitarios y duchas, calefacción, aire e iluminación.
- Construcción de una sala de observación y evaluación psiquiátrica para diagnóstico preliminar.
- Separación del dispositivo de seguridad del dispositivo médico.
- Creación de una Comisión de Seguimiento y Evaluación Psiquiátrica.
- Creación de criterios de admisión y exclusión al centro asistencial.

³ Disponible en www.spf.gov.ar. Informe de gestión, comparativo 2005-2007. Indicadores de Gestión, Servicio Penitenciario Federal Argentino.

- Creación de un Comité de Bioética.
- Incremento del número de psiquiatras, establecimiento de guardias activas.
- Utilización de medicación psicotrópica de tercera generación en los casos que es imprescindible la prescripción.
- Formación de equipo multidisciplinario: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, profesores de educación física, terapeutas ocupacionales, docentes, entre otros.
- Ampliación de las actividades terapéuticas.
- Formación profesional permanente mediante ateneos, seminarios, y congresos.
- Incremento de las actividades educativas y de labor-terapia.

**Anexo Complementario.
Análisis de la sobrepoblación del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20)**

En la tabla anexada puede visualizarse la diferencia entre la cantidad de alojados y la capacidad real de esta unidad (Tabla 3).

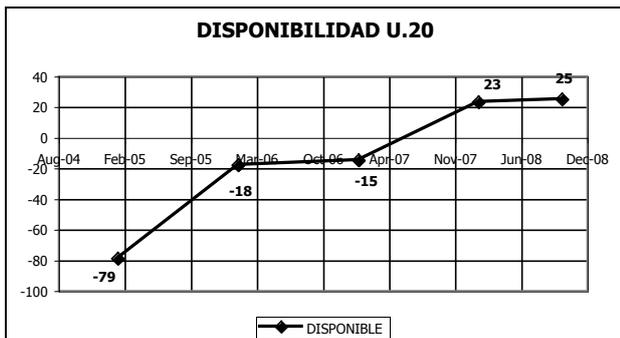
Tabla 3. Diferencia entre la cantidad de alojados y la capacidad real de la unidad

Fecha	Total Alojados	Disponible	Capacidad Real
28/01/2005	161	-79	87
27/01/2006	105	-18	87
26/01/2007	102	-15	87
25/01/2008	84	23	107
03/10/2008	82	25	107

Fuente: Síntesis Semanal de la Dirección de Judiciales de Dirección Nacional.

En la gráfica glosada se realiza el análisis de la disponibilidad de cupo de la Unidad 20 en el período comprendido entre enero de 2005 y octubre de 2008. En ella puede observarse que, en febrero de 2005, verificaba una carencia de plazas notable (Gráfico 1).

Gráfico 1. Disponibilidad de cupo de la U. 20 (período ENE/2005 - OCT/2008)



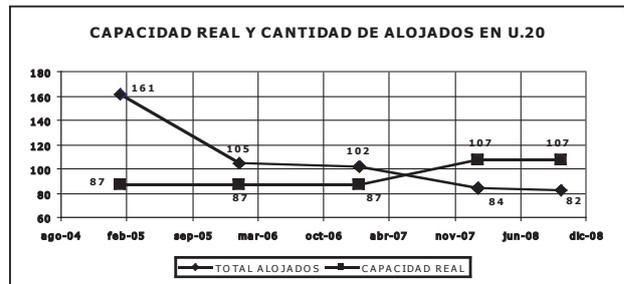
A continuación, es posible verificar las variaciones ocurridas en el gráfico que ha tomado mes a mes del mismo período. Así, puede señalarse que en noviembre de 2007 esta unidad empezaba a disponer de cupos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución de la disponibilidad de cupos de la U. 20.



Finalmente, deben observarse las variaciones producidas en la cantidad de alojados y capacidad real del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) durante el período comprendido entre enero de 2005 y octubre de 2008, destacando como fecha de equilibrio noviembre de 2007 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Capacidad real y cantidad de alojados en la U. 20.



Propuesta de modificación del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20) realizada por la comisión designada por el Ministerio de Justicia

- Autonomía del dispositivo de atención de Salud Mental y de la Dirección del Servicio Psiquiátrico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP).
- División de funciones de manera tal que el dispositivo de seguridad y la aplicación de la ley de ejecución penal dependa de la dirección del establecimiento del SPF mientras que el dispositivo de salud mental cuente con una autonomía relativa, y de soberanía absoluta en

la decisión médica.

- Creación de una Comisión permanente de Evaluación y Seguimiento.

Esta Comisión deberá realizar un plan de calidad y tendrá entre sus objetivos fundamentales:

a) Promover la concreción de objetivos mínimos semestrales de la calidad de atención.

b) Asesorar y dar soporte institucional y disciplinario a las diferentes organizaciones internas que forman parte del plan.

c) Dinamizar, consolidar y controlar las áreas de trabajo.

d) Asesorar, acompañar y sugerir las medidas concordantes con el plan a la dirección del establecimiento.

e) Formalizar un programa de perfeccionamiento de los profesionales y auxiliares del HPP, promoviendo una dinámica de relación, intercambio y consenso en el HPP entre gestores, profesionales, áreas asistenciales y áreas de seguridad.

f) Conformación de un Comité de Ética presidido por el Director Médico de la Unidad Asistencial.

El Comité de Ética estará integrado por el Director del Dispositivo Asistencial, por el Director del Penal y por tres representantes de destacadas instituciones de la sociedad civil. Actualmente se encuentra integrado por:

- Sra. Estela Carlotto (Abuelas de Plaza de Mayo)

- Dr. Fernando Arnedo (Departamento de Derecho Penal y Criminología - UBA)

- Dr. Carlos Cullen (Filósofo; Profesor Universitario; Miembro del Comité de Bioética del Hospital Italiano).

En cuanto a la atención de los pacientes que ingresaran a la unidad psiquiátrica asistencial del SPF, se sugirió:

- Eliminación progresiva de las Celdas Individuales de Tratamiento (CIT).

Estas celdas deberían tener ciertos resguardos, por lo menos:

a) Un espacio razonable (7 metros cuadrados).

b) Iluminación adecuada suficiente para leer.

c) Ventilación adecuada.

d) Sillas y bancos fijos.

e) Colchones ignífugos.

f) Mantas limpias.

g) Instalaciones sanitarias.

- Ingreso de los pacientes:

a) Se deberá realizar a través de una Unidad o Servicio de Observación, Evaluación y Diagnóstico centralizada en pacientes agudos y subagudos penitenciarios (SOEP)⁴.

b) Se deberá realizar 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 a establecerse.

c) Algunos pacientes quedarán en el HPP, otros serán inmediatamente derivados a la Unidad Penitenciaria de origen.

Programa de formación continua del recurso humano

Su función consiste en la realización de un programa de formación, perfeccionamiento y actualización de los profesionales médicos, no médicos y de los profesionales penitenciarios en todas sus áreas:

- Formación en servicio

- Grupos de reflexión

- Capacitación del personal como acompañantes terapéuticos.

Reordenamiento, centralización y ampliación de las actividades terapéuticas

Se requiere por lo menos de

- 8 horas de actividades psicoterapéuticas y comunitarias,

- 2 horas de actividades recreativas y de tiempo libre,

- 8 horas de descanso diario.

Considerando el proyecto inicial, comentado líneas mas arriba, corresponde señalar los avances que el equipo ha venido desarrollando en la U. 20.

Composición del recurso humano

El equipo cuenta con 37 personas entre profesionales médicos y no médicos, a saber:

- 9 Médicos Psiquiatras, cada uno con una carga semanal de 40 hs., de las cuales 24 hs. son de cumplimiento efectivo en la guardia.

- 9 Lic. en Psicología cada uno con una carga semanal de 30 hs.

- 4 Lic. en Trabajo Social cada uno con una carga semanal de 30 hs.

- 2 Profesores de Educación Física con una carga semanal de 16 hs.

- 12 enfermeros, cada uno con una carga semanal de 30 hs.

- 1 administrativa con una carga horaria de 40 hs. semanales.

Provisión de insumos médicos

La provisión de medicamentos es a través de la gestión administrativa de las autoridades del Servicio Penitenciario Federal de la U. 20.

Evaluación y diagnóstico de los internos que ingresan a la U. 20.

Al ingreso a la unidad 20, los pacientes son atendidos por la guardia, evaluados por el médico clínico y el médico psiquiatra, quienes luego indican su ingreso en la sala SOEP.

El equipo del SOEP está conformado por dos profesionales médicos, dos psicólogos y un trabajador social.

⁴ Conforme al CIE 10 y DSM IV.

Se desarrolla una tarea de evaluación, diagnóstico y tratamiento que permita resolver la emergencia, realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado y decidir finalmente si reúnen los criterios de internación en esta unidad. Realiza la evaluación diariamente y en distintos horarios. Asimismo son evaluados y asistidos permanentemente, en forma sistemática tres veces al día por los médicos psiquiatras de guardia y personal de enfermería.

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

Evaluación en el ingreso al Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U. 20): el SOEP

Se detallará a continuación el funcionamiento de la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) como un dispositivo cuya modalidad consiste en la atención de los pacientes derivados a la Unidad 20.

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.

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.

A continuación se detallan algunos datos estadísticos que dan cuenta de la cantidad de pacientes atendidos expresados en porcentajes y el tiempo que permanecieron alojados en la Sala de Observación y Tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4. Cantidad de pacientes atendidos y tiempo de internación

Enero - Abril 2008	
Total Pacientes	98
70 %	Entre 4 y 6 días de internación
84 %	Sin criterio de internación

Mayo 2008	
Total Pacientes	23
75 %	Entre 3 y 6 días de internación
84 %	Sin criterio de internación

Junio 2008	
Total Pacientes	26
80 %	Entre 5 y 7 días de internación
88 %	Sin criterio de internación

Estrategias de tratamiento

Las estrategias de tratamiento incluyen una primera etapa de evaluación y diagnóstico en el SOEP y luego alojamiento en sala acorde a la etapa evolutiva del paciente y al tipo de patología que cursa. Con abordaje y seguimiento psiquiátrico, psicológico individual, social, abordajes grupales, educacional y laboral.

Atención a la demanda de tratamiento a personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas

Todos los pacientes de esta unidad asistencial reciben un abordaje terapéutico integrado, atención psicológica y psiquiátrica, y su participación en las distintas actividades.

Los pacientes con trastornos de consumo asociados a otras patologías participan de estas actividades terapéuticas. No disponemos de un dispositivo específico para la atención de pacientes con trastornos adictivos, no incluidos en los criterios de internación de esta unidad asistencial.

Actividades del equipo de Psiquiatría

- Seguimiento de pacientes internados
- Externación de pacientes internados
- Control farmacológico
- Tratamiento psiquiátrico
- Recepción de pacientes que ingresan con entrevistas diagnósticas
- Reunión con psicólogos tratantes
- Comunicación con Trabajadores Sociales y juzgados
- Participación de asambleas de convivencia y terapéuticas
- Trabajo de diagnóstico y evaluación en conjunto con el Cuerpo Médico Forense

Tareas de Guardia

Las tareas de la guardia comprenden los ingresos a la Unidad 20, su alojamiento en el SOEP, la evaluación de los internados en el SOEP durante la tarde; el auxilio o intervención en caso de crisis de internos, registros en el libro de guardia de todas las intervenciones, pase de guardia y egresos.

Ingresos

A todo paciente que ingrese a la unidad se le debe confeccionar Historia Clínica (si es un re-ingreso sólo una hoja de evolución). En ésta nunca deben faltar los datos personales, el lugar de procedencia (Ej. U28, CABA, etc.), si el ingreso es por orden judicial o normativa 20, el motivo de internación, el examen psiquiátrico, el diagnóstico presuntivo y el tratamiento instaurado en ese momento de ingreso. Registrarse en el libro de ingresos.

Alojamiento en SIT y SOEP

El alojamiento en SIT (Sala Individual de Tratamiento) es una excepción, un recurso de última ratio. Sólo se utilizará para aquellos pacientes de la unidad que sufrieren una descompensación aguda con riesgo para sí y para terceros. Su estadía en ese recinto no debe ser prolongada. Sólo el tiempo de la urgencia.

El alojamiento en el SOEP es la regla para los pacientes que ingresan a la unidad. Su permanencia en este sitio no debe superar las 72 hs. Los pacientes alojados en esta instancia deben ser evaluados 2 ó 3 veces por día. Estas evaluaciones deben ser exhaustivas y con detalle semiológico de manera tal que se pueda aproximar una impresión diagnóstica. Un paciente del SOEP no puede egresar del mismo sin un diagnóstico explícito y un tratamiento supervisado.

Es tarea del médico de guardia entonces asistir a los pacientes del SIT y SOEP teniendo bien en claro su lugar de procedencia, diagnóstico y tratamiento, y posibilidad de derivación.

Se debe dejar constancia en carpeta de pacientes alojados en SIT y SOEP, el nombre del paciente, la fecha de ingreso, la modalidad de ingreso, el lugar de procedencia, el diagnóstico y si se le indicó el alta o no.

Los menores no pueden contactarse con adultos. Por esta razón su lugar de alojamiento es el anexo y nunca el SOEP.

Egresos

El médico de guardia debe estar informado de los pacientes que egresan de la institución y su lugar de derivación. Esta información se registra en el libro de egreso.

Libro de guardia

En este documento se registrará todo acto ejecutado por el médico de guardia aclarando indefectiblemente el horario del procedimiento. Debe ser firmado cuando se entrega la guardia.

Pase de guardia

El pase de guardia es uno de los pilares que sostiene la correcta labor de un dispositivo de guardia. Es por este motivo que debe efectuarse sin excepción. Éste se realizará a las 8 hs. de manera tal que el médico saliente no podrá retirarse sin previamente haber transmitido las novedades. Las novedades no son otras más que las registradas en el libro de guardia, es decir, ingresos, egresos, auxilios y alojamientos en SIT y SOEP.

Intervención en caso de crisis de los internos

Los episodios de crisis, descompensaciones o emergencias psiquiátricas de los pacientes son resueltas por el médico de guardia, el personal de enfermería y

el equipo tratante.

Es necesario señalar una vez más que la unidad cuenta con un médico psiquiatra y un médico clínico las 24 hs del día.

Los episodios clínicos que revisten algún grado de complejidad se resuelven con el SAME y la derivación al hospital de cabecera del área programática del GCBA.

Actividades del equipo de Psicología

Los objetivos alcanzados desde el inicio del proyecto por esta área son los siguientes:

- Se establecieron espacios de psicoterapia individual que junto con el psiquiatra tratante y la trabajadora social asignada constituyen el equipo terapéutico estable de cada paciente. Al instaurarse espacios estables de circulación de la palabra se comenzaron a posibilitar la elaboración simbólica de la angustia de los pacientes-internos modificándose así correlativamente el tratamiento del cuerpo por parte de los mismos: disminuyendo los episodios de cortes, auto o hetero-agresiones.

- Se alcanzó una frecuencia, modificable de acuerdo a criterios clínicos, de 2 entrevistas semanales promedio con cada paciente-interno con consignación correspondiente en la historia clínica avanzándose progresivamente en la instalación de días estables de atención y manteniendo la disponibilidad para momentos de urgencias o pedidos directos de los pacientes.

- Cabe destacar que en comparación con el inicio de nuestro trabajo se produjo una disminución progresiva de las audiencias destinadas al Área; al regularizarse la atención brindada disminuyeron las dudas de si recibirían atención más allá de sus propios pedidos acotándose las audiencias a cuestiones muy puntuales.

- Se realizan estudios psicodiagnósticos con diversas técnicas verbales y gráficas que junto con las entrevistas clínicas colaboran para la construcción del diagnóstico.

- Se realizan informes para Juzgados y otros por solicitud de diferentes entidades intervinientes.

- Se incorporaron de manera progresiva entrevistas con familiares desde el área, recabándose la historia personal y familiar del paciente y los modos de funcionamiento familiar, así como las repercusiones en la familia de su estadía en la unidad. Las intervenciones en este campo produjeron efectos también en los espacios individuales.

- Se participó activamente del espacio de Ateneos Clínicos tanto desde la presentación de casos clínicos trabajados de manera interdisciplinaria como desde el intercambio y la reflexión en dicho espacio.

- También ha comenzado a trabajarse desde el Área sobre las interacciones posibles entre los fenómenos de Arte y Locura tanto desde la incorporación en las entrevistas de elementos tales como el dibujo, la escritura (cartas, poemas, ensayos) como propiciando de acuerdo a cada caso particular la participación de los pacientes en los talleres.

- Algunos profesionales se integraron en diferentes talleres y participan regularmente de los mismos. Actual-

mente una Psicóloga se encuentra en este momento organizando la coordinación junto al Director de Educación y una Trabajadora Social de estos espacios que forman parte de la atención en Salud Mental desde la perspectiva de la rehabilitación con el objetivo de favorecer el intercambio cotidiano y especialmente la construcción de estrategias conjuntas de trabajo con cada paciente. Próximamente se inaugurará un taller de cine-debate a cargo de otro profesional del Área.

- También se comenzaron a realizar interacciones con el Área de Educación por profesionales del área de Psicología que entre otras cosas se han incorporado en la preparación de los actos escolares propiciando la participación de los pacientes en el armado de los mismos.

- Se instaló un espacio semanal de reunión de Equipo de Psicólogos, además del Espacio de la Asamblea del equipo completo, para conversar sobre los pasos alcanzados y las principales dificultades que van apareciendo en la labor cotidiana, surgiendo también de dicho espacio posibilidades de intercambio clínico, supervisión de casos y propuestas de lectura de materiales de formación específica.

- Participación rotativa en la coordinación de la Asamblea Terapéutica de Sala 3 en equipo interdisciplinario con psiquiatra y trabajador social. Se ha realizado asimismo un registro de esta actividad así como el establecimiento de diferentes líneas posibles de intervención y análisis del material obtenido. En este último tiempo se ha incorporado la participación en la coordinación de un taller de VIH y el inicio de la Asamblea terapéutica de Sala 2 dividida en dos grupos.

Actividades del equipo de Trabajo Social

Las actividades que se desarrollan para el tratamiento de los pacientes, se relacionan con su vinculación familiar, social y también en relación a la promoción y prevención de la salud.

Con relación al paciente

- Admisión de pacientes, realización de historia de vida: conformación familiar, historia educacional, laboral, sanitaria, recorrido institucional. Evaluación y apreciación diagnóstica.

- Elaboración de plan de trabajo individual para cada paciente, que involucre los ejes: personal, familiar y social.

- Inclusión en actividades en la Unidad 20.

- Atención de audiencias.

Con relación a lo vincular

Se trata de lograr fortalecer los lazos familiares y sociales de los pacientes, a través de:

- Autorización de visitas.

- Entrevistas con familiares.

- Reuniones multifamiliares.

Realización de diagnóstico situacional, ejes propuestos a través de:

- Relevamiento estadístico de pacientes conviviendo con HIV - SIDA.

a) Promoción y prevención, adherencia al tratamiento.

- Relevamiento estadístico de pacientes adictos a distintas sustancias.

a) Número de pacientes que realizaron tratamiento.

b) Número de pacientes interesados en tratamiento de desintoxicación y rehabilitación.

- Relevamiento de causas y procesos de los pacientes.

a) Informes sociales.

b) Articulación con Defensorías, Juzgados y Curadurías.

c) Articulación con Cuerpo Médico Forense.

- Relevamiento de pacientes sin DNI.

a) Articulación con SPF y RENAPER.

b) Gestión de emisión y duplicados de DNI.

c) Solicitud de DNI a otras Unidades en el caso en que el paciente permanezca en la Unidad 20.

- Relevamiento de pacientes aptos para pensión por discapacidad.

a) Gestión de pensión por discapacidad.

Actividades

- Participación en asambleas terapéuticas.

- Talleres de VIH.

- Talleres de adicciones.

- Talleres de reinserción en distintos ámbitos (Taller de Marroquinería, Taller de Arte, Taller de Fotografía, Taller de Literatura).

- Taller de Cine-Debate.

- Articulación con sector Educación del SPF.

Actividades realizadas en equipo interdisciplinario en la U. 20. Asambleas Terapéuticas

Las mismas se inician dentro de la U. 20, en el mes de Noviembre de 2007, en la Sala 3, ya que ésta es una sala común (no dividida en sectores) y se encuentran alojados en la misma aquellos pacientes/internos adultos mayores, trabajadores y aquellos con buen comportamiento dentro de la Unidad.

Desde el mes de octubre del corriente, se extiende esta propuesta a la Sala 2 de ésta Unidad, realizándose en dos equipos para los cinco sectores de la sala. Se llevan a cabo coordinadas por un profesional psiquiatra, un profesional psicólogo y un profesional trabajador social en cada equipo (tres equipos en total, uno por cada asamblea).

La finalidad de las asambleas consiste en trabajar cuestiones relacionadas con la convivencia dentro de

la unidad entre los compañeros de celda así como también con el personal profesional y el personal penitenciario, pero generando un espacio de circulación de la palabra donde la subjetividad de los participantes pueda expresarse de diferentes maneras. En esos espacios no se atienden cuestiones individuales, sino se tiende a la colectividad y el trabajo en comunidad, intentando que los mismos pacientes/internos planteen soluciones a los problemas que se van presentando.

De cada asamblea, cada equipo profesional asignado desarrolla una crónica que sirve para evaluación propia del equipo y planificación de próximas asambleas.

Talleres

Se da inicio a partir del mes de octubre de 2008 de talleres para todos los pacientes/internos de la Unidad 20, no siendo los mismos de concurrencia obligatoria.

Estos talleres son coordinados por los distintos profesionales del equipo no descartándose la intervención de profesionales invitados para el desarrollo de distintas temáticas.

En los mismos se plantea el trabajo desde los saberes previos de los pacientes/internos, intentando que los mismos no se tornen en un mero acto de depósito de información sino de articulación y transmisión horizontal del conocimiento.

Algunos de los ya planificados son:

- *Taller de VIH-SIDA*: se desarrolla los días martes; en el mismo se plantean cuestiones básicas sobre VIH, su significado, modos de contagio y prevención, desarrollo de la enfermedad, tratamientos y enfermedades oportunistas.

a) El desarrollo de este taller resultó de gran interés en los pacientes/internos que concurrieron a los encuentros realizados hasta la fecha. Se da la participación activa de todos los asistentes y se generan disparadores de temas asociados al VIH-SIDA que ayudan a la comprensión del síndrome y sus consecuencias. Se suman aspectos legales en relación a derechos, distribución de medicación, discriminación laboral y social.

Como conclusión, los pacientes solicitan más talleres relacionados con éstas y otras problemáticas.

El mismo superó las expectativas propuestas para los primeros encuentros, ya que no fue tomado como un mero espacio de distracción sino como un espacio real de transmisión e incorporación de conocimiento y como una forma de vinculación con el otro.

- *Taller de Adicciones*: se realiza un breve recorrido sobre las distintas sustancias adictivas, conceptualización de uso, abuso y adicción, daños y consecuencias, prevención y posibilidades de tratamiento. Aspectos legales.

- *Taller de Cine debate*: encuentro semanal, donde participe un miembro del equipo -trabajador social y/o psicólogo- con pacientes de cualquiera de las salas de internación y alojamiento, coordinando un debate posterior sobre las temáticas y temas disparadores que surjan del film. La película elegida deberá presentar temas afines a edad y problemáticas de los pacientes alojados en la uni-

dad. Por ejemplo, temas relativos a la familia, la soledad, el consumo de drogas, la marginalidad, temas de padres e hijos, la relación de pareja, el mundo del trabajo, etc.

Proyecto de articulación y trabajo en red en la U. 20. Conclusiones. Fundamentación y sugerencia

Después de 12 meses de trabajo en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones - Unidad 20 en el marco del Proyecto de Diagnóstico y Reforma de la misma, y luego de haber evaluado y trabajado con todos los pacientes y muchas de sus familias, es que desde el área de Trabajo Social se pudieron detectar problemáticas importantes en relación a la resocialización y readaptación de los pacientes que vuelven al medio libre, ya sea por libertades con condena cumplida, pacientes inimputables, libertades condicionales y/o asistidas.

Desde nuestro punto de vista y nuestro análisis previo consideramos que estas problemáticas fomentan en gran parte el incremento en el porcentaje de reincidencia, que está íntimamente relacionado con las pocas y/o nulas posibilidades de estos sujetos para reinsertarse laboralmente y conseguir capacitarse y/o sostener un tratamiento adecuado, lo cual les permitiría formar parte de las filas de trabajadores en el ámbito formal e incluirse en el circuito del mercado de consumo.

Esto sumado a la problemática de vivienda, que algunos pacientes que no poseen vínculos familiares sufren al momento de volver a su vida libre.

En definitiva, resulta necesario lograr articulaciones ciertas y duraderas con distintos Ministerios de la Nación y otras Instituciones Gubernamentales u ONG's con las cuales, trabajando en Red se logre incluir a aquellos ex detenidos de una manera armónica y progresiva a los cánones sociales y de resocialización actuales.

Siguiendo lo que Berger y Luckam llamaron socialización secundaria, tomando en cuenta que la misma está referida a las relaciones interpersonales y/o con las instituciones, mas allá de la socialización primaria que se lleva a cabo en el hogar y/o ámbito familiar primario durante los primeros años de la vida: entonces es aquí donde considero debemos actuar en pos de otorgar las herramientas necesarias para que los ex pacientes/internos logren esta socialización, y otorgando contención y el seguimiento adecuado, con lo que consideramos se reducirían en gran medida los índices de reincidencia actuales.

Esta propuesta de articulación y trabajo en red surge a partir de estudiar en casos concretos, la necesidad y la voluntad de inclusión y modificación de su calidad de vida previa a la detención, pudiendo continuar con el trabajo que desde el área de Trabajo Social nos proponemos en relación a la reinserción social y la revinculación familiar necesarias como principio básico para una calidad de vida digna y con posibilidades de "elección" del armado de su futuro.

Lo que ocurre es todo lo contrario, los pacientes al salir de la Unidad y luego de haber trabajado durante meses la posibilidad de elección y evidenciar que existen otras alternativas para continuar sus vidas, se enfrentan a la

exclusión, la marginación, la discriminación y el desamparo que los lleva inevitablemente, en la mayoría de los casos a retomar el camino de la delincuencia, de la mano ó no del consumo de sustancias.

Es por esto que proponemos se logre articular formalmente con el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, Patronato de Liberados, Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires y otras instituciones que resulten convenientes para este fin.

Programas actualmente en vigencia

Existen antecedentes en el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires de la existencia de un programa de reinserción laboral "*Segunda oportunidad*", que permite y habilita becas para ex detenidos de *penales bonaerenses* (la U. 20 es un penal federal) que consisten en inclusión en Empresas Privadas por medio de becas a estos sujetos para que logren capacitarse y comenzar a transitar por el camino del empleo formal, con todo lo que el trabajo como gran ordenador y propulsor de inclusión trae aparejado.

Otro programa social en vigencia baja desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, "*Plan Familias*", que incluye entre otros beneficiarios a *mujeres, ex detenidas* cabezas de hogar, otorgando un beneficio económico fijo con contraprestación en relación al cumplimiento del control de salud y escolaridad de sus hijos.

No hemos podido verificar la existencia de planes, proyectos y/o programas que se adecuen a las problemáticas de ex pacientes de una Unidad Penitenciaria como la Unidad 20 para favorecer de algún modo la reinserción de estos pacientes.

Sí es cierta la existencia de subsidios mínimos otorgada por el Patronato de Liberados, los cuales son otorgados sin equidad y de manera casi aleatoria.

Algunos casos individuales

- *Paciente MP*: se trata de un paciente que fue detenido por disturbios en la vía pública y desacato a la autoridad y posteriormente fue sobreseído y puesto en libertad. Al día de hoy y después de aproximadamente 1 mes de encontrarse en esta situación, realizando búsquedas constantes de trabajo, sólo ha logrado incorporarse como vendedor en la panadería del Hospital Borda. Esto genera, lo expresa en encuentros que se sostienen con el paciente, alto grado de decepción y frustración, lo cual sin un pronto sostén para su situación llevara a MP a la vuelta a la delincuencia y el no sostenimiento de su tratamiento ambulatorio en centro de adicciones. ¿Cuánto tiempo más permanecerá MP en libertad?

- *Paciente VE*: se trata de un paciente cuya familia vive en la provincia del Chaco y no posee medios económicos que favorezcan el viaje de VE a esa provincia. Salió en Libertad de la U. 20 y sólo sostuvo 3 días en la calle volviendo a delinquir y regresando a esta Unidad. Actualmente fue considerado inimputable y se encuentra internado en el Hospital Borda. ¿Qué pasará con VE cuando

obtenga su alta médica y regrese al medio libre?

- *Paciente MO*: considerado inimputable, actualmente se encuentra internado en el Hospital Borda a la espera de su alta médica. Es soltero, sostiene el vínculo con una de sus hermanas, quien no puede acogerlo en su domicilio; es adicto y está dispuesto a realizar tratamiento de desintoxicación y recuperación. Actualmente, en encuentros sostenidos, sólo plantea la frustración y la decepción al pensar en su vida luego de la internación. ¿Debería MO permanecer institucionalizado toda su vida, ante la falta de un recurso laboral y económico cierto?

- *Paciente RA*: reingresó recientemente a la Unidad, luego de haber obtenido su libertad asistida en el mes de febrero de 2008. Durante entrevista sostenidas a su reingreso, comentó que fue detenido pocos días después de haber obtenido su libertad, en un nuevo acto delictivo. "Lo hice porque no conseguía trabajo, y esto es lo único que sé hacer...".

Es válido aclarar en éste punto que estos pacientes, como muchos otros aún detenidos y a punto de obtener su libertad, son pacientes con capacidades y posibilidades de insertarse perfectamente en diversos ámbitos laborales.

Es justamente pensando en este tipo de sujetos, con los que se hizo un trabajo previo interdisciplinario durante su alojamiento en la Unidad 20, íntimamente relacionado con el empoderamiento y la proyección en pos de la reinserción; es válido que tengan el derecho de la libre elección (lo que lleva aparejada la "*posibilidad*"), se propone trabajar en un dispositivo de post detención y seguimiento de casos, para que no sea nulo el trabajo realizado diariamente con los pacientes y sus familias en pos de mejorar la calidad de vida y convertirlos en sujetos plenos de derecho.

También se propone dentro de esta articulación el seguimiento y acompañamiento de los casos de aquellos pacientes que requieran atención psiquiátrica, psicológica y/o social, y que por diferentes motivos no puedan contar con ellas luego de su externación y la reinserción en medio libre.

Teniendo en cuenta que no todos ellos logran durante el período de alojamiento en la Unidad 20 terminar la gestión de pensiones por discapacidad, obtención del ejemplar de DNI, etc., es que otra propuesta clara tiene que ver con el otorgamiento claro y concreto de los recursos y herramientas para estas gestiones; ya que las mismas tienen que ver claramente con la identidad y la posibilidad de un trabajo formal y con el derecho a la asistencia del Estado en el caso de las pensiones por discapacidad.

Este dispositivo puede estar formado o no por los mismos profesionales que hoy forman parte del Proyecto de Reforma y Tratamiento de la U. 20, aunque sin perder de vista el Trabajo en Red, fundamental para lograr un trabajo serio articulado y multidisciplinario y el invaluable apoyo de todos aquellos organismos estatales y privados que se sumaran a este emprendimiento en pos de la real reinserción de paciente ex detenidos, favoreciendo su calidad de vida, las de sus familias y en última instancia la de la población en general si se tiene en cuenta que podría contribuir a disminuir los índices de reincidencia y con esto directamente la disminución probable de los índices de inseguridad actuales ■

Neurociencias y derecho penal: nuevas perspectivas para viejos problemas

Ezequiel N. Mercurio

*Médico especialista en Medicina Legal
Asesor médico del Ministerio Público; Defensoría General de la Nación
Becario de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires
E-mail: ezequielmercurio@gmail.com*

Introducción

El incesante avance de las neurociencias que se viene produciendo en las últimas décadas, impacta sobre la neuropsiquiatría en general transformando conocimientos, corrigiendo por completo parámetros tenidos hasta el momento como sólidos e inmutables. Eric Kandel, ganador del premio nobel en medicina del año 2000, señala que es probable que el conocimiento del cerebro sea en el siglo XXI lo que el estudio de los genes ha sido en el siglo XX.

Kandel, señala que “la tarea de las neurociencias es aportar explicaciones de la conducta en términos de actividades cerebrales, explicar cómo actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y cómo, a su vez, estas células están influidas por el medio ambiente, incluyendo la conducta de otros individuos” (41).

En tal sentido, el estudio sobre las bases biológicas de

la violencia humana no escapa al interés de las investigaciones actuales en neurociencias.

Los primeros estudios sobre la agresión en animales y humanos fueron realizados por Karl Lorenz, quien señaló la importancia de esta conducta desde el punto de vista evolutivo, a favor de la supervivencia de la especie (44).

Así, desde el punto de vista neurobiológico y evolutivo, la agresión forma parte del repertorio de conductas esenciales para la supervivencia, como parte de nuestros instintos y muy relacionada con las emociones básicas de ira y cólera.

La sociedad busca regular y eliminar el uso de la violencia, sancionando cuando considera que esta conducta es ilegítima, injustificada y no adaptativa.

En los últimos años, el estudio sobre el cerebro ha despertado gran interés, la década de 1990 fue declarada por el presidente George H. W. Bush como “La Década

Resumen

El incesante avance de las neurociencias actuales ha comenzado a impactar en diferentes disciplinas; sin dudas una de las más influenciadas es el derecho. Así, las nuevas investigaciones echan un manto de lucidez sobre qué regiones son las encargadas de controlar y valorar nuestras conductas y cuáles podrían ser las consecuencias de la disfunción en dichas regiones. En consecuencia, el derecho penal comienza a interrogarse sobre la responsabilidad criminal en sujetos con lesiones o disfunciones cerebrales. Así, el objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de las neurociencias actuales con relación a la imputabilidad.

Palabras clave: Neurociencias - Derecho penal - Inimputabilidad - Lóbulo frontal - Violencia.

NEUROSCIENCE AND CRIMINAL LAW: NEW PERSPECTIVES FOR OLD PROBLEMS

Abstract

The advance of neuroscience has begun to affect different disciplines, one of the most influenced is the criminal law. The new researches add light on what region are in charge of the control and value of our behaviour and which might be the consequences of the dysfunction in these regions. Therefore, the criminal law begin to ask about criminal responsibility in subjects with brain injuries or dysfunction. The aim of this paper is to analyze the impact of the current neuroscience in criminal responsibility.

Key words: Neuroscience - Law - Responsibility - Frontal lobe - Violence.

del Cerebro" (56). En esta línea, los neurocientíficos han comenzado a investigar sobre algunos comportamientos esenciales de la condición humana como la empatía, el libre albedrío, las decisiones morales, y las bases biológicas de la violencia.

Así, se han dedicado a investigar las funciones más complejas de la cognición humana, como la memoria, la atención, el lenguaje, y el control ejecutivo. Los nuevos descubrimientos sobre cómo se relacionan nuestras emociones con la toma de decisiones, qué regiones se encuentran encargadas de planificar las conductas, cómo madura y se desarrolla el cerebro han revolucionado otras áreas más allá de las neurociencias como la filosofía, la economía, el marketing, y la educación.

Estos descubrimientos echan un manto de lucidez sobre qué regiones son las encargadas de controlar y valorar nuestras conductas y cuáles podrían ser las consecuencias de la disfunción en dichas regiones. Así, un mayor conocimiento de la anatomía y fisiología cerebral permite comprender los mecanismos subyacentes de las enfermedades mentales, sobre todo en lo que a las emociones y funciones cognitivas se refiere.

Estos nuevos avances y descubrimientos comienzan a impactar en el sistema legal sobre todo en temáticas como la culpabilidad penal, la capacidad para estar en juicio, y los modernos detectores de mentiras (10, 22, 60).

Hasta hace poco tiempo el estudio del cerebro sólo podía realizarse post mortem, y a través de inferencias indirectas, por ejemplo la medición de metabolitos periféricos relacionados con la función cerebral. Así, un tumor cerebral sólo podía diagnosticarse en un quirófano y luego de que este produjera signos clínicos neurológicos, como por ejemplo un trastorno en los movimientos.

En la actualidad la evolución de las técnicas de neuroimagen permite estudiar el cerebro a través de estudios no invasivos y hace posible que se visualicen cosas que antiguamente no podían verse. Las modernas técnicas de imagen cerebral, la Resonancia Magnética (RM), la Resonancia Magnética Funcional (fMRI de sus siglas en inglés), la Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), permiten evaluar y medir funciones y disfunciones del cerebro en personas sanas y en aquellas que padecen una enfermedad mental (6).

Esta evolución ha permitido, desde el punto de vista clínico, diagnosticar enfermedades neurológicas más precozmente y así poder realizar tratamientos más eficaces, empero para el derecho penal estos estudios de neuroimagen han comenzado a acarrear no pocos problemas al momento de analizar la responsabilidad criminal. En tal sentido, algunos autores señalan que la investigación de las bases biológicas de la violencia humana permite que los delincuentes eludan su responsabilidad, reduce el libre albedrío, y por ende una de las condiciones esenciales del ser humano (52).

En consecuencia el objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de las neurociencias actuales en el ámbito del derecho penal, específicamente con

relación a la imputabilidad.

Comportamiento antisocial y lóbulo frontal

El inicio del estudio del lóbulo frontal y su relación con la personalidad se lo debemos al trágico accidente de Phineas Gage descrito por su médico, el Dr. Harlow, hace más de un siglo y medio. Durante mucho tiempo se creía que el lóbulo frontal carecía de funciones específicas, ya que las lesiones en dicha región no producían alteraciones en el lenguaje o en los movimientos. Sin embargo, luego del accidente de Gage el estudio del lóbulo frontal cambió para siempre.

El 13 septiembre de 1848, Phineas Gage se encontraba realizando su trabajo, que consistía en introducir una carga de dinamita en una roca con la ayuda de una barra de metal. Luego de un momento de distracción y por accidente, la carga explotó e hizo que la barra con la que estaba trabajando –de 3 cm de ancho, 109 de largo y de 5 kilos y medio- le atravesara la mejilla izquierda, el cerebro y llegara hasta la parte superior de su cabeza, saliendo despedida a más de treinta metros de distancia.

Gage sobrevivió al accidente y minutos más tarde se encontraba consciente y con capacidad para contestar a todas las preguntas que se le realizaban. Gage recuperó completamente algunas de sus funciones cerebrales superiores, su lenguaje, su inteligencia y su memoria quedaron intactas.

Antes de la lesión, Gage era un hombre responsable, inteligente, serio, trabajador y socialmente adaptado. Sin embargo, luego del accidente, su médico, John Harlow, comenzó a notar cambios en su personalidad. Se tornó infantil, irreflexivo e irresponsable con respecto a los demás. Sus acciones eran caprichosas e impulsivas; en palabras de sus amigos "*Gage was no longer Gage*" (41).

Phineas Gage falleció en 1861 como consecuencia de un estado de mal epiléptico, trece años después del accidente y no se le realizó autopsia alguna. Sin embargo, el cráneo fue conservado en el Warren Anatomical Museum de la Universidad de Harvard. Esto permitió que Hanna y Antonio Damasio y luego Ratiu y colaboradores reconstruyeran las áreas lesionadas durante el accidente de Gage. Dichas investigaciones revelaron que la lesión había afectado la corteza prefrontal de Gage (19, 59, 66).

David Ferrier se interesó por el caso de Phineas Gage y concluyó que la lesión había perdonado los centros motores y del lenguaje. Empero los notables cambios en la personalidad de Gage se debían a que dicha lesión había generado una *degradación mental* (18).

En 1888, la investigadora suiza, Leonora Welt publica su tesis, en la que realiza un análisis de 12 casos entre los cuales se encontraba el caso de Phineas Gage y otros casos analizados por Ferrier, donde correlaciona las lesiones de la corteza órbito-frontal y los cambios de conducta. Dicha tesis es analizada en un excelente trabajo por la Dra. Benítez (11).

El trabajo de Welt se basaba en la observación de sujetos con "un particular trastorno del carácter unido a una amplia y grave lesión del lóbulo frontal". Welt, citada por Benítez, concluye: "así llegamos a la conclusión



de que las alteraciones del carácter en el lóbulo frontal no se producían por fenómenos de déficit como consecuencia de determinada muerte de grupos celulares, sino que estos se producían por determinada alteración del tejido viviente” (11).

Welt relaciona, a través de las observaciones realizadas, que las lesiones en la superficie orbitaria de la corteza frontal llevaban a un cambio en el carácter y en el comportamiento social –caracterizado por la hiperactividad, extroversión y deterioro de los estándares morales–.

Moritz Jastrowitz describió en 1888 una extraña agitación alegre –desinhibición–, en presencia de chistes insulsos, puerilidad, así como un comportamiento sexual inapropiado en varios pacientes que presentaban tumores del lóbulo frontal. Así, Jastrowitz acuñó el término de *moria* para describir la tendencia de éstos pacientes, con tumores del lóbulo frontal, para tomar todo en tono festivo y gracioso (40). El término *moria* sería el equivalente de *Witzelsucht* (54) que utilizó Oppenheim (1890) –luego de estudiar pacientes afectados por tumores del lóbulo frontal– para denominar estos síntomas –tendencia a tomarse todo en burla–.

Kleist publica en 1931 su 6^a comunicación titulada: “*Los trastornos del funcionalismo del yo y su localización en el encéfalo, el rinencéfalo y el diencéfalo*”, en donde retoma las teorías elaboradas por Welt y señala la relación entre la conducta ética y las lesiones orbitarias (11).

En dicha comunicación, el prestigioso autor alemán realiza una clasificación estrictamente macroanatómica del lóbulo frontal donde diferencia tres áreas: *el lóbulo frontal en sentido estricto, el cerebro orbitario y la región olfatoria*. Para Kleist, el yo se hallaba constituido por varios niveles, en donde el rango superior del yo estaba comprendido por el carácter, las propiedades personales del yo esencial (yo personal). En este extremo superior también se encontraba –según Kleist– aquello en lo que se apoya la conducta humana, los sentimientos morales alojados en el yo social. El yo metafísico, religioso, universal, –la inscripción consciente del yo en el ámbito universal– también se encontraba en el ápice de esta

pirámide (11).

Kleist consideraba que las prestaciones funcionales del yo se encuentran en el cerebro orbitario, así como también en las circunvoluciones del cuerpo calloso y la retrosplenial. Así, comenta que las lesiones en el cerebro orbitario se exteriorizaban en cambios conductuales con graves defectos en los sentimientos morales –robos, hurtos, situaciones de mendicidad–. A éstos se le sumaban trastornos en la esfera pragmática como impulsividad, dificultades para adaptarse a situaciones de subordinación que se expresaban en rebeldía y provocación. Por ello, Kleist pensaba y así lo sostenía, que los psicópatas antisociales debían ser sujetos con defectos en el cerebro orbitario.

Kleist citado por Spatz señala que “del lóbulo orbitario y sus fascículos de unión dependen probablemente también la vivencia propia de la voluntad como asimismo los recuerdos personales y talentos. Esto es la unidad de la personalidad y la libertad, o sea, la propia determinación de la voluntad”.

En nuestro medio algo similar señala Goldar cuando afirma “que el ‘loco moral’, tiene conocimiento del peligro, pero no posee vivencia del peligro. Aunque sabe que sus acciones se alejan de las normas morales y generan reacciones comunitarias, no puede inhibirlas. Su conducta antisocial traduce, entonces, una alteración del yo. La temeridad del psicópata antisocial es pura estrategia praxica, pues está herido en los mecanismos del yo que normalmente fundamentan la estrategia pragmática... hoy, más que antes, debe uno suponer con Kleist que el psicópata antisocial es un enfermo orbitario, más precisamente una víctima de una malformación orbitaria” (30).

2.1. El rol de la corteza prefrontal en la conducta social

El lóbulo frontal se encuentra relacionado con las funciones cognitivas más complejas, como planificación de acciones futuras, y aquellas que nos transforman en



seres intelectuales, racionales y nos permiten realizar juicios morales. Es por ello que la corteza prefrontal es la región cerebral más desarrollada, si se la compara con otros primates (63), y la más moderna filogenéticamente (46, 58, 62).

Así las diferentes regiones de la corteza prefrontal han sido asociadas con distintas conductas pro-sociales:

- La corteza cingulada anterior se ha relacionado con la empatía (4, 28, 64)
- La corteza orbitaria con el remordimiento (16, 17)
- La corteza prefrontal ventromedial con las decisiones morales (34, 38, 47, 50, 51)
- La corteza prefrontal ventrolateral con la inhibición de la conducta (1, 55, 61)
- La corteza prefrontal dorsolateral con la toma de decisiones (9, 45)

En las últimas décadas, diversos estudios han señalado la relación entre las lesiones de la corteza prefrontal y los trastornos en el comportamiento, apoyando las descripciones realizadas por el Dr. Harlow hace más de un siglo y medio (20, 23, 49). Así, los pacientes con lesiones prefrontales presentan graves alteraciones en la toma de decisiones, dificultades para llevar adelante una vida socialmente adaptada (66) y falta de interés sobre su presente y futuro (37). Estos pacientes tienen un conocimiento fáctico de las reglas sociales y morales, sin embargo no logran utilizar ese conocimiento teórico para inhibir aquellas acciones que pueden resultarles perjudiciales, su conducta se torna irresponsable. Este comportamiento se acompaña de euforia, falta de afectividad, de empatía (33) y con dificultades para el reconocimiento y expresión de las emociones (39). Suelen tener baja tolerancia a la frustración, motivo por el cual reaccionan impulsivamente con altos niveles de agresión ante situaciones de estrés, pequeñas frustraciones o provocaciones. Esta agresión se presenta, en la mayoría de los casos, contra objetos más que contra personas. Estos graves trastornos afectivos y del comportamiento, cursan sin alteraciones motoras, sensitivas ni cognitivas

(48). Asimismo, estas graves alteraciones se presentan no sólo cuando las lesiones prefrontales se producen en la vida adulta, sino también en la niñez (5, 57).

Las investigaciones realizadas por Davidson y col. (21), sugieren que los individuos que presentan alteraciones en los circuitos relacionados con el procesamiento de las emociones presentan mayor tendencia a las conductas violentas y agresivas. En este artículo los autores postulan cuatro áreas encargadas de la regulación de las emociones: a) la corteza orbital prefrontal, b) la corteza prefrontal dorsolateral, c) la amígdala, d) la corteza cingulada anterior. Así afirman que estas estructuras se interconectan y que cada una juega un papel primordial en la regulación de las emociones y, en consecuencia, una alteración en uno o más de estos circuitos se asocia a una falla en dicha regulación, lo que traería aparejado una mayor tendencia a las conductas violentas impulsivas no premeditadas. En consecuencia señalan que las lesiones en la corteza órbita frontal y las zonas prefrontales adyacentes producen el síndrome caracterizado por impulsividad y agresión.

Estudios realizados en pacientes neurológicos con lesiones en la sustancia gris y blanca de la corteza prefrontal demostraron que la personalidad de los sujetos analizados mostraba una gran similitud con la personalidad psicopática. Fueron Blumer y Benson quienes en 1975 acuñaron el nombre *pseudopsicopatía* para describir a aquellos sujetos que padecían el síndrome órbita-frontal descrito, basados en la similitudes que estos pacientes presentan con la psicopatía (13). Por su parte Eslinger y Damasio, introdujeron el término "*sociopatía adquirida*" a partir del caso de E.V.R, un paciente quien presentaba una lesión órbita-frontal, como consecuencia de una cirugía por un meningioma en dicha región y que presentó cambios emocionales y conductuales (23).

En el orden neuropsicológico, la disminución de la actividad prefrontal se relaciona con la pérdida de la inhibición de centros filogenéticamente más antiguos –como la amígdala– en donde se originarían las conductas agresivas. En el orden neurocomportamental las

lesiones en la corteza prefrontal se expresan mediante conductas arriesgadas, irresponsables, con transgresión de las normas, con ataques emocionales y agresivos, que pueden predisponer a actos violentos. En el orden de la personalidad, como se ha comentado en párrafos superiores, las lesiones del lóbulo frontal se asocian a actos impulsivos, puerilidad, incapacidad para adecuar sus conductas. Asimismo, en el plano social y cognitivo, las alteraciones frontales se relacionan con incapacidad para desarrollar estrategias para resolver conflictos en los que no este involucrada la violencia, así como también fracasos escolares, económicos y una incapacidad para llevar a cabo planes previamente elaborados.

3. Teoría de la mente y el comportamiento social

Para que nuestras decisiones en el entorno social sean adaptadas se requiere de la habilidad para comprender y proyectar las intenciones y emociones de los otros. Así, cuando interactuamos con otros intentamos predecir su conducta a partir de proyectar el contenido de sus mentes. Esta capacidad se denomina *Teoría de la mente* y se encuentra íntimamente relacionada con determinadas regiones cerebrales como la corteza medial prefrontal, corteza paracingulada, la corteza temporal superior, y el polo temporal (27). Es decir, la teoría de la mente requiere realizar inferencia sobre el estado mental de los otros en una situación social. Las regiones cerebrales relacionadas con la teoría de la mente son similares y se superponen a la empatía, sin embargo, esta última requiere de la activación e indemnidad de regiones relacionadas con el procesamiento emocional (68). Así, las situaciones vergonzosas producen una mayor activación corteza temporal, los hipocampos si se las compara con la activación de situaciones de tipo culposa. En ambos, tanto las situaciones que representan situaciones de vergüenza y culpa, activan la corteza prefrontal medial, la región temporal y la corteza visual. Estas regiones se encuentran íntimamente relacionadas con la *Teoría de la Mente* (67). Asimismo, las investigaciones revelan que las expresiones faciales de emociones negativas como tristeza e ira, se procesan en circuitos cerebrales diferentes pero íntimamente relacionados. Así, los rostros que expresan tristeza se asocian a un aumento de la actividad de la amígdala izquierda y del polo temporal derecho. En tanto, que las expresiones faciales de ira intensa, muestran un aumento de la actividad en la corteza cingulada anterior y órbito-frontal (12). En esta línea, la amígdala tiene un rol crítico en el reconocimiento de las emociones en los otros, sobre todo si se trata de situaciones sociales potencialmente amenazantes (36). En esta línea se han reportado casos de pacientes con daños en ambas amígdalas que presentaban alteraciones en el reconocimiento de los rostros que expresan miedo (2, 3).

4. La inimputabilidad por razones psiquiátricas

En primer lugar debe destacarse que el concepto de imputabilidad nace del ámbito del derecho y cuya finalidad es la de satisfacer necesidades estrictamente jurídi-

cas. Sin embargo, es en este punto donde la psiquiatría, como rama de la medicina, y el derecho tienen su punto de intersección. En otras palabras se trata de un concepto exclusivamente jurídico que requiere de la participación auxiliar de la psiquiatría.

El derecho penal considera el delito como “una acción típica, antijurídica y culpable”. Por lo tanto, una acción criminalizada es una acción ejecutada por un ser humano, que debe estar prevista, descripta exactamente (tipificada) por la norma penal, contraria al orden jurídico (antijurídica) y replicada, por ese ordenamiento, con una sanción, la pena (punible) (31).

Asimismo esa acción debe ser considerada *culpable*, es decir debe poder serle reprochada a su autor. Si no es posible atribuirle esa acción a su autor no existe el delito (*nullum crimen sine culpa*).

En esta línea, la culpabilidad permite relacionar el delito con el autor en forma personalizada.

Así, para que un delito sea considerado como tal se requiere que al momento del hecho el autor haya tenido un cierto margen de libertad para decidir. En tal sentido, la culpabilidad se encuentra íntimamente relacionada con el libre albedrío al cual se encuentra subsumido.

Existen algunos supuestos en los que el ámbito de autodeterminación se encuentra reducido o anulado, motivo por el cual el sujeto deja de ser plausible de reproche penal. Tal es el caso de los supuestos previstos en el inc. 1º del art. 34 del Código Penal Argentino (C.P.A.) (7), en particular resulta de interés para el presente trabajo la incapacidad para comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones. En el primer caso no le es posible al agente reconocer la antijuricidad del acto que realiza, en tanto que en el segundo no le es posible adecuar su conducta acorde a dicha comprensión.

No existe en el Código Penal Argentino, una definición positiva de qué se entiende por imputabilidad, sino que se limita a enumerar quienes no son punibles.

En materia de inimputabilidad el legislador argentino optó al igual que la mayor parte de los códigos y la jurisprudencia del mundo occidental, por una fórmula mixta y no por una fórmula psiquiátrica pura o psicológica pura.

Este método mixto de análisis de la inimputabilidad se encuentra integrado, por un lado por las llamadas causas biológicas o psiquiátricas –insuficiencia de las facultades, alteración morbosa y estado de inconsciencia– y por el otro por las consecuencias psicológicas: incapacidad para comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. Sin embargo, la inimputabilidad no se agota con la verificación de las causales psiquiátricas y sus consecuencias psicológicas, ya que como señala Frías Caballero se trata de un concepto de índole “cultural, jurídico valorativo, que no se constriñe sólo a lo psiquiátrico y psicológico” (26).

Si la inimputabilidad se limitara tan sólo a la verificación del estado psiquiátrico de un sujeto, el juzgador quedaría supeditado al informe médico para determinar la imputabilidad del mismo. Sin embargo, la determinación de este complejo artículo requiere por parte del juez una postura activa, que no debe ceñirse a lo puramente

biológico.

En consecuencia, la fórmula de inimputabilidad es una fórmula mixta, psiquiátrico-psicológica-valorativa.

Vicente Cabello señala que la nomenclatura utilizada por el legislador en el art. 34 inc. 1 al mencionar las causas psiquiátricas de inimputabilidad no puede bajo ningún punto de vista ser interpretada en forma restrictiva, teniendo en cuenta que el código no acude a entidades nosológicas ni cuadros clínicos determinados. Ello sucede con la insuficiencia de las facultades, la cual hace referencia a todas las formas de oligofrenias –tanto idiocia, imbecilidad y a la debilidad mental-, el descartar alguna de ellas corre por cuenta del que interpreta el texto (15). Asimismo, el término alteración morbosa, no debe interpretarse en forma restrictiva, excluyendo a *priori* determinadas enfermedades mentales, ya que el propio término morbo –de *morbosus*: enfermedad- incluye a todas las enfermedades.

El Código de fondo de español actual zanja esta discusión terminológica, ya que hace referencia a *cualquier anomalía o alteración psíquica*, dejando por fuera las discusiones sobre qué se entiende por alteración morbosa de las facultades y si estas sólo se refieren a alienación mental o psicosis. Así, el Código Penal español, modificado en 1995, dejó de lado el término *enajenación* y optó, como se ha señalado en párrafos previos, por referencias amplias y genéricas, aceptando, así, que cualquier anomalía o circunstancia que modifique el psiquismo es susceptible de incidir sobre la imputabilidad (31).

El concepto de imputabilidad es complejo y ha sido objeto de disímiles interpretaciones, que según algunos autores han llevado a distorsionarlo. En esta línea se encuentran aquellas consideraciones realizadas por Frías Caballero hace más de veinticinco años, cuando señalaba con extrema claridad, que si bien nuestro código ha optado por una fórmula mixta de inimputabilidad, la misma ha sido interpretada desde los inicios del vigente artículo como si fuera exclusivamente psiquiátrica.

No basta que un sujeto padezca una enfermedad mental para excluirlo de la imputabilidad, sino que dicha patología debe producirle, en el momento del hecho, los llamados efectos psicológicos de la fórmula, es decir, impedirle la capacidad de comprensión de la criminalidad o de dirección de sus actos. En consecuencia, no es la enfermedad *per se* la que lleva sin reparos a la inimputabilidad, sino los efectos en la capacidad de comprensión que esta puede producir.

Así, es posible que existan casos en que a pesar de que un sujeto posee una patología mental –que puede incluirse dentro de los parámetros psiquiátricos de la fórmula- ésta no le haya alterado su capacidad de comprensión en el momento del hecho.

5. La comprensión de la criminalidad del acto en el inc. 1 del art. 34 del Código Penal Argentino

Uno de los puntos más complejos de la fórmula mixta de imputabilidad, radica en que la misma requiere del sujeto capacidad para captar y aprehender el valor –capacidad de valorar-.

En tal sentido, la precisión de las palabras utilizadas por el legislador no puede ser mayor; en nuestro país se ha optado por la comprensión de la criminalidad del acto y la dirección de la conducta conforme a dicha comprensión. Esta comprensión de la criminalidad del acto se refiere a la aptitud para captar un valor ético.

La criminalidad de un acto es una calidad disvaliosa, una connotación del hecho externo que proviene del mundo del valor –ético-social- (26). En esta línea, la aprehensión se realiza mediante un acto superior del espíritu consistente en una intuición emocional, en palabras de Frías Caballero, y no aquel conocimiento al cual se accede a través de la razón, ya que no se trata de un conocimiento puramente intelectual.

En otras palabras, la comprensión de la criminalidad del acto a la que se refiere el código de fondo argentino, presupone la internalización o introyección de un valor, y no el mero conocimiento teórico de la diferencia entre lo justo y lo injusto, lo bueno y lo malo. Se requiere algo más que lucidez perceptiva, se requiere capacidad valorativa para internalizar, introyectar, en definitiva para comprender. En tal sentido, comprender un valor significa incorporarlo, cogerlo, agarrarlo (26). No sucede lo mismo en el art. 85 del Código Penal italiano, en donde se hace referencia a la “capacidad de conocer y querer” (8).

Sin embargo, existen no pocas confusiones cuando se aborda qué se entiende por comprensión de la criminalidad y si esta es sinónimo de conocimiento teórico intelectual de lo injusto. A modo de ejemplo Gisbert Calabuig señala que “la inteligencia y la voluntad son, pues, las bases psicológicas de la imputabilidad penal” (28).

Por su parte Frías Caballero señalaba en 1968, que “el valor... jamás puede aprehenderse positivamente a través de operaciones o de actos puramente intelectivos o reflexivos... requiere, por el contrario, una genuina intuición emocional, cuya resonancia afectiva es la única que opera la auténtica comprensión y captación (conocimiento) del valor... Carece de capacidad para comprender la criminalidad (valor) del acto, quien, por razones patológicas y constitucionales, se halla totalmente privado de ‘sensibilidad moral’ y de ‘afectividad social’ . La ceguera patológica de los valores éticos-sociales es absolutamente insuperable por vía puramente intelectual” (25).

Así, una situación que suele verse con alta frecuencia, cuando de inimputabilidad por razones psiquiátricas se trata, es la confusión que existe en utilizar los términos conocer, entender y comprender como sinónimos, cuando en esencia se trata de nociones no equivalentes.

Así, Cabello distingue con claridad que:

- Conocer: es un acto sensorio-perceptivo de índole natural. Conocer es percibir mediante los sentidos un objeto como distinto de los demás –uno puede conocer una silla, un libro, una persona-.

- En cambio, el entender se encuentra íntimamente relacionado con la esfera plenamente intelectual, con la razón. En tal sentido, se entienden las operaciones matemáticas, el funcionamiento del cuerpo humano, los idiomas, etc. Cabello, con extrema lucidez, aclara que

el entender con relación a los valores es una operación neutra, ya que estos requieren de la participación de la esfera afectiva.

- En tanto que comprender es valorar, función que emana de la esfera afectiva, de donde surge la moral, el amor al prójimo, a la libertad, a la verdad, a la justicia. No se trata de operaciones netamente senso-perceptivas ni intelectuales, sino que se trata la función más jerarquizada desde el punto de vista valorativo (15).

Los valores pertenecen a la esfera afectiva a la cual se subordinan, y no a una operación intelectual, a un razonamiento. En tal sentido, Cabello ejemplifica: el valor estético de una obra de arte al igual que el valor ético de una conducta humana no puede aprenderse por medios puramente racionales.

Asimismo, el prestigioso psiquiatra forense señalaba que al momento de analizar el art. 34 inc. 1° deben tenerse en cuenta las tres modalidades de conciencia (15):

- La conciencia lúcida o perceptiva encargada de conocer el mundo a través de nuestros sentidos. Esta conciencia que nos permite conocer los sucesos internos y externos de nuestra vida psíquica, permite la orientación tiempo-espacial.

- La conciencia discriminativa permite enjuiciar los objetos presentados por la conciencia lúcida.

- La conciencia valorativa impregna de sentimientos, de afectos o emociones al conocimiento neutro, frío, indiferente, intelectualmente elaborado.

Así, Cabello señala que "se puede tener lucidez perceptiva acerca de lo que se hace y al mismo tiempo carecer de la capacidad de comprender psicológicamente la criminalidad del acto, por ausencia de las funciones valorativas" (15).

Por su parte, Spolansky pone el énfasis en lo que denomina la conciencia ética, a través de la cual se pueden vivenciar e internalizar los valores y las normas. En tal sentido, la capacidad de autodeterminación se da en la medida que el sujeto tiene aptitud para tomar conciencia de su realidad y de dirigir su conducta teniendo presente ese saber. Spolansky sintetiza su visión de la palabra comprensión en nuestro código, en la siguiente frase: "comprender significa vivenciar valores" (65).

En otras palabras, se requiere que el sujeto además de conocer la realidad exterior y su entorno, pueda comprender y darse cuenta de los valores y las normas sociales. Si tiene capacidad no sólo de conocer la realidad sino de poder valorarla (31).

6. Discusión

Los pacientes con lesiones frontales pueden distinguir lo correcto de lo que no lo es y podrían responder correctamente a las preguntas sobre qué acciones son socialmente aceptables y cuáles no lo son; es más, siguiendo la psiquiatría forense actual podrían encontrarse con capacidad para estarse en juicio y ser perfectamente imputables. Sin embargo, el daño frontal interfiere en la capacidad para traducir ese conocimiento puramente intelectual, racional, en acciones socialmente aceptables (29). En otras palabras, aunque se conozca la diferencia

teórica entre lo correcto y lo incorrecto, entre lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, este conocimiento no puede traducirse en inhibiciones efectivas.

Esta discrepancia entre el conocimiento formal, y la capacidad de utilizar ese conocimiento para guiar el comportamiento de un individuo es notable en los pacientes con lesiones frontales. Así, un paciente con una lesión órbita-frontal puede distinguir lo correcto de lo que no lo es y pese a todo ser incapaz de utilizar este conocimiento para regular su comportamiento de forma socialmente adaptada.

Estos hallazgos de las modernas neurociencias pueden relacionarse con lo mencionado en párrafos superiores a propósito del concepto "comprender la criminalidad del acto" utilizado en la fórmula inimputabilidad. En tal sentido, como se ha señalado previamente, "comprender" implica vivenciar valores y esto requiere una afectividad indemne. En otras palabras, estar informado teóricamente de lo valioso o disvalioso de un acto, no es aprehender-comprender- su esencia valorativa, sino que requiere la participación de la esfera emotiva. "Quien no siente el valor no lo comprende por lo tanto no lo conoce; el incapaz de comprenderlo es a la vez incapaz de valorar y en consecuencia incapaz de actuar conforme a valor", señala Frías Caballero.

En resumen, las modernas neurociencias han demostrado a través del análisis de pacientes con lesiones en lóbulo frontal que no se requiere únicamente un conocimiento teórico sobre lo bueno y lo malo para que dicha información factual se traduzca en comportamientos socialmente adaptados, sino que se requiere algo del orden emocional para que dichos conocimientos se traduzcan en inhibiciones efectivas. Tal como lo señala Damasio: "Saber no significa necesariamente sentir" (18). Este podría ser un posible punto de intersección entre las modernas neurociencias y el derecho penal.

7. Conclusiones

Los objetivos de la psiquiatría y el derecho son diferentes. Sin embargo, existe un punto de intersección entre ellos, la inimputabilidad por razones psiquiátricas.

En esta línea, los aportes de las modernas neurociencias permiten acceder a nuevas tecnologías y a un mejor entendimiento del funcionamiento cerebral. Estas investigaciones comienzan a arrojar interesantes datos sobre temáticas cruciales para el derecho penal como, por ejemplo, el libre albedrío, los razonamientos morales, las bases neurales de la violencia humana, la empatía, la toma de decisiones y, confirman la precisión del vocablo "comprender" utilizado por nuestro código penal en la fórmula de inimputabilidad.

Nuevos desafíos se plantean para la psiquiatría forense y el derecho penal actual teniendo en cuenta que la presencia en un determinado sujeto de una disfunción a nivel frontotemporal, conduce a interrogarse en qué estado se encuentran sus funciones de comprensión y a preguntarse si presenta limitaciones en su capacidad para adecuar su conducta a los valores sociales de su mundo circundante. Ello debido a que dichas regiones

del cerebro son las encargadas de valorar y adecuar las conductas de acuerdo a dicha valoración.

No es posible en la actualidad predecir con certeza conductas violentas, motivo por el cual resulta imprudente realizar afirmaciones apriorísticas, generales y reduccionistas, ya que cada caso en particular requerirá

un análisis exhaustivo de la conducta desarrollada, las circunstancias y desarrollo de la misma.

El avance de las neurociencias es un hecho y las evidencias que paulatinamente aportan a las inquietudes del derecho deberán tomarse con prudencia ■

Referencias bibliográficas

1. Adam R. Aron. Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans *Nature Neuroscience*. 2003; 6, 115 - 116
2. Adolphs R, Tranel D, Damasio H, Damasio AR. Fear and the human amygdala. *J Neurosci*. 1995 Sep;15(9):5879-91
3. Adolphs R, Tranel D, Damasio H, Damasio A Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amígdala. *Nature*. 1994 Dec 15;372(6507):669-72
4. Amodio DM, Frith CD. Meeting of minds: The medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci*, 2006, 7: 268-277
5. Anderson S. et. al . Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*. 1999, Vol 2 (11): 1032-1037
6. Arango López C., Crespo Facorro, B; Arroyo, M. *Neuroimagen en psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica, 1° ed., reimpresión, 2006.
7. Art. 34 inc. 1: "No son punibles: el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones de las mismas o por su estado de inconsciencia, error, o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones..." Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 y modificaciones, publicado en el Boletín Oficial 03/XI/1921
8. Art 85 Capacità d'intendere e di volere. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile (c.p.87). E' imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere. Código Penal Italiano. *Testo coordinato ed aggiornato del Regio Decreto 19 ottobre 1930*, n. 1398 y modificaciones
9. Bechara, A and Van Der Linden M. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries *Current Opinion in Neurology* 2005, 18:734-739
10. Beckman, M. Crime, culpability, and the adolescent brain. *Science*, 2004; 305: 596-599
11. Benítez, I. El Yo Social y el Lóbulo Orbitario. Desarrollo de una teoría. *Neuropsiquiatría*, 1979; X: 1-96
12. Blair RJ, et al. Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain* 1999 May;122:883-93
13. Blumer D, Benson DF. Personality changes with frontal and temporal lobe lesions. In: Benson DF, Blumer D, eds. *Psychiatric aspects of neurological disease*. New York: Grune and Stratton, 1975
14. Brower M and Price B. Advances in neuropsychiatry: neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001;71:720-726
15. Cabello Vicente. Cabello Vicente. *Psiquiatría Forense en el derecho Penal*. Buenos Aires: Editorial Hammurabi, 1984.
16. Coricelli G. et al. Regret and its avoidance: a neuroimaging study of choice behavior. *Nature Neuroscience*, 2005; 8, 1255 - 1262
17. Coricelli G. et al. Brain, emotion and decision making: the paradigmatic example of regret. *Trends in Cognitive Sciences*, 2007; 11(6): 258-265
18. Damasio A. *El error de Descartes*. 3a ed. Barcelona: Crítica, 2004
19. Damasio H, Damasio A, Grabowski T, et al. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science* 1994; Vol 264(5162):1102-1105
20. Damasio A, Tranel D, Damasio A. Individuals with sociopathic behaviour caused by frontal damage fail to respond automatically to social stimuli. *Behav Brain Res* 1990; 41:81-94
21. Davidson R, Putman K., Larson C. Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation-A Possible Prelude to Violence. *Science*, 28 July 2000, Vol. 289. 591-594
22. Eastman, N., Campbell, C. Neuroscience and legal determination of criminal responsibility. *Nature Rew. Neuroscience*, 2006; 7: 311-318

23. Eslinger PJ, Damasio AR. Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*. 1985 Dec;35(12):1731-41
24. Eslinger, P. Neurological and Neuropsychological Bases of Empathy. *Eur Neurol* 1998;39:193-199
25. Frías Caballero, voto del Dr. Caso Tignanelli Juan C. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal. Sentencia del 04/0/1965, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, enero-marzo 1968, no 1, p. 83
26. Frías Caballero, Jorge. *Imputabilidad Penal. Capacidad personal de reprochabilidad ético-social*. Buenos Aires: Ediar, 1981
27. Frith, U. & Frith, C. D. 2003 Development and neurophysiology of mentalizing. *Phil. Trans R. Soc. B* 358, 459-473
28. Gisbert Calabuig J. A. y Villanueva Cañadas E. *Medicina Legal y Toxicología*. Madrid: Elsevier, 2005
29. Goldberg E, *El cerebro ejecutivo. Los lóbulos frontales y la mente civilizada*. Barcelona: Editorial Crítica, 2da ed, 2004
30. Goldar JC. Fundamentos neurobiológicos de la ética. *Alcmeon*, 1995, Vol 4 No 1
31. Gomez Carrasco, Juan Jose y Maza Martín. *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley, 2º edición, 2003, p. 248
32. Grafman et al. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: A report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology* 1996;46:1231-1238
33. Grattan LM, Bloomer RH, et al. Cognitive flexibility and empathy after frontal lobe lesion. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1994; 7:251-9
34. Harenski CL, Hamann S. Neural correlates of regulating negative emotions related to moral violations. *Neuroimage*. 2006 Mar;30(1):313-24
35. Harlow J. Passage of an iron bar through the head. *Boston Med Surg J* 1848; 13: 389-393
36. Haxby JV, Hoffman EA, Gobbini MI Human neural systems for face recognition and social communication. *Biol Psychiatry*. 2002 Jan 1;51(1):59-67
37. Hecaen H, Albert ML. Human neuropsychology. New York: Wiley; 1978 citado por Blair R J, Cipollotti L. Impaired social response reversal. A case of "acquired sociopathy". *Brain* 2000; 123: 1122-1141
38. Heekeren HR, et al. An fMRI study of simple ethical decision-making. *Neuroreport*. 2003;14(9):1215-9
39. Hoaken PN et al. Executive cognitive functioning and the recognition of facial expressions of emotion in incarcerated violent offenders, non-violent offenders, and controls. *Aggress Behav*. 2007 Sep-Oct;33(5):412-21
40. Jastrowitz M: Beiträge zur Localisation im Grosshirn und über deren praktische Verwerthung. *Dtsch Med Wochenschr* 1888;14:81 citado por Mario F. Mendez en Moria and Witzelsücht from Frontotemporal Dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2005; 17:3, 429-430
41. Kandel, Eric; Schwartz, James; Jessel, Thomas. *Neurociencia y Conducta*, última reimpresión, Madrid: Prentice Hall, 2005, p. 6
42. Kuruoglu A, Arikan Z, Vural G, Karatas M, Arac M, Isik E. Single photon emission in chronic alcoholism. Antisocial personality disorder may be associated with decreased frontal perfusion. *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169:348-354
43. Laakso MP, Gunning-Dixon F, Vaurio O, Repo E, Soininen H, Tiihonen J: Prefrontal volume in habitually violent subjects with antisocial personality disorder and type 2 alcoholism. *Psychiatry Res Neuroimag* 2002; 114:95-102
44. Lorenz, Karl. *Lucha ritualizada en Carthy J. D y Ebling F. J. Historia natural de la agresión*. México: Siglo XXI, 2da edición, 1970
45. Manes F et al. Decision making processes following damage to the prefrontal cortex. *Brain* (2002), 125, 624-639.,
46. McBride T, Arnold SE, Gur RC. A Comparative Volumetric Analysis of the Prefrontal Cortex in Human and Baboon MRI. *Brain Behav Evol* 1999;54:159-166
47. Mendez M. What frontotemporal dementia reveals about the neurobiological basis of morality. *Medical Hypotheses* (2006) 67, 411-418
48. Mesulam, MM. Frontal cortex and behaviour. *Ann Neurol* 1986;19:320-5.
49. Meyers C. Case Report: Acquired Antisocial Personality Disorder Associated with Unilateral Left Orbital Frontal Lobe Damage. *J Psychiatr Neurosci*. 1992, Vol. 17, No. 3, 121-125
50. Moll J. et al. The Neural Basis of Moral Cognition Sentiments, Concepts, and Values. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* (2008) 1124: 161-180
51. Moll J. et al. The Neural Correlates of Moral Sensitivity: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation of Basic and Moral Emotions. *The Journal of Neuroscience*, 2002, 22(7):2730-2736
52. Niehoff D. *Biología de la violencia*. Barcelona: Editorial Ariel, 2000 citado por Huertas, D. López Ibor Aliño, J y Crespo Huervas, M. *Neurobiología de la agresividad humana*. Barcelona: Ars Medica
53. O'Driscoll K, Leach J P. "No longer Gage": an iron bar through the head. Early observations of personality change after injury to the prefrontal cortex. *BMJ* 1998; 317:1673-4
54. Oppenheim H: Zur pathologie dergrosshirngeschwülste. *Arch Psychiat* 1889; 21:560-578 citado por Mario F. Mendez en Moria and Witzelsücht from Frontotemporal Dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2005; 17:3, 429-430p
55. Pliszka SR, et al. Neuroimaging of inhibitory control areas in children with attention deficit hyperactivity disorder who were treatment naive or in long-term treatment. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6):1052-60
56. President George H. W. Bush, Proclamation, "Decade of the Brain, 1990-2000, Proclamation 6158," *Federal Register* 55, n. 140 (1990): 29553.
57. Price BH, Daffner KR, Stowe RM, Mesulam, MM. The compartmental learning disabilities of early frontal lobe damage. *Brain* 1990; 113:1383-
58. Ralph, L. H. "Brief communication: How much larger is the relative volume of area 10 of the prefrontal cortex in humans?" *American Journal of Physical Anthropology*, 2002 118(4): 399-401
59. Ratiu P, Talos I F, Haker S, et al. The tale of Phineas Gage, Digitally Remastered. *Journal of Neurotrama* 2004; Vol 21 (5):637-643
60. Rosen, J. The trials of Neurolaw. *The Brain on the Stand*, *New York Times*, 11 de marzo de 2007
61. Schulz KP, et al. Response inhibition in adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder during childhood: an event-related fMRI study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1650-7
62. Semendeferi K, et al. Prefrontal cortex in humans and apes: A comparative study of area 10. *American Journal of Physical Anthropology*, 2001; 114(3): 224-241
63. Semendeferi K et al. Humans and great apes share a large frontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2002 5: 272 - 276
64. Singer, T., B. Seymour, et al.. "Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain." *Science*. 2004, 303(5661): 1157-1162
65. Spolansky, Norberto, *Imputabilidad y comprensión de la criminalidad*, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Ed. La Ley, 1968
66. Stuss DT, Gow CA, Hetherington CR. "No longer Gage": frontal lobe dysfunction and emotional changes. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:349-59
67. Takahashi H, Yahata N, Koeda M, Matsuda T, Asai K, Okubo Y. Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study. *Neuroimage*. 2004 Nov;23(3):967-74
68. Völlm BA, Taylor AN, Richardson P, Corcoran R, Stirling J, McKie S, Deakin JE, Elliott R. Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage*. 2006 Jan

La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense

Roberto Luis María Godoy

Médico. Abogado.

Psiquiatra Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

E-mail: robertolmgodoy@hotmail.com

I. Introducción

La práctica médico-legal actual observa una interpretación psiquiátrico-forense del art. 34 inc. 1° del Código Penal Argentino (CPA) según la cual se distingue, entre las consecuencias psicológicas de los estados biopsicológicos regulados por la norma, por un lado la imposibilidad de comprensión de la criminalidad del acto y, por otro, la imposibilidad de dirigir las acciones.

El análisis literal del precepto legal aporta un argumento de peso, al interponer entre ambas consecuencias psicológicas, la conjunción “o” permitiendo de este modo, la inferencia que el legislador receptó dos estados diversos del psiquismo, y pudiendo por ende, estarse frente a personas que impedidas de comprender la infracción legal in acto, concomitantemente, eran capaces de dirigir sus acciones y, a la inversa, quienes comprendiendo el disvalor obrado, estaban impedidas de autodeterminar sus acciones.

A la tesis aludida -la que podría denominarse bipar-

tita de la capacidad de culpabilidad penal-, cabe oponer con fundamento médico-legal una tesis unitaria según la cual no es biopsicológicamente posible dirigir la conducta hacia un objeto que no se ha previamente comprendido integralmente en cuanto tal, como tampoco un completo divorcio del obrar (en el caso, fuera del señorío del sujeto agente) sobre el comprender (en el caso, completo y cabal, como expresión de máxima integración intelectual, volitiva y afectiva del dinamismo psíquico).

II. La interpretación normativa del médico legista

Previo a consideraciones de fondo, el primer interrogante a plantearse consiste en determinar si en definitiva, el método adecuado a la *lex artis* del médico legista radica en la “traducción” del texto normativo a denominaciones nosológicas psico-psiquiátricas, o por el contrario, es un complejo proceso que partiendo del análisis

Resumen

En el presente ensayo se trata de oponer a la tesis que podría denominarse bipartita de la capacidad de culpabilidad penal, “comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”, una tesis unitaria según la cual no es biopsicológicamente posible dirigir la conducta hacia un objeto que no se ha previamente comprendido integralmente en cuanto tal, como tampoco un completo divorcio del obrar (en el caso, fuera del señorío del sujeto agente) sobre el comprender (en el caso, completo y cabal, como expresión de máxima integración intelectual, volitiva y afectiva del dinamismo psíquico).

Palabras clave: Tesis bipartita - Tesis unitaria - Criminalidad - Código penal.

THE UNITARY INTERPRETATION OF ARTICLE 34 INTERJECTION FIRST OF THE ARGENTINEAN PENAL CODE IN FORENSIC PSYCHIATRY

Abstract

The present essay is intended to oppose to the bipartite thesis of the capacity of penal culpability (“to be able to understand the criminality of the act or to be able to direct the actions”), a unitary thesis in which it seems biopsychologically impossible to direct the behaviour towards an object that hasn't been previously understood, nor a complete divorce of action from understanding (as it results from a maximum integration of the intellectual, volitive and affective spheres of a dynamic psyche).

Key words: Bipartite thesis - Unitary thesis - Criminality - Penal code.

dogmático jurídico penal, “devela” el fin ulterior tenido en miras por el legislador al establecer un determinado precepto, siendo su deber técnico aportar la descripción dinámica, exclusiva y excluyente de aquellos contenidos o aspectos biopsicológicos constitutivos del mismo y ordenados a aquel fin ulterior.

En este sentido, no puede dejar de advertirse que frente a cualquier precepto legal penal, cabe tener en consideración que no se trata sino de un modo de expresar la protección de la ley respecto de uno o más bienes jurídicos; que no se trata de una pura y simple fórmula de consenso témporo-espacial, sino de la vigencia de exigibilidad de una norma o regla de deber ser garantizada de un derecho subjetivo (en el caso, dirigida al juez); y que esencialmente se apoya en un concepto jurídico de la acción.

III. Fundamentos

La teoría de la interpretación unitaria se apoya en fundamentos de naturaleza filosófica, jurídica, psico-psiquiátrica, y médico-legal.

Desde el campo filosófico, la concepción tomista del acto humano y la consideración del hombre como un ser dotado de inteligencia y voluntad unidas inescindiblemente, apareja la consecuencia de una conducta obrada que, en tanto fin, no puede sino corresponderse con su principio (4).

En otros términos, no puede estar ausente en la operación, lo que estuvo en el ser operante. La filosofía positiva, renunciando a la obtención de nociones absolutas y conocimiento de causas íntimas de los fenómenos, a través de un “uso bien combinado del razonamiento y la observación”, se aboca al descubrimiento de “leyes efectivas, es decir, invariables de sucesión y semejanza”, según las cuales los hechos se reducen -en términos reales- a “un enlace entre los diversos fenómenos particulares y algunos hechos generales” (1).

Es decir que la observación del proceso dinámico que conlleva un fenómeno (la conducta), permite establecer nexos invariables con los hechos que le sirven de antecedentes y por lo mismo, aquello que está ausente o presente en el fenómeno, no puede sino estar ausente o presente respectivamente, en los hechos causales que lo determinaron.

En el ámbito jurídico, sin perjuicio del análisis acorde a las sucesivas interpretaciones histórico-dogmáticas (desde la de Tejedor a la de Zaffaroni, y sus respectivos seguidores total o parcialmente adherentes), cabe destacar la expresión de Laje Anaya cuando afirma: “para ser culpable, además de poder comprender (discernir), es necesario que en el momento del hecho, el sujeto comprenda y dirija; que sin error, sepa lo que hace, y con libertad haga lo que quiere” (3).

Entre la comprensión de la criminalidad del acto y la dirección de las acciones hay un vínculo necesario de adecuación: ésta, es la forma proporcionada y eficaz de exteriorizar aquella, cuyo producto final es el resultado que el derecho reputa reproachable, haya sido concretamente buscado o sólo representado.

Tal como lo afirma Soler, la presencia de la “o” entre los extremos exigibles por la ley no es una cuestión literal, sino conceptual; porque a la valoración jurídica le importa la concurrencia del elemento intelectual tanto como el volitivo conformando una unidad abstracta e indisoluble, y no como mera sumatoria aritmética de estados psíquicos. La individualización conceptual del error, la ignorancia inexcusable, el dolo y el denominado dolo eventual, contribuyen a brindar identidad propia a la unidad jurídico-dogmática de orden psicológico.

Desde el punto de vista psicológico, el complejo proceso de la comprensión de la criminalidad del acto remite de modo directo al concepto integral de acto humano voluntario. En él, solo en forma académica puede desglosarse el contenido intelectual del componente afectivo y volitivo pues en la realidad, la unidad del psiquismo no admite la cuali-cuantificación de las magnitudes propias de las ciencias exactas. Las “áreas” del psiquismo se integran en “una unidad ontológica como unidad ontológica es el resultado de su actividad: el acto psicológico humano” (2).

El concepto genérico señalado encuentra especificidad en la exigencia legal: si unidad es la comprensión como actividad psíquica, necesariamente unidad es ella en relación a una referencia externa precisa (la norma legal). Sea que esta comprensión consista en el de ilicitud, sea que requiera el de antijuridicidad (requisito que la ley argentina no reclama), en ambos supuestos no se torna reproachable la mera comprensión, sino solo cuando va unida a la dirección de las acciones enderezadas a ella. Presente la comprensión, una dirección de actos divergente de la primera, haría punible un simple hecho psíquico interno, lo cual es contrario a un derecho penal de acción (como el argentino); a la inversa, ausente la comprensión de la criminalidad, la dirección de acciones cuyo resultado último es el resultado externo típico, haría punible una cadena causal objetiva, carente de la subjetividad legalmente necesaria. De allí que ambos supuestos deriven en la no punibilidad (es decir, la ausencia de la comisión de delito). En otros términos, el texto legal verifica la conclusión psicológica unitaria pues, salvo ausencia de libertad en el acto, resulta tan afectada la criminalidad del mismo cuando las acciones consecuentes la desdican, como la dirección de acciones cuando la comprensión ha sido inexistente.

En materia psiquiátrica, se advierte de un modo aún más evidente la unidad conceptual que nos ocupa. En efecto, ninguno de los trastornos que conforman el campo de estudio y acción de la Clínica Psiquiátrica se reduce exclusiva y excluyentemente a la afectación de un aspecto del psiquismo. Por el contrario, si bien cada uno de ellos preponderantemente radica en la actividad intelectual, afectiva o volitiva (al solo efecto nosológico y taxonómico), los contenidos patológicos parciales se reflejan, determinan y se expresan en correlatos propios de los demás, a la vez que resultan en un todo tan anormal como los primeros. En grado variable, pero siempre presente, los trastornos intelectivos se acompañan de síntomas y signos afectivos y volitivos; correlativamente, el originario y/o más hegemónico desorden afectivo,

condiciona un procesamiento intelectual que también califica como patológico, cuanto lo es la dinámica volitiva con la que opera sobre la realidad externa.

Por último, la observación y postulación propias de la Psiquiatría Forense, no pueden apartarse de la integración de cada uno de los aportes de las diversas disciplinas aludidas, sin caer en inadecuación. Tanto está impedido de hacer un mero traslado de categorías conceptuales ontológica y metodológicamente diversas, cuanto además de ello, limitarse a una visión reduccionista del psiquismo enfermo (atomizándolo en una suerte de compartimientos estancos, impropios de su objeto formal de estudio). El hombre psíquicamente enfermo y sólo en su relación de conflicto con la ley penal, encuentra en el *quid* de las consecuencias psicológicas del art. 34 inc. 1º del CPA, su máxima expresión de síntesis. Porque es en la supuesta comprensión intacta sobre la criminalidad de un acto, concomitante a una imposibilidad de autodeterminar las acciones, donde con mayor énfasis aparece la unidad conceptual que se afirma, deviniendo en el caso contrario, una secuencia objetiva inmotivada

que, cualquiera fuere su origen, conducirá siempre a un campo ajeno al de la capacidad de culpabilidad penal de causa psicopatológica (por falta de acción, de antijuridicidad, etc.).

IV. Conclusiones

La opinión del psiquiatra forense no es la de “un psiquiatra clínico asesorando a un juez”; es un racional y fundado discurso de convicciones objetivadas, animadas por principios e instituciones filosóficas, jurídicas, y psico-psiquiátricas, y referida a un caso concreto en su ocurrencia (circunstancias de modo, tiempo y lugar) y en el sujeto agente (que es autor, precisamente por trasladar al acto, contenidos personales e irrepetibles que lo transforman en una creación multi-motivada pero única). La pluralidad de las fuentes en las que abreva el juicio psiquiátrico-forense demanda el sostenimiento de grandes unidades conceptuales que determinan la unidad operativa de ese conocimiento ■

Referencias bibliográficas

1. Comte A. Principios de filosofía positiva. Madrid, 1864. p. 59 y sgtes.
2. García Failde JJ. Manual de Psiquiatría Forense Canónica. Salamanca, Publicaciones de la Pontificia Universidad de Salamanca, 1991. p. 62.
3. Laje Anaya J. Comentarios al Código Penal - Parte General” Vol. I. Buenos Aires, Ed. Desalma, 1985. p. 159.
4. Wilson E. El tomismo. Pamplona, Eunsa, 2002. p. 323 y sgtes.



Criminalidad y Locura: Las Monomanías de Esquirol

Norberto Aldo Conti

1. Locuras generales y parciales en los orígenes del alienismo: la nosografía de Pinel

A principios del siglo XIX se inicia, principalmente en Francia y en Alemania, el proceso de especialización en torno al abordaje médico de la locura, surge el alienista como profesional especializado siendo su ámbito de desarrollo el Manicomio (preferentemente en Francia) y la Universidad (preferentemente en Alemania) (Bercherie, 1980). El iniciador de este proceso en Francia fue Phillipe Pinel (1745-1826), quien, luego de dedicarse durante diez años exclusivamente a la atención de los locos de Bicêtre, publicó su *Traité Médico-Philosophique sur L'aliénation Mentale, ou La Manie* (1801), en él presenta su nosografía organizada sobre la noción de alienación como unidad en la sinrazón, la razón, aquello que el loco ha perdido, es fuente de identidad hacia el interior de la categoría y de diferencia en relación al resto de los hombres. La alienación se presenta bajo cuatro formas básicas: el *idiotismo* u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas, donde el paciente queda reducido a una existencia más o menos vegetativa, la *demenia* o abolición del pensamiento, donde la incoherencia domina el cuadro clínico y es la expresión de la obliteración del juicio, la *manía*, entendida como delirio general (locura general) o delirio sobre todos los objetos y que cursa con diferentes grados de agitación, y la *melancolía*, entendida como delirio parcial (locura parcial) o delirio sobre un o unos objetos, en la cual el comportamiento sigue siendo adecuado en tanto y en cuanto no se ponga en juego el núcleo u objeto del delirio:

"... delirio sobre un solo tema en exclusiva; sin propensión a actos violentos, independientemente de aquellos que pudieran estar impresionados por una idea quimérica predominante; libre ejercicio en otros aspectos de todas las facultades del entendimiento ...". (Pinel, 1988)

Esta concepción de la melancolía como delirio parcial sin fiebre Pinel la tomó de John Locke, quien fuera discípulo de Willis, su creador. De esta manera, y tamizadas por algunos pensadores del siglo XVIII, las concepciones clínicas de manía y melancolía llegan al siglo XIX "desnaturalizadas" respecto a su núcleo originario en la medicina clásica, esto es la exaltación y la tristeza como síntomas diagnósticos. Es ahora lo general o parcial de la obliteración del juicio lo que define el diagnóstico. Respecto a las relaciones entre ambas afecciones Pinel reconoce un gradiente que va desde los estados melancólicos leves en un extremo hasta la manía en el otro considerando un *continuum* de creciente gravedad.

2. Entre el alienismo y las enfermedades mentales: la nosografía de Esquirol

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), fue el principal discípulo y continuador de la obra de Pinel, aunque tuvo inevitables diferencias ideológicas y clínicas con su maestro ya que le tocó vivir otro momento en la compleja historia de la Francia del siglo XIX: si Pinel vivió en la Revolución, Esquirol lo hizo en la Restauración y la Monarquía siendo un conservador moderado, de allí que haya sido el reformador de las instituciones asilares y el mentor de la ley de alienados de 1838; en momentos en que la población asilar crecía exponencialmente, el afianzamiento del orden burgués consecutivo al desarrollo de la Revolución Industrial exigía un nuevo disciplinamiento social que no dejaba espacio a la presencia del loco (Huertas, 2004). En este contexto la alienación de Pinel, como unidad en la sinrazón, se transforma en Esquirol en enfermedad mental, para comenzar a considerar a la locura como un auténtico proceso morboso de localización cerebral, como veremos que se desarrolla plenamente en la segunda mitad del siglo XIX (Lanteri-Laura, 2000). Pero aun en Esquirol

rol no hay un positivismo pleno ya que la consideración de la locura como enfermedad orgánica no desplaza ni minimiza el interés por sus determinantes psicosociales; a esta particular posición la llama Dörner *positivismo psiquiátrico-sociológico* (Dörner, 1984).

Las categorías nosológicas de Esquirol son parecidas a las de Pinel, pero con algunas variaciones que permiten nuevos desarrollos; tenemos: 1) *monomanías* que incluyen dos tipos, *lipemanía* o *melancolía*, se trata de un delirio sobre un objeto, o pequeño número de objetos, con predominio de una pasión triste, y *monomanía propiamente dicha*, se trata de un delirio sobre un objeto, o pequeño número de objetos con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva; 2) *manía*, delirio que se extiende sobre todos los objetos acompañado de excitación; 3) *demencia*, inhabilitación de los órganos del pensamiento porque han perdido energía y fuerzas para el cumplimiento de sus funciones; y 4) *imbecilidad*, los órganos jamás han estado suficientemente constituidos para poder emitir un raciocinio justo.

La innovación principal de su nosografía corresponde al concepto de monomanía, al cual se refiere de la siguiente manera:

“ ... Los autores, desde Hipócrates, dan el nombre de melancolía al delirio caracterizado por la taciturnidad, el temor y la tristeza prolongada ... algunos autores modernos han dado mayor extensión al nombre de melancolía, y han llamado melancolía a todo delirio parcial, crónico y sin fiebre. Es cierto que el nombre de melancolía, incluso en la acepción de los autores antiguos, ofrece a menudo, una idea falsa, porque la melancolía no siempre depende de la bilis. Esta denominación no concierne a la melancolía tal como la definen los modernos. Esta doble consideración es la que me ha hecho proponer el nombre de monomanía ... término que expresa el carácter esencial de esta especie de locura en la cual el delirio es parcial, permanente, alegre o triste” (Esquirol, 1991).

A continuación diferencia, dentro del grupo de las monomanías, a la melancolía de los antiguos y la denomina *lypemanía* para enfatizar el núcleo de tristeza y aflicción en que esta afección se constituye y llama *monomanías propiamente dichas* al resto de formas clínicas que reconoce en esta categoría a las cuales divide, según el esquema tripartito de la semiología asociacionista, en monomanías intelectuales, afectivas e instintivas:

*“ ... Unas veces el desorden intelectual se concentra sobre un solo objeto o una serie de objetos limitados; los enfermos parten de un principio falso ... las ilusiones, alucinaciones, asociaciones viciosas de ideas, las convicciones falsas, erróneas, extrañas, son la base de este delirio que me gustaría denominar **monomanía intelectual** ... otras veces ... no desvarían, pero sus afecciones, su carácter están pervertidos. Con motivos plausibles, con explicaciones muy bien razonadas justifican ... la inconveniencia de su conducta; esto es lo que a mí me gustaría denominar **monomanía afectiva**. A veces la voluntad está herida; el enfermo ... se ve arrastrado a realizar actos que la razón o el sentimiento no aconsejan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene fuerza para*

*reprimir; las acciones son involuntarias, instintivas, irresistibles; se trata de ... la **monomanía instintiva** ...”* (Esquirol, 1991).

Respecto a su etiología, tal es la importancia que da a los factores sociales que no duda en afirmar que la monomanía es una enfermedad de la civilización:

“ Quien quiera estudiar a fondo la monomanía ha de familiarizarse con las investigaciones relativas a los progresos y a la marcha del espíritu humano; así la frecuencia de esta enfermedad es directamente proporcional al desarrollo de las facultades intelectuales; cuanto más desarrollada está la inteligencia y más actividad ejerce el cerebro, tanto más cabe el peligro de la monomanía. No hay progreso de las ciencias, invención en las artes o innovación importante que no hayan sido causas de monomanía o que no le hayan comunicado su carácter... ”

Nos hemos detenido en esta singular categoría esquiroliana porque de ella se desprenden, para nosotros, dos consecuencias fundamentales; una epistemológica: la posibilidad de aislar clínicamente, los cuadros delirantes no secundarios al trastorno afectivo a partir de las *monomanías intelectuales* lo cual permitirá, desde 1852 en adelante, el desarrollo de la rica tradición clínica francesa sobre los delirios crónicos; y otra jurídico-política: la posibilidad de incluir al psiquiatra en el control social a través de las *monomanías instintivas* que permite tipificar conductas delictivas como patologías mentales, en definitiva el trasgresor será sancionado como delincuente y su destino será la cárcel, o como enfermo y su destino será el manicomio. Justamente la ley de 1838 sobre alienados, de la que Esquirol fue uno de sus principales artífices, constituye el inicio de una larga tradición de trabajo conjunto entre el derecho y la psiquiatría para determinar el grado de responsabilidad de los sujetos ante la ley ■



Referencias bibliográficas

- Bercherie P. Les fondements de la clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique. Seuil, Paris, 1980 [versión en castellano: Los fundamentos de la clínica, Manantial, Buenos Aires, 1982].
- Brehier, E. "La filosofía moderna", en Historia de la Filosofía. Vol. 2. Sudamericana. Bs. As. 1956
- Conti, N. "Trastorno Bipolar: desarrollo histórico y conceptual", en *Trastornos Bipolares*, Akiskal, Cetkovich-Bakmas, García Boneto, Strejilevich y Vazquez (comp.), Ed. Panamericana, Bs. As., 2006
- Conti, N. Historia de la Depresión: La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, 1ra. ed., Ed. Pólemos, Bs. As., 2007
- Dörner, K., Ciudadanos y locos, Historia Social de la Psiquiatría, Madrid, 1984.
- Esquirol, JED. Memorias sobre la locura y sus variedades, Dorsa, Madrid, 1991.
- Huertas, R. El Siglo de la Clínica, Ed. Frenia, Madrid, 2004.
- Lanteri Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Fayard, Paris, 2000. (Versión en castellano, Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, Triacastela, Madrid, 2000)
- Morel P. Dictionnaire biographique de la psychiatrie. Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.
- Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Caille et Ravier, Paris, 1800 [*Tratado médico-filosófico sobre la enajenación mental o la manía*, trad. Luis Guarnerio y Allavena, Prefacio de Pedro Marset. Nieva, Madrid, 1988]. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, 2ème. éd., entièrement refondue et très augmentée. Caille et Ravier, Paris, 1809.
- Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie, 2ème éd. Dunod, Paris, 1994.
- Postel, J. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse, Paris, 1993.
- Saurí, J. Historia de las ideas psiquiátricas. Lolhé. Bs. As. 1971
- Starobinski, J. Historia del tratamiento de la melancolía desde los orígenes hasta 1900. Acta Psychosom., Basel, 1962.



III JORNADAS DE LA RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL COLONIA NACIONAL MONTES DE OCA

"INTERDISCIPLINA: De la reflexión a la acción"

Un espacio de debate e intercambio acerca de los desafíos que supone el abordaje interdisciplinario en SALUD MENTAL.

Viernes 15 de mayo de 2009 - Colonia Montes de Oca
Padre Ciudad Alonso s/n - Torres - Luján

- Abstracts: hasta el 20/04/09 Máximo 250 palabras

- Trabajos completos: hasta el 04/05/09
Condiciones de presentación: - hasta 6 páginas
- A4 - Interlineado 1,5 - Arial 12

Se recibirán trabajos sobre los siguientes ejes orientadores:
Clínica (Urgencia, internación, Interconsulta, etc),
Institucional, APS, Rehabilitación, Formación, Trabajos libres.

Dirección a trabajadores de la SALUD MENTAL y estudiantes avanzados.

Para consultas, presentación de trabajos o asistencia a
las jornadas contactarse por mail o teléfono a:

residenciamontesdcoca@yahoo.com.ar
(02323) 49-3333 interno 354

Se entregará certificación

Sobre las Enfermedades Mentales consideradas en sus aspectos Médico, Higiénico y Médico Legal

París, 1838

*De la monomanía. Monomanía exótica.
Monomanía razonable. Monomanía de la embriaguez.
Monomanía incendiaria. Monomanía homicida*

La monomanía y la lipemanía son afecciones cerebrales crónicas, sin fiebre, caracterizadas por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad. Unas veces el desorden intelectual se concentra sobre un solo objeto o en una serie de objetos limitados (...). Fuera de ese delirio parcial, sienten, razonan y obran como todo el mundo; las ilusiones, alucinaciones, asociaciones viciosas de ideas, las convicciones falsas, erróneas, extrañas, son la base de este delirio que me gustaría denominar *monomanía intelectual*. Otras veces los monomaniacos no desvarían, pero sus afecciones, su carácter están pervertidos. Con motivos plausibles, con explicaciones muy bien razonadas, justifican el estado actual de sus sentimientos y excusan la extravagancia, la inconveniencia de su conducta; esto es lo que los autores han llamado *manía razonable*, pero que a mí me gustaría denominar *monomanía afectiva*. A veces la voluntad está herida; el enfermo, fuera de los caminos ordinarios, se ve arrastrado a realizar actos que la razón o el sentimiento no aconsejan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene fuerza para reprimir; las acciones son involuntarias, instintivas, irresistibles; se trata de la *monomanía sin delirio* o la *monomanía instintiva*. Estos son los fenómenos generales que presenta el delirio parcial o la monomanía, pero atendiendo a que el delirio sea expansivo o concentrado, alegre o triste, existen diferencias que hay que señalar.

(...) En la monomanía la sensibilidad se halla agradablemente excitada; las pasiones alegres, expansivas influyen en el entendimiento y la voluntad; el monomaniaco vive demasiado hacia fuera y traslada sobre los otros lo superfluo de sus sentimientos.

(...) El curso de la monomanía es más agudo, su duración más corta, su terminación más fácil a menos que se presenten complicaciones (...).

(...) Lo que precede señala las diferencias esenciales entre la lipemanía y la monomanía ya que no deben confundirse estos dos estados patológicos y no puede atribírseles el mismo nombre. Si queremos aportar alguna precisión en el lenguaje médico. (...) Los autores (...) no han diferenciado la monomanía de la manía a causa de la excitación, de la susceptibilidad y del furor de algunos monomaniacos. Han confundido la monomanía con la melancolía porque en una y otra el delirio es fijo y parcial. (...). El delirio parcial es un fenómeno tan importante que cuanto más se le observa más se extraña uno de que un hombre, que siente, razona y actúa como todo el mundo, no sienta, ni razone, ni actúe como los demás tan sólo en un punto. (...)

(...) Los enajenados que sin motivos son arrastrados intuitivamente a actos reprobables y que serían criminales si gozasen de su razón, tienen la acción intelectual suspendida. En estos casos existe rigurosamente lesión del entendimiento, pero esta lesión no es la causa dominante de sus acciones. Existe pues aquí delirio, hay locura, hay monomanía.

(...) En los monomaniacos las pasiones son exaltadas y expansivas; al tener el sentimiento de un estado de salud perfecto e inalterable, de una gran fuerza muscular, de un bienestar general, estos enfermos toman el lado bueno de las cosas; satisfechos de sí mismos, están contentos con los demás, son felices, alegres, comunicativos; cantan, ríen, bailan; dominados por el orgullo, la vanidad, el amor propio, se complacen en sus convicciones vanidosas, en sus pensamientos de grandeza, en su poder, su riqueza; son activos, petulantes, de una locua-

ciudad inagotable, hablando sin cesar de su felicidad; son susceptibles, irritables; sus impresiones son vivas, sus afectos enérgicos, sus determinaciones violentas; enemigos de la contrariedad y la violencia, se encolerizan y se enfurecen fácilmente. Entre los monomaniacos, unos se creen dioses, pretenden estar en comunicación con el cielo, asegurando que tienen una misión celestial; se presentan como profetas, adivinos, se les ha llamado *teomaníacos*.

(...) Algunos monomaniacos se creen reyes, príncipes, nobles, quieren dirigir el universo y dan con dignidad y protección órdenes a quienes les rodean; algunos se creen sabios distinguidos por sus descubrimientos y sus inventos, poetas, oradores a los que hay que escuchar los versos, los discursos si no queremos excitar su cólera; otros, colmados de riquezas, distribuyen favores, reparten su fortuna entre los que encuentran; los hay que, bajo el impulso de una pasión amorosa, se ocupan sin cesar de su amor, se mecen en las más dulces ilusiones y se creen en la morada de las sílfides y las huríes.

(...) La monomanía es remitente o intermitente; los síntomas se exasperan particularmente en las épocas de la menstruación; a veces va precedida de melancolía, de lipemanía; se complica con epilepsia, histeria, hipocondría y, a menudo, con parálisis.

El curso de la monomanía es brusco, rápido, su final es a veces inesperado, se cura como las demás enajenaciones por crisis más o menos sensibles pero no es raro que termine de pronto, sin causa, sin crisis perceptible o por una fuerte impresión moral.

(...) Podemos esperar el éxito del tratamiento moral. Aquí, más que en el resto de las enfermedades mentales y con más esperanza de éxito, se aplican el entendimiento y las pasiones del enfermo a su curación.

Monomanía razonable

Ya hemos dicho que hay monomaniacos que no desvarían, que sus ideas conservan sus relaciones naturales, los razonamientos son lógicos, los discursos continuos, a veces vivos y espirituales. Pero las acciones de estos enfermos son contrarias a sus afecciones, a sus intereses, y a las costumbres sociales, son desatinadas en el sentido de que no se ajustan a las costumbres de las demás personas con las que conviven. Por muy desordenadas que sean sus acciones, estos demomaniacos siempre tienen motivos más o menos plausibles para justificarse, de manera que puede decirse de ellos que son locos razonables.

En la monomanía razonable, los enfermos son activos, están sin cesar en movimiento, hablan mucho y con vivacidad. Si eran buenos, francos, generosos, se vuelven irritables, falsos, malos. Si eran afectuosos y tiernos con sus familiares, se vuelven descontentos, hablan mal de los que les quieren y les huyen; si eran ahorradores se vuelven pródigos; si sus acciones eran regulares, ahora son desconsideradas, aventuradas e incluso represibles; si su conducta estaba de acuerdo con su estado y posición social, se hace irregular y en desacuerdo con su posición

y fortuna; siempre existe un motivo que determina sus acciones. Por su aspecto y su conversación estos enfermos engañan a las personas que no les conocían antes de su enfermedad o que les veían esporádicamente, también saben contenerse y disimular.

(...) He querido dar a conocer esta variedad de locura que Pinel ha llamado *manía razonable*; que el Dr. Prichard llama *locura moral*, que es una verdadera monomanía; los enfermos que sufren esta variedad de locura tienen un delirio parcial; cometen acciones, tienen propósitos extravagantes, singulares, absurdos, que reconocen como tal y que maldicen. Entre estos enfermos, unos son inquietos, insociables, cometen acciones ridículas, reprobables, contrarias a sus antiguos afectos y a sus verdaderos intereses; se encuentran mal en todas partes, cambian sin cesar de lugar; dicen y hacen el mal por malicia, por ociosidad, por maldad; incapaces de esforzarse, enemigos del trabajo, trastornan, rompen, desgarran.

(...) Los rasgos de la monomanía razonable son el cambio, la perversión de la costumbre, del carácter, de los afectos.

(...) La monomanía razonable tiene un curso agudo o crónico. Se distinguen en ella tres periodos. En el primero, el carácter y las costumbres cambian; en el segundo se pervierten los afectos; en el tercero, se manifiesta la exaltación maniaca, o bien la degradación de las facultades, más o menos rápidamente, conduce al monomaniaco a la demencia.

La monomanía razonable debe ser estudiada con mayor cuidado puesto que los enfermos que la sufren saben engañar incluso a los médicos más hábiles, porque disimulan su estado a los que les observan y deben decidir sobre su aislamiento, porque convencen a los magistrados de su capacidad legal para administrar su persona o fortuna, en suma, porque son a menudo el objeto de cuestiones médico-legales muy difíciles de resolver. (...)

Monomanía incendiaria

(...) Los enajenados, como consecuencia del delirio, o para conseguir la libertad o para satisfacer sus venganzas, prenden fuego a la casa donde viven. He atendido a un maniaco que echó un tizón encendido en su cama esperando recobrar la libertad en el desorden causado por el incendio. Los monomaniacos obedecen a las alucinaciones, a las ilusiones, a las ideas fijas que les impulsan a prender fuego, igual que otros se ven impulsados a matar a sus semejantes o a matarse ellos mismos. (...) Un señor de 40 años cree tener enemigos encarnizados y que le van a asaltar en su propia casa; rodea su casa de un reguero de pólvora y le prende fuego cuando sus pretendidos enemigos se presentan. (...)

Una chica de servicio, de 15 años, nostálgica, prendió fuego dos veces para poder dejar a sus amos. Declaró que desde el momento que entró a su servicio le sobrevino

un fuerte deseo de incendiar; parecía que una sombra que siempre estaba a su lado, la empujaba a cometer esa acción. (...) Entre los incendiarios que están enajenados o que tienen el espíritu debilitado, algunos sufren alucinaciones; la mayoría obedecen a un impulso más o menos fuerte y son arrastrados por motivos más o menos plausibles; pero estos enfermos no están privados de la facultad de razonar y su locura puede clasificarse entre las monomanías razonables. (...)

La observación demuestra: 1º que la enajenación mental, cualquiera que sea el carácter del delirio conduce a algunos enajenados a incendiar; 2º que existe una variedad de monomanías sin delirio, caracterizadas por el impulso instintivo a incendiar. (...)

Monomanía homicida

Monomanía homicida, monomanía sin delirio, manía razonable de Pinel, furor maniaco de Fodéré. (...)

Los enajenados atentan contra la vida de sus semejantes, unos, porque se vuelven muy susceptibles, muy irascibles en un ataque de cólera, golpean, matan a las personas que consideran, con razón o sin ella, enemigos de los que es preciso defenderse o vengarse. Otros, engañados por las ilusiones de los sentidos o por las alucinaciones, obedecen al impulso del delirio. Algunos matan, justifican su horrible determinación, razonan sobre sus acciones y tienen conciencia del mal que realizan, otros son ciegos instrumentos de un impulso involuntario, instintivo, que les arrastra a matar. Finalmente hay idiotas que, por defecto de desarrollo de la inteligencia, en la ignorancia del bien y del mal, matan por imitación.

Se ha clasificado entre los maníacos a individuos que parecen gozar de su razón, pero en los que las funciones afectivas parecen estar dañadas: estos maníacos sienten, comparan, juzgan bien las cosas, pero se dejan llevar por cualquier motivo, e incluso sin él, a cometer actos de violencia y furor; se hallan irresistiblemente arrastrados a destrozarse, destruirse, a matar a sus semejantes. Estos infelices tienen conciencia de su estado, deploran su situación, advierten que se cuiden de su furor, que no les pongan fuera de sí. (...)

He visto un gran número de enajenados que parecen gozar de su inteligencia, que deploran los actos hacia los que se ven arrastrados, pero todos confiesan que en su interior sienten algo que les impide darse cuenta de lo que están haciendo, que su cerebro se encuentra turbado, que sufren una fuerte alteración en el ejercicio de su razón; que esa alteración había sido anunciada por síntomas físicos de los que conservan, con claridad, el recuerdo: unos sienten un calor desgarrador que sube de su bajo vientre hasta la cabeza, etc. Otros afirman que una ilusión, una alucinación, un razonamiento falso era lo que les había llevado a la acción. (...)

Los impulsos irresistibles presentan todos los signos de una pasión llevada hasta el delirio; los enfermos, furiosos o no, arrastrados irresistiblemente a cometer actos que desapruaban, se dan cuenta de su estado, razonan como cualquiera, juzgan acertadamente, lamentan lo

que hacen y realizan esfuerzos para vencer ¿no se hallan entonces en un período de lucidez? Inmediatamente después, el paroxismo sucede a la remisión, reaparece el delirio, vuelven a sentirse arrastrados, ceden y la razón no les guía. Obedeciendo a un impulso que les domina, olvidan los motivos que tenían un momento antes y no ven más que el objeto de su furor, semejante al hombre que dominado por una fuerte afición moral no es capaz de ver más que el objeto de su pasión. (...)

Ya he dicho que esta oposición de las ideas, del razonamiento y de las inclinaciones con los actos de esta especie de vesania se explican por la versatilidad de las ideas y afectos que arrastran la movilidad de los impulsos maníacos; la voluntad fluctúa entre estas dos impresiones; estos enfermos se sienten arrastrados a cometer un acto irracional porque no gozan de su razón, porque están delirando: el hombre ya no posee la facultad de dirigir sus acciones porque ha perdido la unidad del Yo (...).

(...) Los enajenados, engañados por el delirio, por las alucinaciones, por las ilusiones, etc. matan; que los enajenados dominados por una *manía razonable*, matan, después de haber premeditado y razonado el homicidio que van a cometer, además existen otros enajenados que matan por un impulso instintivo. Estos últimos obran sin conciencia, sin pasión, sin delirio, sin motivos, matan por un impulso ciego, instantáneo, independiente de su voluntad; se encuentran en un acceso de monomanía sin delirio.

La observación demuestra que los enajenados afectados por una monomanía homicida, lo mismo son de carácter sombrío, melancólico, caprichoso, violento, como enfermos que se han hecho notar por la dulzura, por la bondad de sus costumbres. El estado de la atmósfera, ciertos desórdenes en los órganos de la vía nutritiva, la sobreexcitación de la sensibilidad nerviosa, los vicios de la educación, la exaltación de los sentimientos religiosos, el poder de la limitación, las penas, la extrema miseria, son las causas excitantes de esta enfermedad. (...)

Algunas veces los monomaníacos homicidas se sienten agitados por una lucha interna entre el impulso de matar y los sentimientos y los motivos que les apartan de ello; la violencia de esta lucha está en razón de la fuerza del impulso y del grado de inteligencia y de sensibilidad que se conserva. Esto es tan cierto que a menudo los enajenados, cualquiera que sea el carácter del delirio, tienen veleidades con la muerte, pero estas veleidades no les arrastran; para otros el deseo de matar es grande, se siente a menudo y es combatido por el enfermo; en algunos el impulso es más enérgico, se establece una lucha interior que turba, agita al enfermo y le hace sufrir las angustias más espantosas; y finalmente, para un pequeño número el impulso es tan violento e instantáneo que no existe lucha y la acción sigue inmediatamente; esta agitación, esta lucha, estas angustias que preceden al homicidio son tanto más fuertes cuanto mayor inteli-

gencia y sensibilidad conserva el enfermo, tal como se observa cuando se estudia con atención a todos estos monomaníacos. (...)

La monomanía homicida no respeta ninguna edad ya que ni los niños de 8 a 10 años están exentos de ella. Es generalmente periódica; el paroxismo o acceso está precedido de síntomas que señalan una agitación general. Los enfermos sufren cólicos, ardores en las vísceras, calores en el pecho, cefalalgias; padecen insomnio, la cara se les pone roja o muy pálida, la piel oscura, el pulso fuerte y rotundo, el cuerpo afectado de temblores convulsos. Por lo general el enfermo golpea sin que ningún acto exterior pueda hacer presentir el acceso al que se va a entregar. Una vez

realizado el acto, parece que el acceso ha terminado; algunos monomaníacos homicidas parecen librarse de un estado de agitación y de angustia que les era muy doloroso. Se sienten tranquilos, sin pesar, sin remordimientos y sin temores. Contemplan a su víctima con sangre fría; algunos sienten y manifiestan una especie de satisfacción. La mayoría, lejos de huir, permanecen junto al cadáver o van a acusarse ante los jueces, denunciando la acción que acaban de cometer. Un pequeño número, sin embargo se alejan, esconden el instrumento y ocultan las huellas del crimen. Pero pronto se traicionan a sí mismos, o si son detenidos por los agentes de la autoridad se apresuran a revelar su acción y dan a conocer los más pequeños detalles y motivos de su huida. ■