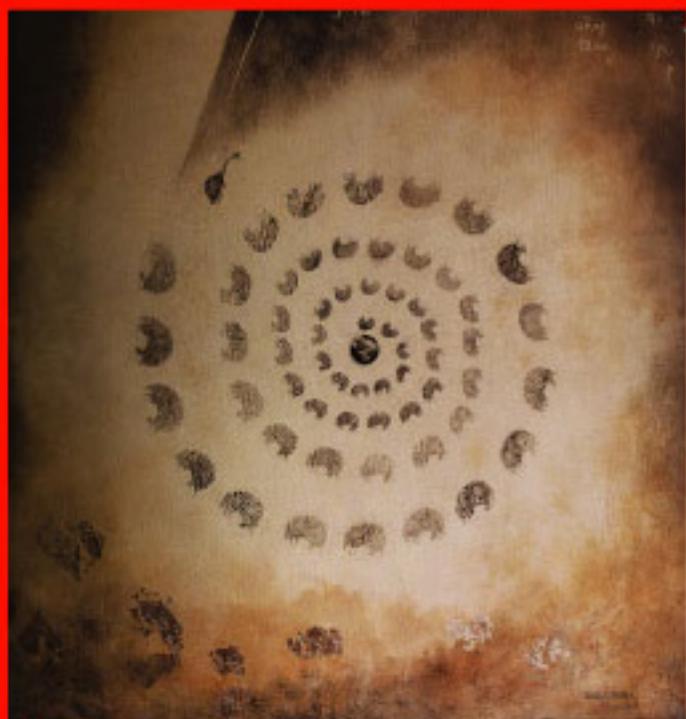




VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

61



ASPECTOS FORENSES EN LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA

*Ascazibar / Cáceres / Campos /
Folino / Romi / Rudelir / Silveri / Spinetto /
Stingo / Toro Martínez / Uctn / Zazzi*

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, 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, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke.
AUSTRIA: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** 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. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, 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. Matta (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. Stepanyk (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, 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. **RIO 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. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

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

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(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
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920 1°B. Buenos Aires

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVI N° 61, MAYO – JUNIO 2005

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.

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
bimestral.

Indizada en el
acopio bibliográfico
“*Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud*” (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

*Ilustración de tapa
Estela Pereda
“Laberinto”
150 x 150 cm
Oleo, transfer, plata sobre tela
2000*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Cognición en distimia**, P. Harris, R. Allegri, C. Dillon, C. Serrano, L. Loñ, V. Villar, L. Lopez Amalfara, J. Butman, F. Taragano pág. 165
- **Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada**, G. Vetere, R. Rodríguez Biglieri pág. 170

DOSSIER

ASPECTOS FORENSES EN LA PSIQUIATRIA CLINICA

- **Evaluación de la heteroagresividad**, N. R. Stingo, M. C. Zazzi pág. 178
- **Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia**, J. O. Folino, M. S. Cáceres, M. L. Campos, M. Silveri, S. Ucin, M. Ascazibar pág. 188
- **Evaluación del riesgo suicida: Peligrosidad para sí. Aspectos Clínicos y Médico-Legales**, E. Toro Martínez, M. Rudelir pág. 196
- **Proceso psicodiagnóstico en Simulación**, M. Spinetto pág. 206
- **Dificultades que se presentan en la peritación médico legal sobre abuso sexual**, J. C. Romi pág. 213

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Vejez y capacidad civil. Informe Médico Legal**, por José T. Borda y Osvaldo Loudet pág. 222

CONFRONTACIONES

- **“Cuando la leyenda se convierte en hecho, publica la leyenda”:** Estudio de campo sobre aspectos éticos de la práctica psiquiátrica en la Argentina, P. Pieczanski, D. Matusevich, A. Ragusa, E. Goyos, C. Finkelsztein pág. 228

LECTURAS Y SEÑALES

- **Lecturas** pág. 237
- **Señales** pág. 238

EDITORIAL

E

l miércoles 4 de mayo el centro de la ciudad de Buenos Aires se conmovió por una manifestación que se realizó en las adyacencias de la sede de su Legislatura. Un elevado número de Residentes psicólogos y médicos de distintas especialidades se movilizaron solidariamente en reclamo de una recomposición salarial. Según datos proporcionados por sus organizadores asistieron alrededor de 1.200 profesionales provenientes de cerca de quince hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad y del Estado Nacional.

Además de informar de este acontecimiento que nos toca a los trabajadores de la Salud Mental de todas las generaciones, y no solamente a los que están atravesando su formación inicial, el hecho nos invita a volver a interrogarnos por su situación y a solidarizarnos con ellos. El planteo no está divorciado de otras carencias que sienten los Residentes. En el ámbito particular de nuestra especialidad, se las escucha en las Jornadas Metropolitanas de Residentes de Salud Mental que se realizan anualmente en Buenos Aires, también en otros eventos organizados en puntos del interior del país y, sobre todo, se las pudo registrar con detalle en el primer Encuentro Nacional de Residentes y Profesionales en Formación de Salud Mental que tuvo lugar en noviembre del año pasado y que continuará este año en Tucumán con un segundo Encuentro de los mismos actores. Recordemos que en el mismo tuvo un rol convocante la Redacción de la revista Clepios, que desde hace varios años es órgano de expresión de los Residentes. Se plantearon allí varios ejes principales de reivindicación, que hemos comentado en Editoriales anteriores. La permanente tensión entre las exigencias de una formación coherente y profunda y la sobrecarga de trabajo asistencial a la que se ven sometidos los jóvenes profesionales es moneda corriente en su extenuante labor. Es frecuente que se vean confrontados, sin un encuadramiento adecuado, a atender una demanda cada vez más compleja que golpea la puerta de las instituciones públicas. Las actividades formativas, más allá de los ingentes esfuerzos que se vienen haciendo en distintos lugares, sigue siendo deficitaria. El tiempo necesario para ella escasea en la vida cotidiana de nuestros Residentes y el costo de la misma, en libros y revistas especializadas, ausentes en las bibliotecas universitarias, es sumamente elevado. El salario no se corresponde con la magnitud de la carga laboral que se exige. Muchos tienen responsabilidades familiares o están en situación de contraerlas. Quizás por todo ello es que el agotamiento y el llamado síndrome de burn-out los acecha constantemente. Los preocupa mucho el destino del hospital público y su futuro laboral; muchos quisieran quedarse en aquél, pero el hospital se vuelve inhospitalario al final de la Residencia y los expulsa por falta de cargos.

El camino elegido por los Residentes parece ser el más adecuado para atender a todas esas necesidades: agruparse, organizarse, confrontar ideas entre ellos y reclamar por sus derechos como trabajadores de la salud. Esa actitud madura y propositiva es una manera –que se debe escuchar y satisfacer– de contribuir a la defensa de la Salud Pública.

Es de esperar que sus reclamos sean canalizados rápidamente por los responsables políticos encargados del tema. Porque una cosa que parece segura es que nuestros jóvenes colegas no cejarán en su lucha; y bastante es esperar de ellos que estudien y que tomen a cargo el sufrimiento mental de nuestra población, como para pedirles, además, que empleen sus energías en construir el barco en el que deben navegar ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (aprox. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...
 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.
- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.

Cognición en distimia

Paula Harris - Ricardo F. Allegri

Laboratorio de Investigación de la Memoria ("A Zubizarreta", GCBA), Buenos Aires, Argentina. Servicio de Neuropsicología del Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET).

Carol Dillon - Cecilia M. Serrano - Leandro Loñ

Laboratorio de Investigación de la Memoria ("A Zubizarreta", GCBA), Buenos Aires, Argentina. Servicio de Neuropsicología del Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Veronica Villar - Luciana Lopez Amalfara - Judith Butman

Laboratorio de Investigación de la Memoria (Hospital "A Zubizarreta", GCBA), Buenos Aires, Argentina.

Fernando E. Taragano

Servicio de Neuropsicología del Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La depresión es un trastorno que afecta aproximadamente al 10% de la población en algún momento de la vida. El síndrome depresivo incluye varios

subtipos, con diferentes síntomas y etiologías, como la depresión unipolar o episodio depresivo mayor, la depresión como parte del trastorno bipolar, la distimia, y la depresión secundaria a una enfermedad médica (DSM-IV, 1994)(15)

Resumen

La depresión es un trastorno que afecta aproximadamente al 10% de la población en algún momento de la vida. Incluye varios subtipos, entre ellos la distimia que se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos dos años. El objetivo del presente trabajo fue estudiar el perfil de las alteraciones cognitivas en pacientes con síndrome depresivo de tipo distímico. Fueron evaluados con un examen neurológico, una entrevista psiquiátrica semiestructurada y una extensa batería neuropsicológica 93 pacientes con diagnóstico de síndrome depresivo de tipo distímico y 41 sujetos controles apareados por edad y escolaridad. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en los test span directo e inverso, recuerdo inmediato y diferido de una historia, y en las fluencias semánticas y fonológicas. En memoria los resultados fueron significativamente peores en memoria lógica que en la serial y esto correlacionó con los test atencional y la escala de nivel de depresión. Conclusiones: La evaluación neuropsicológica de pacientes con síndrome depresivo de tipo distímico mostró trastornos en funciones atencionales y mnésicas. El eje de las alteraciones pasaría por la esfera atencional la cual sería responsable de los otros compromisos.

Palabras clave: Depresión – Distimia – Neuropsicología – Cognición – Memoria – Atención.

COGNITION IN DYSTHYMIA

Summary

Depression is named as one of the most prevalent Mental Health problem, affecting almost 10% of the population. According to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) different subtypes are included. Dysthymic Disorder is characterized by a depressed mood for most of the day, for more days than not, as indicated either by subjective account or observation by others, for at least 2 years. The aim of this study was to investigate the neuropsychological profile of dysthymic disorder. Ninety three patients fulfilling criteria for dysthymia were examined on a variety of cognitive tasks, neurological exam and a semi-structured psychiatric interview. Forty one non-depressed individuals served as controls. Significant differences between groups were found in digit span; immediate and delayed recall of a story; and semantic and phonologic fluency. Logic memory was worse than serial learning task, and has a correlation with attention deficit and depressive features. Conclusions: This results indicate that the neuropsychological performance of patients with dysthymic disorder exhibit impairments in attention and memory. Attentional deficits appear to be the key of cognitive deficits in dysthymia.

Key words: Depression – Dysthymia – Neuropsychology – Cognition – Memory – Attention.

Tabla 1
Datos demográficos

	Pacientes con Distimia	Sujetos Controles	p
Edad (en años)	57.9 (13.8)	57.9(12.6)	ns
Escolaridad (en años)	10.1 (5.7)	11.8 (4.3)	ns
MMSE	28.3 (1.6)	28.9 (1.1)	ns
Beck (depresión)	20.7 (8.6)	7.8 (5.3)	<.001

Referencias: MMSE: Mini Mental State Examination, Los valores están expresados en media (desvío estándar). ns: no significativo.

La distimia se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos dos años, y dos o más de lo siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

En los últimos años ha habido un creciente interés en clarificar el perfil cognitivo del síndrome depresivo; sin embargo aún no hay concordancia entre los distintos autores acerca de las principales funciones alteradas(14).

Williams y col(32) observaron en estos pacientes dificultades de concentración y atención, lo que acarrearía a su vez alteraciones de la memoria a corto plazo. Asimismo sugieren que los trastornos de la atención podrían estar involucrados en la lentificación del procesamiento cognitivo y en la incapacidad de implementar estrategias exitosas.

En el estudio de Landro y col(21) realizado en individuos con trastorno depresivo mayor en fase aguda se señala la presencia de déficit cognitivos en memoria, velocidad psicomotriz, atención sostenida y funciones ejecutivas –específicamente en dominios que involucren resolución de problemas y memoria-. Asimismo, en el mismo trabajo se encontró una correlación positiva entre la severidad de la sintomatología depresiva y los trastornos cognitivos. Veiel(29), en una revisión sobre las alteraciones neuropsicológicas asociadas a depresión mayor concluye que las alteraciones son consistentes con un deterioro global y difuso de las funciones cognitivas. Sin embargo otros autores como Elliot(16) sugieren que a pesar de que se observan dificultades en diversos dominios cognitivos, los déficit predominantes son los ejecutivos, asociados con disfunción del lóbulo frontal.

Según Kaplan(20) los síntomas de la depresión y la distimia compartirían similares bases biológicas diferenciándose sin embargo en la fisiopatología subyacente.

El objetivo del siguiente trabajo es estudiar el perfil de las alteraciones neuropsicológicas en pacientes con síndrome depresivo de tipo distímico.

Pacientes y Métodos

Pacientes

Fueron evaluados 93 pacientes con diagnóstico de síndrome depresivo de tipo distímico de acuerdo al DSM-IV(15), que habían sido derivados para evaluación a

nuestros Servicios (del CEIC y del hospital "A Zubizarreta") entre los años 2002 y 2004, y 41 sujetos controles apareados por edad, y escolaridad. Para estudiar a los pacientes con un grado leve a moderado de depresión se incluyeron sólo aquellos que obtuvieron en el Inventario de Beck(8) un puntaje igual o mayor a 10 y menor de 25. Se excluyeron aquellos pacientes con depresión mayor, patología neurológica, alteraciones neuropsiquiátricas, y enfermedades médicas que afectaran el SNC.

Métodos

Todos los sujetos que participaron del estudio fueron evaluados en nuestro Servicio con una entrevista psiquiátrica semiestructurada, un examen neurológico y psiquiátrico. Una vez entrevistados por psiquiatra y neurólogo y certificado el diagnóstico de distimia (DSM-IV) fueron estudiados por neuropsicólogos con el inventario de depresión de Beck(8) y se estableció el perfil cognitivo con una extensa batería Neuropsicológica que incluyó:

1. Test generales

- Examen mínimo del estado mental (del inglés *Mini Mental State Examination*)(18) (adaptación Allegri y col. 1999)(5)(normas en Butman y col. 2001)(13).
- Cuestionario del estado mental de Pfeiffer (1975)(25).
- Coeficiente Intelectual Global (CIG), Coeficiente Intelectual Verbal (CIV) y Coeficiente Intelectual Ejecutivo (CIE) del Test de inteligencia de Wechsler reducido (WASI, 1999)(30).

2. Test de Orientación Temporal:

- Test de Orientación de Benton (1983)(9).

3. Test de atención:

- Subtest de span directo e inverso del Wechsler(31).
- Subtest A del test de los trazos (del inglés *Trail making A*)(26).

4. Test de memoria episódica:

- Batería de Memoria de Signoret(28).
- Recuerdo inmediato de una historia.
- Recuerdo diferido de una historia.
- Aprendizaje de una lista de 12 palabras.
- Recuerdo diferido de la lista de 12 palabras.
- Recuerdo facilitado por claves semánticas de la lista de 12 palabras.
- Reconocimiento por elección múltiple de la lista de 12 palabras.

5. Test de lenguaje:

- Test de denominación Boston (versión reducida de Serrano y cols, 2001)(27).
- Test de Denominación de Boston (versión adaptada, Allegri y cols, 1997)(4).
- Fluencia Verbal fonológica y semántica de Benton(9) (versión Butman y cols, 2000)(12).

6. Test visuoespacial

- Test del Reloj(19).
- Subtest de Cubos del WASI(30).

7. Test de Abstracción y razonamiento lógico

- Subtest de Analogías del WASI(30).
- Subtest de Matrices del WASI(30).

8. Test de funciones ejecutivas

- Subtest B del test de los trazos (Trail making B)(26).

Todo el trabajo clínico estuvo sujeto a las "Reglas de Buenas Prácticas Clínicas", última revisión de las declaraciones de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2001)(7) así como las regulaciones de las Autoridades de Salud del GCBA.

Análisis estadístico

Las variables demográficas edad y escolaridad entre las poblaciones fueron analizadas mediante un test de Student. Para el resto de las variables se utilizó el análisis de varianza de una vía (ANOVA) para la comparación de las medias. Las correlaciones existentes entre las variables en pacientes y controles fueron analizadas por medio del coeficiente de correlación no paramétrica de Spearman. Una $p < .01$ fue considerada como estadísticamente significativa. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

Resultados

Los pacientes y los controles no mostraban diferencias significativas en ambos grupos, en la edad, en la escolaridad y el nivel cognitivo global comparado por el *Mini Mental State Examination*(18). La escala de Beck(8)era significativamente más alta en los sujetos con distimia. Ver Tabla 1.

En las pruebas neuropsicológicas se encontraron diferencias significativas el CI global, el cual fue significativamente más bajo en los pacientes con distimia. Cuando se discriminó entre CI verbal y CI ejecutivo, el segundo mostraba diferencias significativas entre las poblaciones, no así el primero.

En las pruebas de atención se encontraron diferencias estadísticas en el span directo y el span inverso y en las sustracciones seriales. En memoria episódica las diferencias se encontraron en el recuerdo lógico (recuerdo inme-

Tabla 2
Pruebas Neuropsicológicas de Pacientes con Distimia y Controles

	Pacientes con Distimia	Sujetos Controles	ANOVA	p
Test Generales				
• MMSE 18	28.3 (1.6)	28.9 (1.1)	2.18	ns
• Pfeiffer 27	0.4 (0.8)	0.4 (1.7)	0.13	ns
• CI Global (WASI) 32	95.6 (13.9)	109.0 (16.3)	11.8	<.001
• CI Verbal (WASI) 32	100.7 (14.5)	110.4 (13.9)	7.00	ns
• CI Ejecutivo (WASI) 32	90.9 (14.8)	106.1 (18.7)	13.3	<.001
Test de Orientación (Benton)	90.2 (0.8)	0.0 (0.0)	2.69	ns
Test de Atención				
• Sustr.serial de 7 (MMSE 18)	3.6 (1.7)	4.4 (1.1)	7.14	<.01
• Deletreo Inverso de Palabra MUNDO (MMSE 18)	4.7 (0.8)	4.7 (0.8)	0.04	ns
• Sustr.serial de 3 del Pfeiffer	270.2 (0.4)	0.0 (0.2)	7.67	<.01
• Span Directo del WAIS 33	5.2 (1.2)	6.0 (1.2)	13.02	<.001
• Span Inverso del WAIS 33	3.6 (1.0)	4.5 (1.1)	15.17	<.001
• Trail Making A 28	63.8 (36.0)	60.3 (77.7)	0.14	ns
Test de Memoria Episódica				
• Recuerdo Lógico Inmediato	306.5 (2.5)	7.8 (2.5)	7.30	<.01
• Recuerdo Lógico Diferido 30	6.0 (2.7)	7.9 (2.5)	13.45	<.001
• Aprendizaje Serial 30	8.6 (1.8)	9.1 (1.2)	2.29	ns
• Recuerdo Serial 30	7.2 (2.4)	8.3 (1.5)	8.16	<.01
• Recuerdo con Claves 30	10.2 (1.9)	10.9 (1.5)	3.76	ns
• Reconocimiento 30	11.5 (0.8)	11.7 (0.6)	1.76	ns
• BSRT (libre) 11	6.6 (1.7)	7.4 (1.0)	6.23	ns
• BSRT (reconocimiento) 11	7.1 (1.2)	7.5 (1.0)	2.48	ns
Test de Lenguaje				
• Test denominación 4	47.9 (7.1)	51.1 (6.7)	6.09	ns
• Fluencia Semántica 12	16.9 (5.0)	19.7 (4.4)	9.62	<.005
• Fluencia Fonológica 12	13.0 (4.9)	16.0 (5.2)	9.92	<.005
Test Visuoespacial				
• Test del Reloj 19	6.4 (0.9)	6.8 (0.5)	5.77	ns
• Subtest de Cubos 32	28.9 (15.2)	37.3 (16.1)	4.42	ns
Test de Abstracción y Razonamiento Lógico				
• Subtest de Matrices 32	16.9 (12.9)	22.0 (10.4)	2.64	ns
• Subtest de Analogías 32	32.11 (8.5)	33.7 (7.7)	0.60	ns
Test de Funciones Ejecutivas				
• Trail Making B 28	155.0 (97.4)	123.3 (90.6)	3.00	ns
<i>Referencias: MMSE: Mini Mental State Examination, Pfeiffer: Cuestionario del Estado mental de Pfeiffer, CI Cociente intelectual, BSRT Buschke Selective Reminding Test; WASI Weschler Abbreviated Scale of intelligence. Los valores están expresados en media (desvío estandar). Para comparar las poblaciones se utilizó el analisis de varianza de una vía (ANOVA), los valores de $p < .01$ son considerados estadísticamente significativos.</i>				

diato y diferido de una historia) y recuerdo diferido serial (recuerdo libre de una lista de palabras). Los pacientes mejoraban significativamente con las facilitaciones tanto semánticas como por elecciones múltiples no mostrando diferencias con los controles en estas últimas. En las pruebas de lenguaje, las diferencias se encontraron en las pruebas de fluencias y no en el test de denominación.

Tabla 3
Correlación entre memoria lógica y atención

	Recuerdo Lógico Inmediato		Recuerdo Lógico Diferido	
• Span Directo del WAIS ³³	0.353	**	0.350	**
• Span Indirecto del WAIS ³³	0.353	**	0.354	**
• Sustr.serial de 7 (MMSE ¹⁸)	0.135	ns	0.190	*
• Deletreo Inverso de Palabra MUNDO (MMSE ¹⁸)	0.235	**	0.357	**
• Sustr.serial de 3 del Pfeiffer ²⁷	-0.356	**	-0.359	ns
• Trail Making A ²⁸	-0.435	**	-0.406	**
<i>Coefficiente de correlación de Spearman (no paramétrico)</i>				
<i>* Correlación es significativa al nivel 0.05 (dos colas)</i>				
<i>** Correlación es significativa al nivel 0.01 (dos colas)</i>				

Tanto en las pruebas de orientación como en las de visuoespacialidad, en las de abstracción y en las de funciones ejecutivas no hubo diferencias significativas con los controles (Ver tabla 2).

El puntaje de la escala de depresión de Beck correlacionó significativamente con las pruebas de sustracción serial de 7 ($r = 0.352$; $p < .05$); el span inverso ($r = 0.516$; $p < .01$); el recuerdo lógico inmediato ($r = 0.354$; $p < .01$); el recuerdo lógico diferido ($r = 0.354$; $p < .01$); la fluencia semántica ($r = 0.358$; $p < .01$), la fluencia fonológica ($r = 0.235$; $p < .01$) y el *Trail Making B* ($r = 0,351$; $p < .01$).

No se encontraron correlaciones significativas entre el puntaje del Beck y el aprendizaje serial, el recuerdo serial libre ni el reconocimiento.

Las pruebas de recuerdo episódico lógico (RLI, RLD) correlacionaron significativamente con las de atención span directo e inverso, ítems atencionales del MMSE (Sustracción serial de 7, deletreo de la palabra mundo al revés), resta serial 19 menos 3 y subtest A del Test de los trazos (ver Tabla 3).

Discusión

Los trastornos neuropsicológicos en pacientes con síndrome depresivo han sido ampliamente estudiados, sin embargo aún no existe consenso respecto a las principales funciones alteradas ni a la causa de las mismas (ver Revisión de Butman y cols., 2003)(14). Asimismo, entre los sujetos que consultan por olvidos, la queja se relaciona más a sus rasgos depresivos que a su declinación cognitiva(6). Mahoney y cols(24) encontraron una alta correlación entre la auto percepción de los déficits y los marcadores de ansiedad y estrés en el cuestionario de fallas cognitivas(10).

A fin de investigar el perfil cognitivo del síndrome depresivo de tipo distímico se evaluaron sujetos con compromiso de grado leve a moderado en la escala de Beck con una batería neuropsicológica que incluyó tests de memoria, lenguaje, atención, razonamiento abstracto y funciones ejecutivas entre otras.

Los pacientes con distimia y los controles se encontraban apareados por edad y escolaridad. El nivel cognitivo general (representado por el MMSE) era similar en ambas poblaciones. En el nivel intelectual global de los

pacientes (medido por el CI global) sí se encontraron resultados más bajos en éstos. Sin embargo cuando se separa entre CI verbal y CI ejecutivo en el primero no hay diferencias y en el segundo sí. Esto probablemente se explique en el hecho de que el CI ejecutivo está formado por pruebas que son dependientes del tiempo y de cambios atencionales y el CI verbal no. Así el menor CI de los distímicos obedecería más a esta última causa y no a un nivel premórbido más bajo.

En relación al perfil cognitivo, se encontraron fallas en la atención en las pruebas de memoria lógica, en las de recuperación espontánea de la memoria (recuerdo libre), y en las pruebas de fluencia verbal. To-

das estas técnicas requieren de actividades mentales que necesitan un esfuerzo voluntario; contrariamente a esto, aquellas pruebas que involucran procesos automáticos tales como la de denominación o la memoria de reconocimiento, se mantienen normales. Farrin y cols(17) también encontraron que la depresión interfiere específicamente en aquellas actividades mentales con mayores requerimientos de esfuerzo voluntario, en comparación con los procesos automáticos. Asimismo, otros autores(32) observaron alteraciones en las áreas cognitivas de atención (span inverso); memoria (recuerdo lógico inmediato y diferido) y funciones ejecutivas (fluencia semántica y fonológica y test de los trazos B).

Los resultados obtenidos en el presente trabajo mostraron una correlación positiva entre la severidad de la sintomatología depresiva (mayor puntaje en la escala de Beck) y el déficit cognitivo (bajo rendimiento en las pruebas neuropsicológicas). Esta correspondencia sugeriría la intervención de una variable cuantitativa produciendo mayor disfunción neuropsicológica a medida que aumenta el grado de depresión. Esta declinación cognitiva podría deberse, por un lado, a un déficit funcional (alteraciones bioquímicas, conductuales, etc.) y por otro a una disminución en la motivación.

A nivel de la memoria es interesante observar que los resultados mostraron una disociación entre una memoria episódica lógica alterada (recuerdo inmediato y diferido de una historia) y una memoria episódica serial normal (aprendizaje serial y reconocimiento); este patrón es inverso al observado habitualmente en los deterioros cognitivos de las demencias(2, 3, 23). Asimismo, la memoria lógica correlacionó con los tests atencionales, situación que no sucedió a nivel de la memoria serial. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Airaskinen E y cols(1) que encontraron dificultades atencionales y compromiso de la memoria lógica y en el recuerdo libre del aprendizaje serial. Esta correlación encontrada sugeriría la carga atencional de la memoria lógica, lo que justificaría las frecuentes discordancias halladas entre la lista de palabras (aprendizaje serial) y el recuerdo de la historia (memoria lógica). De acuerdo a Farrin y cols(17), el factor común entre ambos procesos cognitivos sería el

nivel de esfuerzo voluntario requerido para realizarlos. Estas hipótesis podrían ponerse a prueba en futuros trabajos.

Conclusiones

La evaluación neuropsicológica de pacientes con síndrome depresivo de tipo distímico mostró trastornos en funciones atencionales y mnésicas. Se evidencia claramente que el compromiso principal es a nivel atencional y que la alteración de este sería la responsable de los resultados obtenidos a otros niveles neuropsicológicos como la memoria ■

Referencias bibliográficas

- Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I and Forsel Y. Cognitive function in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med* 2004; 35: 83-91.
- Allegri RE, Harris P and Arizaga R. "Different cognitive profiles on memory in Parkinson's disease and Alzheimer's Disease". En Hanin Y, Fisher A, Yoshida M Eds. *Progress in Alzheimer's and Parkinson's diseases*. Plenum eds. (USA), 1998.
- Allegri RE, Harris P, Feldman M, Taragano F, y Paz J. Perfiles Cognitivos diferenciales entre la demencia frontotemporal y la demencia de tipo Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; 35: 463-466.
- Allegri RE, Mangone CA, Rymberg S, Fernandez A, and Taragano FE. Spanish version of the Boston naming Test in Buenos Aires. *The Clinical Neuropsychologist* 1997; 11, 4: 416-419.
- Allegri RE, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, Baumann D, Burin D, Burutarán K, Candal A, Delemberte W, Drake M, Elorza P, Feldman M, Fernandez P, Harris P, Kremer J, Stein G, Taragano F. El "Mini Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Rev Neurol Arg* 1999; 35: 35-35.
- Allegri RE, Taragano F, Feldman M, Harris P, y Nagle C. Relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte del familiar en pacientes con demencia de tipo Alzheimer. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 35 (6): 373-378.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Revista Neurológica Argentina* 2001; 35: 75-77.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, and Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
- Benton AL, Hannay HJ, Varney NR, Spreen O. *Contributions to neuropsychological assessment*. Oxford University Press, New York, 1983.
- Broadbent DE, Cooper PF, Fitzgerald P, and Parkes AR. The cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *Br J Clin Psychol* 1982; 20: 1-16.
- Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, and Lipton RB. Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. *Neurology* 1999; 52: 351-358.
- Butman J, Allegri RE, Harris P, Drake M. Spanish verbal fluency. Normative data in Argentina. *Medicina (B Aires)*. 2000; 60:561-564.
- Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A, Allegri RE, Mangone CA, Ollari JA. El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg* 2001; 35, 1: 11-15.
- Butman J, Taragano F, Allegri RE. Herramientas Neuropsicológicas en Depresión. *Vertex* 2003, 14(53):165-78.
- DSM IV - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Washington, D.C, 1994.
- Elliot R. The neuropsychological profile in unipolar depression. *Trends in Cognitive Sciences* 1998; 2: 447-454.
- Farrin L, Hull L, Unwin C, Wykes T, David A. Effects of depressed mood on objective and subjective measures of attention. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15, 1: 98-104.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J.Psychiatric. Res* 1975; 12; 179-188.
- Freedman M, Learch Kk, Kkaplan E, Winocur G, Schulman KI, Delis D. Clock Drawing. *A Neuropsychological Analysis*. Oxford University Press, New York, 1994.
- Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of Psychiatry*. 9° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.
- Landro NI, Stiles TC, Sletvold H. Neuropsychological Function in Nonpsychotic Unipolar Major Depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.*, 2001; 14(4): 353-350.
- Laurent B, Anterion C, Allegri RE. Memorie et demence. *Rev Neurol (Paris)* 1998, 154 Suppl 2: S35-49.
- Laurent B, Allegri RE, Anterion CT. "Memoria y envejecimiento". En Mangone CA Allegri RE, Arizaga RL y Ollari JA. Eds. *Demencia: aproximación multidisciplinaria*. Eds Sagitario, Buenos Aires, 1997.
- Mahoney AM, Dalby JT, King MC. Cognitive failures and stress. *Psychol Rep* 1998; 82: 1435-1435.
- Pfeiffer E. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 1975; 35(10): 435-41.
- Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958; 8: 351.
- Serrano CM, Allegri RE, Drake M, Butman J, Harris P, Nagle C, Ranalli C. Versión corta en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 2001; 35(7): 635-635.
- Signoret JL, Whiteley A. Memory battery scale. *Intern. Neuropsych. Soc. Bull* 1979; 2-35.
- Veiel HO A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1997 Aug;19(4):587-603.
- Wechsler D. Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) The Psychological Corporation, 1999.
- Wechsler D. *Test de inteligencia para adultos (WAIS)* Paidós, Buenos Aires, 1988
- Williams RA, Hagerty BM, Cimprich B, Therrien B, Bay E, Oe Hiroaki. Changes in directed attention and short-term memory in depression. *J. Psychiatric Res*, 2000; 35: 351-358.

Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Giselle Vetere

Psicóloga. Residente Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Bs. As. Docente Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA. Colombres 535, Dto 2. Lomas de Zamora. Bs. As. CP (1832). Tel. 4292-5476. E-Mail: gisellevetere@hotmail.com

Ricardo Rodríguez Biglieri

Psicólogo. Jefe de Trabajos Prácticos Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA.

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada fue incluido como un trastorno de ansiedad en los sistemas de clasificación en el año 1980, momento en el cual se constituyó como una categoría residual(1). En aquel entonces los síntomas debían tener una duración de por lo menos un mes, y cumplir al menos tres de cuatro categorías (tensión motora, hiperactivación, hipervigilancia y expectativa ansiosa). Los criterios diagnósticos fueron sufriendo diversas modificaciones a lo largo de las sucesivas ediciones de los sistemas oficiales de clasificación(1, 2, 3) y con ellos también han ido modificándose los tratamientos específicos para este trastorno. Recién en 1987 con el advenimiento del DSM III-R(2) se identificó una característica específica del trastorno de ansiedad generalizada que continúa siendo actualmente el criterio clave: "preocupación excesiva y/o irracional" y que condujo a un vuelco significativo en los tratamientos desarrollados. Hasta ese momento, la mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas tenían un corte conductual y apuntaban a controlar y reducir la ansiedad en sí misma, mediante procedimientos como el entrenamiento en el manejo de la ansiedad. Las mismas tenían una eficacia mucho menor a la reportada para otros trastornos, viéndose beneficiados cerca de un

tercio de los pacientes tratados. Más tarde, con la introducción de la preocupación como criterio diagnóstico clave –criterio propiamente cognitivo– los modelos de tratamiento fueron modificándose y ganando eficacia, la cual aún hoy en día continúa siendo pobre. En 1994, con la edición del DSM IV(3), el criterio clave siguió siendo el mismo, con el agregado de la incapacidad para controlar la preocupación. Por otra parte, los síntomas necesarios para realizar el diagnóstico se redujeron considerablemente, pasando de ser 6 de una lista de 18 en el DSM III R(2), a 3 de una lista de 6 en el presente. Los síntomas acompañantes hace referencia a tensión muscular, fatiga, inquietud o impaciencia, dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, alteraciones del sueño, irritabilidad (DSM IV)(3). La mejor definición contribuyó a la homogeneización de los pacientes incluidos en esta categoría y facilitó el desarrollo de investigaciones sobre el tema(29), es por este motivo que sólo se tomaran los estudios realizados en los últimos diez años.

Actualmente, si bien se cuenta con diversos modelos teóricos sobre el TAG, los protocolos de tratamiento se basan en modelos cuyas premisas apenas son sustentadas en escasas investigaciones(5, 9, 30, 44, 55, 56).

Se hará un repaso sobre aquellos modelos que han sometido a investigación sus hipótesis teóricas, o bien la

Resumen

El presente trabajo consiste en un análisis de los estudios de eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, así como de los supuestos teóricos que subyacen a los mismos. A tal fin se analizan los estudios realizados durante los últimos diez años que hayan evaluado la eficacia de distintos tratamientos para dicho trastorno, éstos han sido agrupados de acuerdo a los supuestos teóricos que los sustentan, y finalmente, se analizarán las investigaciones realizadas a cerca de éstos supuestos. La estrategia utilizada consiste en una búsqueda bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos MedLine, EBSCO, PubMed y PsycLIT. Los distintos estudios reportan índices de eficacia con una gran variabilidad, (entre el 45 y el 77%); el grado de validación teórica también varía ampliamente entre los distintos modelos de intervención. Se discuten las implicancias de los resultados en relación con las recomendaciones terapéuticas, así como de las hipótesis teóricas que, apenas investigadas, podrían arrojar luz al entendimiento del trastorno.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Generalizada – Tratamiento Cognitivo-Conductual – Eficacia – Modelos Teóricos.

EMPIRICAL VALIDATION OF THEORETICAL MODELS AND COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENTS FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Summary

The present article reviews cognitive-behavioral treatments efficacy studies for Generalized Anxiety Disorder, as well as theoretical suppositions that underlie such treatment models. Efficacy studies, carried out during the last ten years, are analyzed. They have been grouped according to theoretical models. Finally, the investigations that test this theoretical hypothesis are analyzed. The search was carried out in MedLine, EBSCO, PubMed and PsycLIT databases. The efficacy reported showed a great variability of outcomes, which varied from 45 to 77%. The degree of theoretical validation also varies thoroughly among different intervention models. Findings implications regarding therapeutic recommendations are discussed, as well as theoretical hypotheses that, hardly investigated, could improve our understanding of the disorder.

Key words: Generalized Anxiety Disorder – Cognitive Behavior Therapy – Efficacy – Theoretical Models

eficacia del tratamiento basado en las mismas, a fin de reflejar lo más exactamente posible el estado de la cuestión en el tratamiento del TAG.

La información utilizada para este estudio fue obtenida en las bases de datos electrónicas de MedLine, PubMed, EBSCO y PsycLIT. Las palabras claves empleadas a tal fin fueron: "Generalized anxiety disorder", "Generalized anxiety disorder treatment", "Randomized controlled trial for Generalized anxiety disorder".

Los estudios serán ordenados en función del modelo teórico que subyace al tratamiento, así como por el orden cronológico en que fueron desarrolladas.

Intervenciones Conductuales

El modelo conductual del TAG postula que la ansiedad es el resultado de un condicionamiento clásico. Ésta aparecería como respuesta a un estímulo, a la vez que actuaría luego como estímulo sobre respuestas(25). La señal de temor, asociada por condicionamiento a un estímulo inocuo, se expandiría cada vez más hacia otros estímulos mediante un mecanismo de generalización. A diferencia de lo que ocurre con las fobias específicas, en el TAG no existe un estímulo único que desencadene la señal de alarma, sino que una gran diversidad de situaciones puede gatillar la respuesta ansiosa. Por este motivo, la intervención conductual clásica de desensibilización sistemática, tan exitosa en otros trastornos de ansiedad, resultó inadecuada para el TAG. Las intervenciones propuestas tienden a utilizar estrategias de control de la ansiedad, se basan en la teoría del impulso sobre la ansiedad, y postulan que si una persona aprende a identificar las primeras señales de ansiedad, puede entonces poner en práctica técnicas para su reducción y de este modo mantenerla controlada. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad había mostrado buenos resultados en el tratamiento de ansiedad situacional en varios estudios(26, 27, 28, 48), y en algunos realizados para el TAG entendido sobre la base del DSM-III(18). Cabe recordar que en ese entonces los criterios diagnósticos diferían de los actuales, entre ellos el criterio de duración lo establecía como un cuadro agudo, siendo que hoy día se lo considera un trastorno crónico. Es por este motivo que de dichas investigaciones no puede concluirse eficacia sobre el cuadro que hoy llamamos TAG.

Para el trastorno tal como lo entendemos actualmente se han encontrado cuatro ensayos clínicos evaluando la eficacia de estos modelos. El primero de ellos, conducido por Durham(34) comparó la eficacia de la terapia cognitiva (TC), la terapia analítica y el entrenamiento en el manejo de ansiedad. El siguiente, realizado por Ost y Breitholtz(45) comparó la eficacia de la relajación aplicada (RA) y la TC. Más adelante, en un estudio conducido por Borkovec, Newman, Pincus y Lytle(10), pacientes con TAG recibieron una de tres intervenciones: a) Relajación aplicada y desensibilización auto controlada, b) Terapia cognitiva (TC) y c) una combinación de estos métodos. Finalmente, Arntz(4) llevó a cabo un ensayo

Tabla 1
Características generales de los distintos modelos Conductuales, Cognitivos Estándar y Metacognitivos del TAG

Modelo Conductual	Modelos Cognitivos Estándar	Modelos Metacognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad como producto de condicionamiento clásico. • Generalización de los estímulos asociados a la respuesta ansiosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación como estrategia de evitación cognitiva o de afrontamiento (bloqueo del procesamiento emocional). • Ansiedad como producto de la ecuación: Sobrestimación de la amenaza y Subestimación de las capacidades de afrontamiento. • Dificultades de los pacientes en la resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional. • Inadecuada orientación al problema. • Preocupación como estrategia de aproximación/evitación cognitiva (Bloqueo del procesamiento emocional). • Creencias positivas respecto de la preocupación. • Creencias negativas respecto de la preocupación.

con 45 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: TC o RA.

Los resultados mostraron la eficacia de los tratamientos de corte conductual en un 50 a 60% de los casos; no obstante el valor conclusivo de estos estudios es muy limitado dado que no cuentan con grupo control.

En la búsqueda se encontró tan solo un estudio controlado evaluando eficacia de intervenciones conductuales. El mismo fue realizado por Borkovec y Costello(9), quienes compararon terapia no directiva (considerada como condición de grupo control), relajación aplicada (RA) y Terapia Cognitiva Conductual (TCC) sobre un total de 55 pacientes. Los resultados mostraron que tanto la relajación aplicada como la TCC fueron claramente superiores a la terapia no directiva. Si bien en el postratamiento no se hallaron diferencias significativas entre RA y TCC, en el seguimiento, a los 12 meses, los pacientes de ambos grupos mantuvieron las ganancias. No obstante el 57,9% de los pacientes que recibieron TCC mostraron nuevas mejorías en comparación al 37,5% de los pacientes en RA.

En conclusión, contamos con un único estudio controlado que evalúe la eficacia de las intervenciones puramente conductuales en pacientes con TAG diagnosticados de acuerdo a los criterios actuales. La escasa investigación al respecto hace que el poder conclusivo sobre la eficacia de estas intervenciones sea limitado. No obstante, sobre la base de los datos obtenidos, podría sostenerse que estas intervenciones podrían producir resultados positivos en alrededor del 50% de los pacientes tratados, si bien se necesitaría dilucidar si estos logros se mantienen en el tiempo.

Intervenciones Cognitivas estándar o Cognitivo-Conductuales

Desde la terapia cognitiva estándar se postula que la ansiedad surge al interpretar situaciones como peligrosas o amenazantes, independientemente de que se trate de situaciones que entrañan un riesgo real o no. La ansiedad se

entiende como producto de la ecuación entre la probabilidad de la amenaza percibida y la capacidad de afrontamiento de la misma. Quienes padecen de TAG tenderían a exagerar la probabilidad de concretización de las amenazas, tomando como amenazantes situaciones ambiguas o inciertas, a la vez que subestimarían sus capacidades para lidiar o afrontar dicha situación temida(7).

En una serie de estudios se concluyó que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada sobreestiman la probabilidad de que les ocurran eventos negativos(16, 17). No obstante, estos resultados son contradictorios con los hallados por Craske et al(24), quien al comparar las preocupaciones en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y controles sólo encontró diferencias respecto a la incontrolabilidad de las mismas.

Quienes han diseñado estos modelos cognitivos para el TAG han realizado numerosas investigaciones sobre las características de la preocupación. Se considera que la misma es una actividad predominantemente verbal, dirigida a la resolución de problemas, que conlleva un afecto negativo. Ésta, para desarrollarse, necesita de la atención sostenida de quien se preocupa, lo cual marca enormes diferencias respecto a los pensamientos automáticos y las obsesiones(51; 59).

Dado que el supuesto principal para el modelo en cuestión es que la probabilidad de la amenaza se sobrestima, a la vez que se subestima la capacidad de resolución de la misma, la estrategia central es la reestructuración cognitiva, que apunta tanto a cuestionar la probabilidad de ocurrencia del suceso temido como a aumentar la percepción de control de la situación por parte del paciente. A su vez, se ha sostenido que la interpretación catastrófica de las situaciones llevaría a dificultades en la resolución de problemas. Este es el motivo por el cual diversos manuales de tratamiento incluyen el entrenamiento en solución de problemas como componente específico(15). No obstante, en un estudio realizado por Tallis(50), se concluye que más del 83% de las personas logran soluciones razonables a sus problemas mediante el uso de la preocupación. Finalmente, Borkovec & Inz(8) han propuesto que la preocupación podría ser utilizada por los pacientes con TAG como estrategia de evitación cognitiva de pensamientos con mayor carga afectiva. Este uso de la preocupación conduciría al bloqueo del procesamiento emocional de los estímulos evitados. Diversos estudios mostraron que el uso de la preocupación como medio de evitación de pensamientos o imágenes más temidas reduce las sensaciones fisiológicas de ansiedad, a la vez que incrementa posteriormente las intrusiones sobre aquellos temas evitados(8, 20, 57). En esta idea se sustenta la utilización de técnicas de exposición, no para desensibilizar al paciente, sino para desbloquear el procesamiento emocional(15). Si el paciente intentara evitar pensamientos temidos preocupándose y esto redujera su malestar de modo inmediato, pero incrementara la frecuencia de los mismos, se vería envuelto en un círculo vicioso en el cual cuanto más evita más frecuente se torna aquello que teme. Esta estrategia llevaría al uso excesivo de la preocupación y tal vez a la sensación de incontrolabilidad de la misma.

Se han hallado cuatro ensayos clínicos que evalúan la eficacia de este modelo de tratamiento; los mismos se han mencionado anteriormente(4, 10, 34, 45). De éstos cabe recordar que los modelos de intervención cognitiva estándar muestran eficacia entre el 50 al 62% de los casos tratados, con tendencia a presentar mejorías en

los seguimientos a los 6 y 12 meses.

En relación a los estudios controlados, se hallaron tres, uno no aleatorio y dos aleatorios.

En el primero, Stanley et al(47) compararon terapia cognitivo conductual (TCC) con una intervención que establecía un control mediante un contacto mínimo con el paciente en 85 adultos mayores. Los pacientes bajo la condición de TCC mejoraron significativamente en comparación con el grupo control. El 45% de los pacientes en condición activa mostró una buena respuesta al tratamiento comparado con el 8% en el grupo control, resultados que se mantuvieron en el seguimiento a un año.

De los estudios controlados aleatorios, el primero de ellos, conducido por Borkovec y Costello(9), fue descrito anteriormente. No obstante, se detallarán aquí algunas características de las intervenciones efectuadas. En este estudio, se comparó terapia no directiva (control), relajación aplicada, y TCC. La relajación aplicada se compuso de entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración lenta. La TCC incluyó elementos de relajación aplicada (RA) así como de desensibilización (exposición) como estrategia de afrontamiento y desbloqueo del procesamiento emocional, y reestructuración cognitiva, esta última buscaba modificar la interpretación catastrófica de los pacientes. Los resultados al finalizar el tratamiento fueron similares para RA y TCC, con índices de mejoría significativamente mayores al control. Si bien en el seguimiento al año los pacientes de ambos grupos mantuvieron las ganancias, 57,9% de quienes recibieron TCC obtuvieron nuevas mejorías, en comparación al 37,5% de aquellos que recibieron RA. Estos resultados podrían sugerir que la exposición a situaciones temidas y/o la reestructuración cognitiva podrían ser elementos específicos del tratamiento para el TAG.

El segundo estudio, conducido en 2003 por Wetherell, Gatz y Craske(60), evaluó una intervención grupal para adultos mayores. Un total de 75 adultos mayores con TAG fueron asignados aleatoriamente a 3 grupos: TCC, grupo de discusión y lista de espera. Los pacientes que recibieron TCC mostraron una mejoría mayor al grupo de discusión.

Las últimas investigaciones consignadas han sido realizadas con un diseño metodológico adecuado, por lo tanto el valor conclusivo de las mismas es elevado. Los índices de eficacia reportados para este modelo de intervención se ubican entre el 50 y 62%, y muestran una tendencia al incremento de las mejorías luego de finalizado el tratamiento.

Intervenciones Cognitivas con elementos Metacognitivos

A mediados de los años '90 se comenzaron a incluir en algunos modelos de tratamiento cognitivo conductuales intervenciones que apuntan a las creencias que posee el paciente respecto de presentar determinados pensamientos. Éstas se han dado en llamar metacreencias o metacogniciones. En lo referente al TAG se ha postulado que quienes padecen este trastorno presentan creencias positivas(29) o negativas, o bien ambos tipos(54), respecto al hecho de preocuparse. Es así como se comenzó a incluir dentro de las intervenciones el monitoreo y reestructuración de dichas creencias.

Los tratamientos cognitivo conductuales estándar, basados en el modelo de Beck(6, 7, 9, 19), no se centraron en

uno de los aspectos primarios del mantenimiento del cuadro, actualmente establecido como un criterio diagnóstico, es decir, en la apreciación del paciente respecto de la preocupación. Hasta la fecha, el único modelo teórico sobre el trastorno de ansiedad generalizada que toma en cuenta la apreciación negativa que el paciente adscribe a la preocupación, es el de A. Wells(54). En este modelo se postula que en primer lugar se desarrollarían metacreencias positivas, que conducirían a un uso voluntario de la preocupación como estrategia de afrontamiento de situaciones problemáticas o inciertas. Wells y Papageorgiou(57) han estudiado cómo esta estrategia crea sus propios problemas, al incrementar la sensibilidad a estímulos relacionados con los temas de preocupación, el rango de los mismos, y pensamientos intrusivos catastróficos. Cuando un paciente con TAG se preocupa, este proceso se acompaña de síntomas de hiperactivación fisiológica; estas sensaciones dan lugar al surgimiento de creencias negativas sobre la preocupación y al intento de control de la misma, que al convertirse en un nuevo foco de preocupación no hace más que aumentar la ansiedad, y con ella la valoración negativa del proceso. Es así como el proceso mismo de preocupación termina por convertirse en motivo de preocupación, al ser valorado negativamente. Los síntomas cognitivos y somáticos son entonces interpretados como signos de pérdida de control(58). Esta interpretación conduce al paciente a intentar controlar sus pensamientos, lo cual no hace más que aumentarlos(39, 46), y en consecuencia se incrementa también la sensación de falta de control(46, 53). Así, los pensamientos que se intenta evitar, retornarían aumentados por dos vías: por el intento mismo de suprimirlos, y por el uso de la preocupación como estrategia de evitación cognitiva.

Se postula que los pacientes intentarían controlar su preocupación empleando estrategias que darían como resultado un aumento de ésta, ya que entraría en juego el mecanismo paradójico que se activa con los intentos de supresión del pensamiento(8, 12, 20, 23, 39, 46, 53, 57).

La metapreocupación podría ser una de las dimensiones más importantes de la preocupación, ya que la apreciación de la misma, especialmente la percepción de falta de control (metapreocupación negativa), es aquello que diferenciaría a las personas con y sin trastorno de ansiedad generalizada(24, 55).

Recientemente, Wells y Carter(56) han llevado a cabo una investigación de la cual se desprende que los pacientes con TAG tienen mayores niveles de metapreocupaciones que otros pacientes ansiosos y que los controles. Por otro lado, estos autores hallaron que el grado en que una persona presenta metapreocupaciones correlaciona positivamente con la frecuencia con que se preocupa(56), sugiriendo que la aparición de metapreocupaciones marcaría el pasaje de la preocupación no patológica al TAG.

Tabla 2
Estudios de Resultados de los Tratamientos Conductuales, Cognitivos estándar y Metacognitivos, agrupados según el tipo de diseño

	<i>Ensayos Clínicos</i>	<i>Estudios Controlados no aleatorios</i>	<i>Estudios Controlados Aleatorios</i>	<i>Estudios de caso único</i>	<i>Eficacia</i>
Terapia Conductual	Durham, et al., 1994. Ost & Breitholtz, 2000. Borkovec et al., 2002. Arntz, 2003.		Borkovec & Costello, 1993.		37.5-60%
Terapia Cognitiva Estándar	Durham, et al., 1994. Ost & Breitholtz, 2000. Borkovec et al., 2002. Arntz, 2003.	Stanley et al., 2003	Borkovec & Costello, 1993 Wetherell, Gatz & Craske, 2003.		45- 62%
Terapia Metacognitiva			Ladouceur et al., 2000. Dugas, et al., 2003.	Dugas & Ladouceur, 2000. Léger, et al., 2003.	75-77%

Un hallazgo destacable ha sido que al comparar preocupaciones y metacreencias positivas y negativas en pacientes con TAG, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), otros trastornos de ansiedad y controles no ansiosos, sólo se hallaron diferencias significativas en la presencia de metacreencias negativas en los pacientes con TAG y TOC en comparación con los otros grupos(22).

En cuanto a los estudios de eficacia, si bien Adrian Wells(58) afirma que ha realizado una serie de estudios de caso único evaluando su modelo con muy buenos resultados, en la búsqueda realizada –en relación a los modelos con elementos metacognitivos– sólo se encontraron estudios de eficacia del modelo propuesto por Dugas y Ladouceur(29).

El tratamiento propuesto por estos autores señala cuatro aspectos sobresalientes del trastorno: la intolerancia a la incertidumbre, la inadecuada orientación al problema, la evitación cognitiva y las creencias erróneas sobre la preocupación y específicamente aborda las creencias positivas respecto del empleo de la preocupación como mecanismo de afrontamiento. Se utilizan técnicas tales como el entrenamiento en darse cuenta y en solución de problemas adaptado, exposición imaginaria y reestructuración cognitiva para las creencias positivas sobre la preocupación.

Se hallaron dos estudios de caso único. El primero(30) es un diseño de caso único con replicación sistemática en el que se aplicó el tratamiento cognitivo-conductual a cuatro pacientes con diagnóstico de TAG. Se compararon las mediciones de línea de base con las de postratamiento y a los 6 y 12 meses de seguimiento. Tanto al finalizar el tratamiento como a los seis meses,

tres de los cuatro sujetos no cumplían los criterios diagnósticos para TAG, y ninguno lo hacía al año.

El segundo estudio de caso (37), se llevó a cabo en siete adolescentes. Tres de ellos mostraron un cambio clínicamente significativo al postratamiento, el cual se mantuvo a los 6 y 12 meses de tratamiento, en los otros participantes se observó una mejoría de mínima a moderada.

Por otra parte, se hallaron dos estudios controlados. Ladouceur et al(36) realizaron un estudio en el cual veintiseis pacientes fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: 14 pacientes a TCC y 12 a lista de espera. Los resultados muestran que el tratamiento llevó a una mejoría clínica estadísticamente significativa, tanto al postratamiento como a los 6 y 12 meses de seguimiento. Luego del tratamiento, el 77% de los pacientes dejó de cumplir criterios para TAG y mejoró en las medidas de ansiedad, depresión y preocupación por lo menos un 20%.

Por último, Dugas, et al(31) evaluaron la eficacia de una intervención grupal de tipo cognitivo conductual en cincuenta y dos pacientes con TAG. La condición control consistió en un grupo de lista de espera. Los pacientes recibieron catorce sesiones de TCC en grupos de cuatro a seis integrantes. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron psicoterapia, en comparación con el grupo control, presentaban al postratamiento una mejoría significativa en todas las variables evaluadas (ansiedad, depresión, intolerancia a la incertidumbre y ajuste social). Los participantes tratados en la condición activa no solo mantuvieron las mejorías, sino que éstas aumentaron en el seguimiento a dos años.

Los índices de eficacia reportados por este grupo de trabajo superan ampliamente los obtenidos por otros investigadores (77% en comparación a 50 y 62%, respectivamente); cabe destacar que cada tratamiento se basa en un modelo distinto del cuadro, lo cual podría explicar los diferentes resultados.

No obstante, este último modelo de tratamiento no

ha sido evaluado por investigadores independientes, sino sólo por quienes diseñaron el tratamiento. Este hecho advierte respecto a la necesidad de que el modelo sea evaluado por otros grupos para que pueda establecerse su utilidad. No obstante, cabe suponer que la diferencia de resultados radique en la inclusión en el tratamiento de intervenciones a nivel metacognitivo.

Discusión

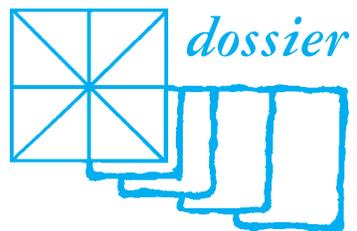
Sobre la base de los resultados de los diferentes estudios puede concluirse la eficacia de la Terapia cognitiva estándar y de la Terapia Cognitiva con elementos metacognitivos para el tratamiento del TAG. La RA ha mostrado eficacia similar a la obtenida mediante Terapia Cognitiva, si bien en los estudios se observa una tendencia hacia la pérdida de los resultados al seguimiento. No obstante, hasta la fecha se ha realizado tan sólo un estudio controlado que evalúa esta intervención; por lo tanto, son necesarias futuras investigaciones para evaluar la utilidad de la misma. Tanto en los estudios clínicos como en los ensayos controlados se observa una tendencia en los pacientes tratados con ambas formas de terapia cognitiva a mantener y ampliar la mejoría luego de finalizado el tratamiento.

Dada la alta eficacia reportada en los estudios con el modelo de tratamiento cognitivo que incluye elementos metacognitivos sería de suma importancia investigar la eficacia diferencial del mismo respecto de otras intervenciones, el papel que juega el componente metacognitivo en dicho tratamiento, así como las predicciones que se desprenden del modelo teórico en cuestión. Por otro lado, puesto que el modelo que posee mayor sustento empírico en sus hipótesis teóricas es el único que no cuenta hasta el momento con estudios controlados de eficacia, se torna imperante estudiar la eficacia del mismo ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª edición). Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª edición revisada). Barcelona: Masson.
3. American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª edición). Barcelona: Masson.
4. Arntz A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, (6), 633-647.
5. Barlow DH. (1995). The development of worry control treatment for generalized anxiety disorder. Paper presented at the *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy*, Copenhagen.
6. Barlow DH, Rapee RM, Brown TA. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570
7. Beck A, Emery G, y Greenberg R. (1985). *Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
8. Borkovec T, Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28. 153-8
9. Borkovec T, Costello E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (4), 611-619.
10. Borkovec T, Newman M, Pincus A, y Lytle R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (2), 288-298.
11. Borkovec TD, Roemer L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
12. Borkovec T, Shadick R, Hopkins M. (1991). "The nature of normal and pathological worry". In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. (ed. R.M. Rapee & D. Barlow). Guilford Press, New York.
13. Borkovec T, Mathews A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety: a comparison of nondirective, cognitive, and doping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-874
14. Borkovec T. y Rucio A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, (11), 37-42; discussion 43-45.

15. Brown T, O'Leary T, y Barlow D. (1993). "Generalized Anxiety Disorder". En Barlow, D. (ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step Treatment Manual*. Pp. 137-188. New York: Guilford Press.
16. Butler G, Mathews A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565.
17. Butler G. (1990). *Anxiety and subjective risk*. Unpublished D. Phil. Thesis. Open University, UK.
18. Butler G, Cullington A, Hibbert G, Klimes L, Gelder M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.
19. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
20. Butler G, Wells A, Dewick H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-56
21. Cameron J. (2002). Generalized Anxiety Disorder Has Worst Impact On Quality Of Life. Consultado el 16/06/2004 en: <http://www.psigroup.com/dg/1316a2.htm>
22. Cartwright-Hatton S, Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.
23. Clark DM, Ball S, Pape D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 29, 253-257.
24. Craske M, Rapee R, Jackel L, Barlow D. (1989). Qualitative Dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27, 397-402
25. Deffenbacher JL. (1998). "Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada". En V. E. Caballo (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol I). (pp. 241-263). Madrid, España: Siglo XXI
26. Deffenbacher JL, Shelton JL. (1978). Comparison of anxiety management training and desensitization in reducing test and other anxieties. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 227-282.
27. Deffenbacher JL, Michaels AC, Daley PC, y Michaels T. (1980). A comparison of homogenous and heterogeneous anxiety management training. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 630-634.
28. Deffenbacher JL, Michaels AC, Michaels T, y Daley PC. (1980). Comparison of anxiety management training and self-control desensitization. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 232-239.
29. Dugas M, Ladouceur R. (1998). "Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada". En V. E. Caballo (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol I). (pp. 211-240). Madrid, España: Siglo XXI
30. Dugas M, Ladouceur R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, (5), 635-657.
31. Dugas M, Ladouceur R, Léger E, Freeston M, Langlois F, Provencher M, Boisvert J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (4), 821-825.
32. Durham R, Turvey A. (1987). Cognitive therapy vs. Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234
33. Durham R, Allan T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
34. Durham R, Murphy T, Allan T, Richard K, Treliving L, Fenton G. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, (3), 315-323.
35. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition* (SCID I/P, Version 2.0). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
36. Ladouceur R, Dugas M, Freeston M, Léger E, Gagnon F, Thibodeau N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (6), 957-964.
37. Léger E, Ladouceur R, Dugas M, Freeston M. (2003). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: a case series. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, (3), 227-230.
38. Massion A, Warshaw M, Keller B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150.600-607.
39. Mckay D, Greisberg S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, 136, (2). 149-160.
40. Mendlowicz M, Stein M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:669-82.
41. Meyer T, Miller M, Metzger R, Borkovec T. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
42. Muris P, Merckelbach H, Horselenberg R. (1996) Individual differences in thought suppression. The wite bear suppression inventory: Factor structure, reliability, validity, and correlates. *Behavior Research and Therapy*, 34, 501-513.
43. Novy D, Stanley M, Averill P, Daza P. (2001). Psychometric Comparability of English- and Spanish-Language Measures of Anxiety and Related Affective Symptoms . *Psychological Assessment*, Vol. 13, No. 3, 347-355.
44. O'Leary T, Brown TA, Barlow DH. (1992). The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis. Paper presented at the meeting of the *Association for Advancement of Behavior Therapy*, Boston, MA.
45. Ost L, Breitholtz E. (2000). Applied relaxation vs. Cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, (8), 777-790.
46. Salkovskis PM, Campbell P. (1994). Thought suppression induces intrusions in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 1-8.
47. Stanley M, Beck J, Novy D, Averill P, Swann A, Diefenbach G, Hopko D. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (2), 309-319.
48. Suinn R, Richardson F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498.
49. Tallis F, Davey G, Bond, NC. (1994). "The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation". In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 285-297). Chichester, UK: Wiley.
50. Tallis F, Davey G, Capuzzo N. (1994). "The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation". In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 61-89). Chichester, UK: Wiley.
51. Turner SM, Beidel DC, Stanley MA. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena. *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
52. Wegner D, Zanakos S. (1994) Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62, 616-639
53. Wegner D, Schneider D, Carter S, White T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 5-13
54. Wells A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide*, Chichester: John Wiley & Sons.
55. Wells A Butler G. (1997). "Generalized anxiety disorder". En Clark, D. & C. Fairburn, C (ed.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. pp 179-208. Oxford: Oxford University Press.
56. Wells A, Carter K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 585-594.
57. Wells A, Papageorgiou C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behavior Research and Therapy*, 33, 579-583.
58. Wells A. (1999). Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 23, (4). 526-555
59. Wells A, Morrison T. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 867-870.
60. Wetherell J, Gatz M, Craske M. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (1), 31-40.



Las ilustraciones de este Dossier pertenecen a la obra del gran fotógrafo peruano Martín Chambí (1920-1950).

Aspectos forenses en la psiquiatría clínica

Esteban Toro Martínez,
Eduardo Leiderman y
Alexis Mussa

La práctica de un psiquiatra clínico incluye necesariamente situaciones que son de competencia de la psiquiatría forense. Destinado a tal fin, este Dossier intenta cubrir situaciones periciales específicas del campo de la psiquiatría forense que son compartidas con la psiquiatría clínica. Por lo tanto, el manejo de procedimientos periciales para enfrentar cuestiones complejas como la heteroagresividad, la autoagresividad, la peligrosidad predatoria, la simulación y el abuso sexual, se han vuelto en la actualidad exigencias cotidianas para el psiquiatra clínico.

En el artículo de los Dres. Stingo y Zazzi se mencionan diferentes cuestiones vinculadas con la definición y valoración de la agresividad y la violencia, poniendo especial énfasis en la evaluación integral de los aspectos psicológicos, sociales y biológicos para encuadrarlos en el contexto doctrinario jurídico vigente. Por su parte, en el trabajo del Dr. Folino y colaboradores se presta especial atención a los factores influyentes en la conducta violenta en el marco del Programa Piloto de Evaluación de Riesgos Deliberados de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Dichos factores, en tanto dinámicos, se caracterizan por su variación en el tiempo. Remarcan estos

autores la importancia en el desarrollo de acciones preventivas en el ámbito judicial, además de relacionar la recaída delictiva con la exclusión social el consumo de sustancias de abuso y la existencia de humor depresivo.

Los Dres. Toro Martínez y Rudelir proponen en su artículo brindar al psiquiatra clínico una guía sistematizada de evaluación de los diferentes factores de riesgo clínicos y sociodemográficos de suicidabilidad, al tiempo que intentan ponderar el impacto de este riesgo en las distintas etapas del proceso de suicidio, contextuando lo descrito dentro del marco legal vigente en nuestro medio.

Algunas de las dificultades a las que nos enfrentamos cotidianamente en nuestra compleja práctica clínica para poder arribar a un diagnóstico cierto son la de la simulación y la acusación a un tercero por abuso. De estas complejidades dan cuenta los respectivos artículos de la Lic. Spinetto y el Prof. Romi. En el primero de ellos se revisan los avances en la investigación clínica y neuropsicológica en el diagnóstico diferencial de la simulación. En el segundo se describen los distintos aspectos vinculados con la peritación de víctimas de abuso sexual, remarcando los inconvenientes que plantea en sus diversas instancias y poniendo especial atención en la evaluación pericial de los menores involucrados en estas situaciones ■

Evaluación de la heteroagresividad

Néstor Ricardo Stingo

Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional. Jefe del Depto. de Docencia e Investigación. Hosp. "José T. Borda". nstingo@reme.com.ar

María Cristina Zazzi

Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional. Jefe de Sección, Servicio de Atención Primaria I. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Mental, UBA

El diagnóstico y el pronóstico de peligrosidad en psiquiatría forense

La sociedad asiste en el comienzo de este siglo a un aumento de la violencia, y es frecuente que se asocie esa violencia con los trastornos psíquicos. Sin embargo, estudios de diversos autores demuestran que las personas que padecen un trastorno psíquico son responsables sólo de un mínimo de los eventos violentos. Hay algo ominoso que parece engendrar la violencia, y cada uno de nosotros coloca su visión sobre distintos aspectos, tales como los desequilibrios sociales y económicos, la marginación y/o los reajustes políticos. Estos hechos hacen circular el temor a lo imprevisible y a lo desconocido, contribuyendo, en ocasiones, a que la búsqueda de una nueva posición se realice mediante manifestaciones violentas. Cuando desde ciertos ámbitos políticos y económicos se impulsan modalidades de descomposición y corrupción, que degradan el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es probable que produzcan comportamientos de características delictivas y violentas.

Se está construyendo una sociedad regida por la fuerza, la desvalorización de la vida, el interés individualista y la satisfacción inmediata de los deseos, donde surge en forma manifiesta la ausencia del respeto y la consideración por el prójimo. La agresividad y la violencia han signado la historia del hombre, están consustanciadas con la estructura psicobiológica del organismo, enraizadas en la evolución filogenética de la especie y profundamente arraigadas en nues-

tro inconsciente(18). La agresividad constituye la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros internos y externos. Vista de esta manera, la agresividad –como respuesta psicobiológica de la cual disponen los seres humanos– es una respuesta adaptativa. Se expresa bajo diferentes formas: individuales y colectivas de autoafirmación, transmitidas y aprendidas.

La palabra agresividad, tiene su origen en la raíz latina *aggredi*, que significa avanzar, acercarse, atacar, en el sentido de tocar, que luego desemboca en el acto de comprender. Sólo modernamente, agresión significa ataque latente. Cada uno puede darle a la agresión un sentido diferente y simbolizarla de una manera particular. Cuando la agresión se transforma en destructiva, estamos en presencia de lo que denominamos violencia; es decir una conducta peligrosa. La violencia que se apoya en la exacerbación de los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social.

Manuel Mas, refiere que se ha propuesto una distinción entre agresión y violencia, basada en criterios de utilidad biológica. La primera sería una conducta normal, fisiológica, que ayuda a la supervivencia del individuo y su especie. El término violencia se aplicaría a formas de agresión en las que el valor adaptativo se ha perdido y que pueden reflejar un desorden de los mecanismos mentales relacionados con la expresión y control de la conducta agresiva. Y agrega: "la especie humana es capaz de formas de agresión, de una peligrosidad sin

Resumen

En este artículo se describen aspectos relacionados con la violencia y la agresividad. Se repasan los fundamentos psicológicos, sociales y neurobiológicos de la agresividad de acuerdo a diversos estudios y perspectivas teóricas. Diferentes nociones de peligrosidad son enumeradas, al mismo tiempo que se intenta delimitar el término al ámbito psiquiátrico forense. Se clasifican las diferentes formas de peligrosidad y su relación con los trastornos psiquiátricos relacionados. Por último se sitúa la peligrosidad en el Código Civil y en el Código Penal y se suministran escalas para la evaluación de la misma.

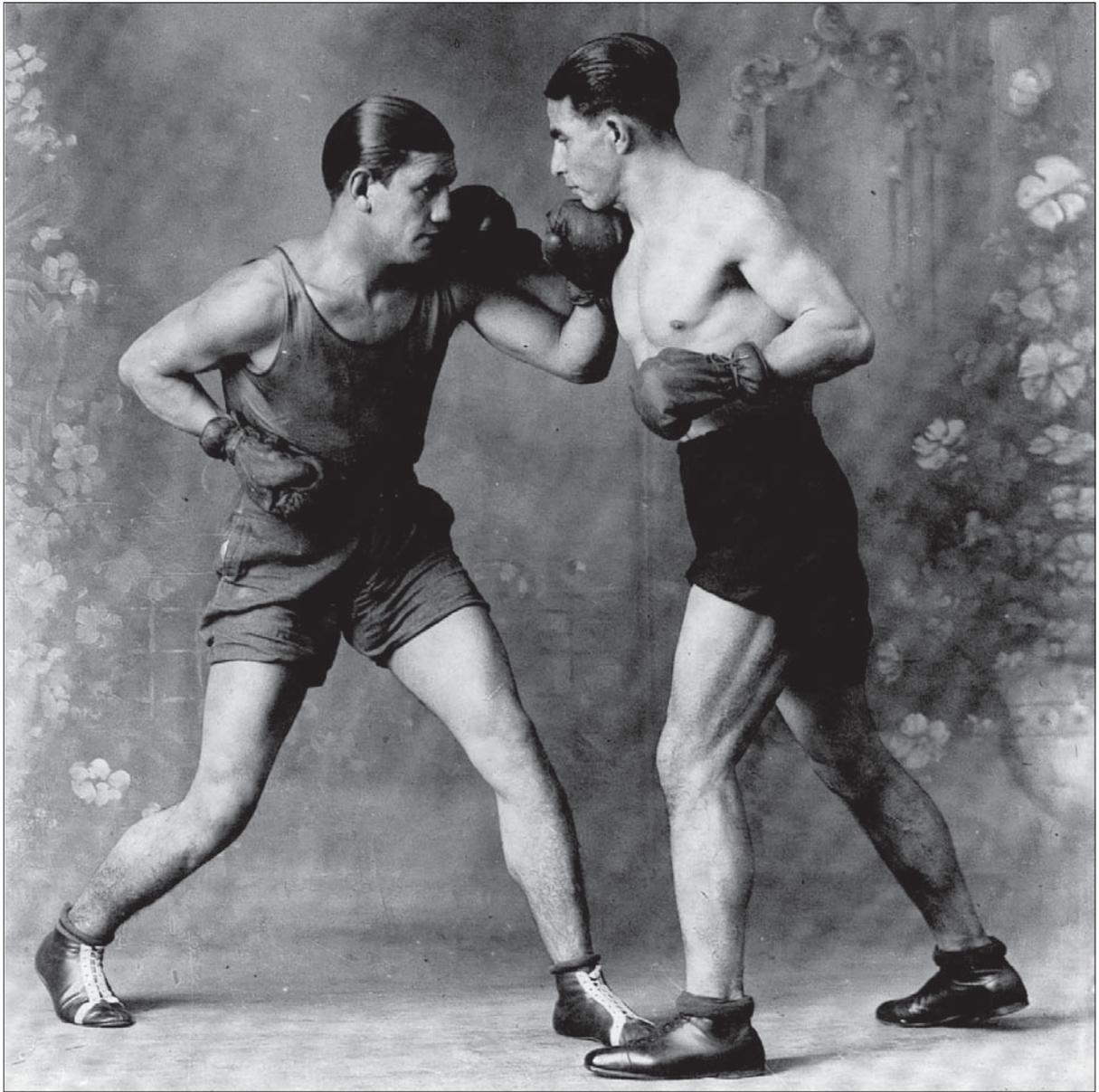
Palabras clave: Agresividad – Violencia – Peligrosidad – Evaluación forense

HETEROAGGRESSIVENESS' ASSESSMENT

Summary

In this article we describe topics associated with violence and aggressiveness. We review the psychological, social and neurobiological bases of aggressiveness according to different theoretical views. Different ideas about dangerousness are listed, and at the same time we try to delimit this term within the forensic psychiatric field. We classify different types of dangerousness and their relation with related psychiatric disorders. Finally, we locate dangerousness in the Civil and the Criminal Code and we supply scales for its assessment.

Key words: Aggressiveness – Violence – Dangerousness - Forensic assessment



precedentes en el reino animal, como guerra, terrorismo, opresión dictatorial, racismo, genocidio y daño ecológico"(24).

M. López Rey, señala que el problema de la violencia social debe estimarse como enfermedad social. La evolución y transformación de hábitos, costumbres, valores y actitudes, raramente es patológica. No obstante, dada esa profusa, inusitada y casi permanente violencia que observamos y experimentamos a diario, nos hace aceptarla como una expresión patológica de la convivencia o desavenencia en la sociedad(22).

La violencia puede desencadenarse en forma impulsiva o ante diferentes circunstancias situacionales. Ejemplos de ésta son el abuso de tóxicos, alcohol y drogas, el fanatismo político y religioso o la presencia de armas, que actúan como facilitadores. En otros casos, en forma planificada y sin ningún tipo de escrúpulos, tal como se da en la violencia psicopática, pero en todos los casos constituye una dimensión desintegrante de la sociedad.

Fundamentos psicológicos, sociales y neurobiológicos de la agresividad

La conducta agresiva humana— que puede tener consenso social o ser rechazada dependiendo de las características sociohistóricas en las que se desarrolle— permite plantear diversos interrogantes acerca de su naturaleza. H. Ey postula que: "La agresividad forma parte de la vida, es inmanente al género humano"(15). Diversas teorías trataron de dar cuenta (con mayor o menor éxito) acerca de la naturaleza de la conducta agresiva. Algunas entienden este fenómeno como una reacción innata a estímulos externos. Otras, como una reacción psíquica ante diferentes desencadenantes, como una conducta aprendida para eliminar situaciones frustrantes, o bien como un deseo de sostener normas o expectativas sociales.

Entre los sostenedores de la primera de estas postulaciones se encuentra Freud. El hombre, para él, es movido y dominado por agitaciones impulsivas (pulsionales) inconscientes. Es algo así como una mario-

neta de los impulsos. Afirmaba, asimismo, que todo lo que vive muere y que el objeto de la vida es la muerte. Tuvo la genialidad de darse cuenta de que los impulsos del comportamiento no son reactivos ni esperan como máquinas no utilizadas ni como reflejos el incentivo externo que los ponga en funcionamiento, sino que, contrariamente, es precisa la aplicación activa de energía para contener, al menos temporariamente, sus repercusiones. Con esto rompió con la ideología del arco reflejo. Freud equiparaba agresión con Pulsión de Muerte(16).

E. Fromm afirma que hay dos tipos de agresividad humana, una instintiva, biológicamente adaptativa, puesta al servicio de la supervivencia del individuo y de la especie, con asiento neurofisiológico en ciertas áreas del cerebro, sobre todo en el sistema límbico y otra caracterial, puesta en marcha cada vez que el hombre se siente amenazado en sus valores, símbolos e instituciones, en cuya fidelidad finca su sentido de mismidad personal(35).

El poder y la sensación de significación se entrelazan. El uno en forma objetiva y la otra en forma subjetiva, como una sensación de poder interior. Ningún ser humano puede existir mucho tiempo sin cierta sensación de significación, la que también puede buscarse ejerciendo la violencia o formulando exigencias psicóticas. Necesita creer que cuenta con algo, que es alguien. La carencia de esa significación se encuentra en la base de muchos actos de violencia. Rollo May, cuando desarrolla su tesis sobre la violencia, manifiesta que en todo ser humano hay distintas formas de poder: poder de ser, autoafirmación y autoaserción, y observa cómo la frustración a los esfuerzos para obtener la satisfacción de necesidades elementales: amor, respeto, éxito, prestigio, se canaliza mediante conductas violentas(25).

La teoría de la agresión debida a la frustración llega a una conclusión errónea: sin frustración no habría agresión; lo cual insta una prejuicio hacia la agresión. Se debe conceder a la frustración una ubicación importante en nuestra comprensión de la violencia, pero no es el único factor involucrado en ella.

Desde el punto de vista social, es alarmante el incremento de las conductas violentas, especialmente en las poblaciones urbanas. Un índice de tal situación lo constituye la multitud de casos difundidos por los medios de comunicación además de las estadísticas criminales. Los grandes desarrollos y sus efectos sobre el mundo social modifican la estructura personal y hacen que aparezcan fenómenos antes inadvertidos o bien nuevos en el surgimiento y dinámica de la violencia y de las personalidades que la ejercen. Desde hace 10 años se observa un incremento impresionante de las manifestaciones violentas en las ciudades del mundo desarrollado. Sus principales protagonistas son, en general, individuos cada vez más jóvenes de las zonas suburbanas marginales. La tensión étnica y la discriminación por distintos motivos avivan el fuego de la violencia. Distintos equipos de investigadores sociales

norteamericanos especializados en génesis y fenomenología de la violencia, coinciden en la gravitación que tiene el surgimiento de grupos humanos discriminados frente al acontecer de la violencia social. La transformación producida por los medios de comunicación de masas, el valor destacado de los bienes materiales, la inmediatez de la información, la gran difusión y progresión de recursos de todo tipo, ha generado cambios en las formas de violencia, aunque el efecto de ésta sea el mismo que en épocas pretéritas.

Violencia, agresividad, hostilidad, muerte, homicidio, dolor, tortura... se han hecho consuetudinarios. Convivimos con ellos a través de los medios de difusión. A pesar de las quejas continuas acerca de la excesiva frecuencia en su uso, las presentaciones reales o ficticias de tales acontecimientos atraen la atención del público, pudiendo pensarse que responden por lo menos en parte a las apetencias y las formas de pensar y sentir de la sociedad(17).

La perspectiva biológica se relaciona con los modelos que conceptúan al organismo humano como un sistema abierto y autorregulable que la evolución filogenética ha caracterizado por la autonomía, la complejidad jerárquica y el predominio de la actividad del sistema nervioso central.

Las primeras observaciones realizadas con metodología científica en este siglo son de carácter neuroanatómico y entre ellas se encuentran las descripciones que Kluber y Bucy hicieron, en 1939, de las conductas de aquellos monos rhesus a los cuales se les habían extirpado ambos lóbulos temporales. Estos animales se volvieron inusualmente mansos, sin signos de miedo ni agresividad, con hipersexualidad y exploración oral excesiva. En lo que respecta a la conducta agresiva se acepta que la mansedumbre inducida por las lesiones descritas es el resultado de la supresión de las influencias de la amígdala. Por el contrario, la estimulación de la amígdala se acompaña con frecuencia de agresión.

Hay otras regiones del Sistema Nervioso Central cuya lesión o estimulación modifican la conducta agresiva en algunas especies. Por ejemplo, la extirpación de la corteza cerebral en gatos y perros hace que respondan ferozmente a estímulos mínimos. Efectos similares se observan en la lesión del septum y núcleo accumbens en roedores.

La investigación de la localización neuroanatómica precisa del origen de la conducta violenta continúa en nuestros días, en lo que respecta a los seres humanos vivos, a través de las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes como los mapeos cerebrales y las tomografías de emisión de positrones. Estos recursos radiológicos, que van aumentando rápidamente su capacidad de resolución, demuestran diferencias de la actividad cerebral en distintas áreas de la corteza de sujetos violentos con respecto a individuos control. A medida que se avanzó en la investigación de la bioquímica del cerebro, se fue dando relevancia al papel de los neurotransmisores y los neuromoduladores en la regulación de la conducta agresiva. Diversos tipos de estas conductas, tienen

un sustrato distinto desde el punto de vista neuroanatómico y neuroquímico.

Las catecolaminas se vinculan fisiológicamente a múltiples situaciones de alarma y a reacciones vegetativas y conductuales. Las variaciones en su secreción o en su concentración plasmática se asocian también a desórdenes psicológicos. Ciertos tipos de personalidades propensas a reacciones impulsivas, y que tienen características de las definidas psicobiológicamente, muestran una diferencia significativa en los niveles de adrenalina frente a situaciones que les resultan desafiantes y no frente a estímulos fisiológicos(27). El metabolismo alterado de las catecolaminas parece reflejar el estado psicomotor del acceso maniaco. Algunas investigaciones relacionan más preponderantemente a la adrenalina con la ansiedad y la hostilidad y a la noradrenalina con la agitación(31).

Se han efectuado especialmente estudios sobre la noradrenalina y la dopamina. Reis y Fuxe relacionan noradrenalina y agresión irritativa, dado que la estimulación de la amígdala provoca ira y cólera y disminuye la noradrenalina central.

Brown y colaboradores plantearon una hipótesis según la cual una deficiente disponibilidad de serotonina sería el nexo entre un control fallido de la agresividad y la conducta suicida. Efectuaron estudios sobre un grupo de hombres con trastornos de la personalidad encontrando una correlación inversa significativa entre sus tasas de serotonina en líquido céfalo-raquídeo (LCR) y su conducta agresiva. En otro estudio, estos mismos autores hallaron correlación inversa entre las puntuaciones de la escala del M.M.P.I y las tasas de serotonina en LCR(5, 6).

Dos estudios de Linnoila y colaboradores corroboraron tasas más bajas de serotonina en LCR en el grupo de sujetos cuyos actos violentos eran impulsivos(21).

En Inglaterra, según West, la frecuencia de suicidio después de un homicidio es mayor en un 30%. Los asesinos, concluye, forman un grupo de alto riesgo suicida. El suicidio es una de las situaciones en las cuales se ha descrito también esa merma funcional de serotonina(2, 36).

El correlato biológico de la conducta violenta más frecuentemente citado en la actualidad, es quizás el descenso de la serotonina biodisponible, atribuible –según numerosos experimentos– a un descenso de su vida media por alteraciones de actividad enzimática o defectos en la unión a sus receptores, de los cuales se han identificado más de una docena. Para mayor complicación se observa que la concentración de serotonina puede caer o elevarse en distintas regiones del cerebro, según diferentes momentos y con efectos marcadamente diferenciables(14).

Entre las hormonas, los esteroides de actividad an-

drogénica –especialmente la testosterona– fueron ligados desde hace mucho tiempo al incremento de la agresividad, a las conductas impulsivas y a la mayor predisposición del sexo masculino a presentarlas. La castración de distintos orígenes demostró disminuir la libido sexual, pero no afectar ciertos rasgos agresivos. Protocolos de tratamiento en los que se incluía la administración de antiandrógenos en individuos vinculados a ofensas sexuales (sin inclusión de delitos sexuales con violencia), y a comportamientos impulsivos antisociales, demostraron el efecto terapéutico en la disminución del umbral de erotización pero no en la afectación de la conducta antisocial(26). De todos modos, el cerebro posee receptores androgénicos esparcidos que, ya desde la vida fetal, facilitarían ciertas características de la llamada "conducta masculina", que luego será definitivamente perfilada –en la vida extrauterina– por la presión social. La testosterona continúa evaluándose en distintos estudios sobre agresividad con conclusiones diferentes.

Las alteraciones genéticas y la criminalidad comenzaron a asociarse al estudiar cromosómicamente los retrasos mentales y al hallarse en poblaciones de presidiarios cierto número de cariotipos 47 XYY, hecho ocurrido a principios de los años '60. Al síndrome XYY se le atribuyó, en una primera etapa, especial importancia en el desarrollo de la criminalidad pero se sabe hoy que el cromosoma Y supernumerario no es, en sí mismo, predictor de delincuencia. Los individuos portadores de este cariotipo tienen talla bastante por encima de la media, y en muchos casos un nivel intelectual algo inferior al término medio. Se le atribuiría imprecisamente al cromosoma Y supernumerario Y un refuerzo del impacto androgénico masculino normal sobre el carácter, con potencial aumento de la agresividad, pero se ha visto que estos portadores –en el caso de aparecer relacionados con situaciones delictivas– lo hacen con aquéllas que no entrañan violencia(34).

También los cromosomas X supernumerarios han sido relacionados con alteraciones mentales aunque con ciertas diferencias según el sexo: en los varones se relacionaban con retraso mental, epilepsia y conductas antisociales, y en las mujeres sólo con retraso mental.

La investigación actual sobre genética y psiquiatría sigue considerando las implicancias de posibles aberraciones cromosómicas detectadas por las técnicas de citogenética pero, simultáneamente, utiliza muchos de los recursos de la genética molecular. La conducta es el fenómeno más complejo que se puede estudiar genéticamente. Es cambiante y dinámica según el entorno, y modificable por factores no genéticos. A la vez, la influencia genética de los procesos conductuales parece expresarse en varios genes a la vez. La biotecnología del ADN recombinante permite avanzar en esta compleji-

dad ensayando la búsqueda de marcadores hereditarios de trastornos de la personalidad presentes en las secuencias genéticas(14). Las técnicas moleculares, en los estudios más recientes, ya no sólo rastrean marcadores de ADN presentes en distintos genes, apoyando la teoría poligénica multifactorial, sino que apuntan a detectar regiones de ADN inestable que podrían comportarse al margen de la herencia mendeliana(28).

El problema debe afrontarse como problema humano, o sea conjugando como funciones recíprocas lo natural, lo cultural y lo social insertos en el hombre, y de los cuales la conducta peligrosa es una manifestación. El pensamiento causal no sólo acompaña toda experiencia humana, sino que constituye el fundamento científico para conocer lo físico, lo biológico, lo psíquico y lo social; es decir todos aquellos fragmentos de realidad que importan al problema psiquiátrico y a su enfoque psicopatológico(18).

Se pasa entonces a distinguir entre causas y condiciones de las causas, estableciendo entre ellas correlaciones y elementos de probabilidad, donde un aspecto de la condición pasa a depender siempre de otros, es decir que son elementos siempre relativos. Por lo tanto, una causa aparente siempre remitirá a otra, en suma, fenómenos que por hallarse sumergidos en la condición de lo psíquico no encuentran sino una multiplicidad de determinantes.

Por lo tanto, es imprescindible tener en cuenta no sólo al sujeto como ente aislado, sino a la naturaleza de la acción, los medios empleados, la importancia de lo violentado, los factores sociales, y la complejidad de ésta en cuanto a las circunstancias, tiempo, lugar, modo y ocasión en que se producen; esto conjuntamente con la personalidad del autor, del cual también debemos considerar sus móviles y fines para una correcta evaluación global o integral del sujeto, no solamente en la circunstancia del hecho en sí, sino como forma de vida cotidiana e histórica. Las condiciones de vida del sujeto y de su familia son de importancia fundamental para poder realizar una evaluación interdisciplinaria que involucre a lo social como elemento participante y a la vez determinante. De todas maneras se privilegia la individualidad, en el aspecto de la investigación de la conducta psicopatológica, rescatándose lo dicho como variables de un mismo problema.

Al decir de E. Morin, el hombre es un animal dotado de sin razón, que ha alcanzado atisbos de racionalidad y en el que pesan filogenéticamente los niveles anteriores. La racionalidad es una de las conquistas de la evolución biológica y no siempre parece gobernar las acciones. Si bien la violencia es un fenómeno transtemporal, está sujeta, en la pluralidad de sus formas, a factores históricos cambiantes. La reflexión sobre su esencia y sus consecuencias en la vida privada y en el campo social, se ha multiplicado en nuestro tiempo. En los medios de comunicación más diversos aparece claramente un aumento en la extensión, frecuencia e intensidad de la violencia, unida a la comprobación del temor referido a la inermidad de los diferentes sectores de la comunidad frente a ella.

El avance de las ciencias neuropsíquicas, a partir del conocimiento de la bioquímica cerebral, neuroreceptores y neurotransmisores; y de los mecanismos intrapsíquicos, ha permitido una mayor comprensión de las conductas de los seres humanos y de los conflictos vinculares. La pérdida de valores e identificaciones de tipo estructurante crea un desequilibrio que se manifiesta en trastornos psíquicos con gran impacto social, como son, en especial, los trastornos antisociales de la personalidad y el abuso de sustancias psicoactivas(1).

Peligrosidad y estado peligroso

La Real Academia Española define el vocablo peligro, derivado del latín *periculum* (ensayo, prueba), como riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal y al término peligroso, del latín *periculosus*, que encierra riesgo o puede ocasionar daño. En sentido figurado, aplicase a la persona de carácter arriesgado y violento que puede causar daño o cometer actos delictivos; la peligrosidad es la característica, atributo o particularidad de esa persona. La peligrosidad de una persona quedaría delimitada por su particular condición de producir, eventualmente, un daño.

A. Feuerbach, hacia el 1800, introdujo la noción de peligrosidad, conceptualizándola como aquella cualidad de la persona que hace presumir fundadamente que violará el derecho.

R. Garófalo, en 1880, manifestaba que la temibilidad era un sinónimo de peligrosidad y significaba la perversidad activa y constante del delincuente y la cantidad de mal previsto que hay que temer por parte del mismo delincuente.

F. Grispigni, en 1920, decía que una persona es peligrosa cuando resulta inadaptada a un determinado ambiente psicosocial; la inadaptación social sólo puede ser resultado de un defecto o anormalidad psíquica. Una persona es peligrosa porque es psíquicamente anormal. Es la capacidad de una persona en tornarse, con probabilidad, autora de un delito.

L. Jiménez de Asúa, en 1922, definía el estado peligroso como la probabilidad de que un individuo cometa o vuelva a cometer un delito(4).

La peligrosidad criminal es un modo de ser de un sujeto, es un atributo, una cualidad personal y, más exactamente, la condición psíquica de una persona como probable causa de un delito.

S. Soler decía en 1934: "Peligrosidad criminal es pues, la probabilidad de que un hombre cometa un crimen, o bien el conjunto de condiciones de un hombre que hacen de él, un probable autor de delitos".

Gisbert Calabuig define a la peligrosidad como algo subjetivo y en consecuencia debe recurrirse a la investigación desde la perspectiva antropológica, psicológica y patológica, así como también de los factores familiares y sociales. Propone una determinada metodología para la investigación de la peligrosidad de una persona, constituida por la evaluación de un contexto de factores que confluyen a condicionar la peligrosidad.

O. Loudet, en 1950 describió los índices de peligrosidad que resultaron de suma utilidad desde el punto de vista pericial, esquematizándolos de la siguiente manera:

a. Médicos psicológicos:

1. Alienación mental.
2. Semialienación mental.
3. Personalidades psicopáticas o psicógenas.

b. Sociales:

1. Desorganización familiar.
2. Factores económicos distorsionantes.
3. Educación defectuosa, insuficiente o nociva.

c. Legales:

1. Antecedentes policiales.
2. Antecedentes judiciales.
3. Delito o delitos cometidos.

E. F. Bonnet, en 1980, expresó: “el estado peligroso es una fórmula mixta, jurídica y biológica, resultante de la esencia psicosocial de un determinado individuo y que señala la aptitud de éste, para infringir de manera sistemática la ley penal a lo largo de su existencia”(8).

O. Tieghi, en 1989, conceptúa la Peligrosidad jurídico-criminal como la capacidad potencial de una persona de resultar autora probable de hechos delictivos, ello según pueda judicialmente presumirse a mérito de su estado o de su dinamogénesis conductual, habida cuenta de lo que cada legislación considera relevante o significativo(32).

V. Cabello, en 1981, apoyándose en Ferri –que distingue una peligrosidad genérica o social y la criminal o específica– agrega un tercer tipo que llama peligrosidad médico legal, conceptualizándola como “la posibilidad de un nuevo delito (peligrosidad específica) y la comisión de cualquier evento dañoso dirigido contra el propio sujeto o contra el resto de las personas”(8). Establece la fórmula de los cinco elementos para el diagnóstico psiquiátrico forense de la peligrosidad, que tiene en cuenta:

1. Personalidad del autor;
2. naturaleza y carácter de la enfermedad;
3. momento evolutivo;
4. gravedad del delito (la psicogénesis delictiva es la sombra que acompaña a la peligrosidad);
5. condiciones mesológicas (continencia familiar, factores adversos, favorables y neutros).

M. Castex, en 1997, prefiere adjetivar a la peligrosidad con el término psiquiátrica, delimitándola como la potencial condición psicológica de un individuo para ejecutar actos de auto o heteroagresión(9).

El dictamen de peligrosidad

Desde la perspectiva de la Psiquiatría Forense, al informar sobre peligrosidad sólo puede evaluarse un as-

pecto parcial de todo el contexto que condiciona la peligrosidad en una persona; sólo se expresan los aspectos psicopatológicos. El dictamen de peligrosidad reviste suma importancia, pudiendo ser visto desde la perspectiva individual y la social. Desde el primer punto de vista se limita uno de los derechos personalísimos de la libertad y desde el punto de vista social puede traer aparejado un daño a la sociedad al no disponer de las medidas pertinentes. De las perspectivas mencionadas se desprende lo complicado del tema y la profundidad que debe tener el conocimiento para no cometer errores a pesar de las limitaciones y las dificultades que entraña su diagnóstico(13).

Dictaminar sobre la conducta peligrosa de una persona no es una tarea sencilla. Su dificultad variará si se trata de un diagnóstico o de un pronóstico. Si nos atenemos a la etimología del vocablo diagnóstico, que significa arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos o calificación que se da a la enfermedad según los signos que se advierte, se refiere al cuadro de síntomas que presenta la persona en el momento del examen.

Pronóstico, significa conocer, algunos indicios –es decir fenómenos o síntomas– que permiten inferir la conducta futura. Señal por donde se conjetura o adivina una cosa futura. Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan(29).

El dictamen de probabilidad encierra un significado de verosimilitud o fundada apariencia de verdad, pues hay buenas razones para creer que se verificará o sucederá. La Psiquiatría Forense es una ciencia explicativa e interpretativa, con su propia metodología; en consecuencia no emite diagnósticos apodícticos, sino de probabilidades, pudiendo hacer diagnóstico de peligrosidad inminente, algunas veces de peligrosidad latente y otras de peligrosidad potencial, que se encuentra supeditada al tratamiento psiquiátrico (psicoterapéutico y psicofarmacológico) que debe ser controlado. Podemos delimitar operativamente el término peligrosidad en el ámbito psiquiátrico forense, como *las conductas dañosas o delictivas de aquellas personas afectadas de un trastorno psíquico*.

El dictamen de peligrosidad que compete al médico forense es el de la peligrosidad desde la perspectiva psiquiátrica, que constituye un aspecto de la peligrosidad social y que consiste en la posibilidad de que una persona que presenta un trastorno psíquico pueda cometer un daño o un delito(12). La peligrosidad potencial de un paciente en estado psicótico puede ser bastante real y concreta y debe ser determinada sobre la base de las características clínicas y sociales del enfermo. Sin em-

bargo, debemos considerar que la enfermedad psíquica no siempre es *per se* peligrosa, sino que intervienen variables relacionadas con la propia enfermedad y otras que son ajenas a ella.

La mayoría de los autores coincide en diferenciar dos situaciones en relación a la delictibilidad del enfermo psíquico: la de los que cometen actos violentos en estados agudos, en respuesta a situaciones particulares, donde las cifras exceden a la población general y la de los delinquentes que cometen delitos menores, en que la proporción es análoga a la población general(11). El acuerdo es casi unánime, en relación a que el determinante no es sólo el diagnóstico, sino también el momento evolutivo de la enfermedad. Son elementos fundamentales a considerar las variables familiares y sociales, así como el sostén terapéutico. Autores tales como Monahan (1981), han mostrado que son algunas variables no clínicas las que mejor predicen la futura conducta delictiva.

Es fundamental considerar la tipicidad del delito. Hay delitos que, sin ser específicos, son típicos de determinadas enfermedades y, sobre todo, la forma de ejecución adquiere características específicas. Los trastornos de personalidad, como los antisociales y los paranoides, son más proclives a las conductas violentas. En los cuadros psiquiátricos donde predominan los síntomas psicóticos floridos –como los delirios de persecución, de perjuicio y de influencia– existe mayor riesgo de conductas dañosas hacia terceros. Las personas que padecen intoxicaciones por drogas o alcohol son proclives a los atentados, amenazas y resistencia a la autoridad. Los retrasados mentales y los dementes, pueden cometer actos contra la honestidad sexual. Los epilépticos pueden producir actos agresivos con las consecuentes lesiones, desinhibiciones eróticas y explosiones homicidas

El síntoma más frecuentemente relacionado con la peligrosidad es la conducta impulsiva, manifestada como agresividad u hostilidad hacia sí mismo o hacia terceros. La aparición de este tipo de conducta depende del tipo de trastorno psíquico, del momento evolutivo, del contexto social, de la continencia de la red social y del tratamiento psiquiátrico, tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico que recibe el paciente. El conocimiento de estos elementos nos permitirá inferir una hipótesis acerca de las causas que dan origen a la conducta impulsiva y, así, diagnosticar el tipo de peligrosidad.

Para establecer un diagnóstico más certero, es aconsejable obtener información de familiares o personas que tengan contacto directo con el paciente, quienes podrán alertar respecto de conductas que no se ponen de manifiesto en la entrevista. Es importante también explorar, durante la entrevista con el paciente, la presencia de pensamientos de violencia o de planes concretos (tal como se investiga en el paciente suicida), así como la historia de violencia u otras conductas impulsivas(35). Otros datos a considerar, serán la presencia de alucinaciones imperativas, el consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) y la presencia de factores estresantes,

así como si observamos una marcada desorganización de la personalidad.

Deberemos tener en cuenta también aquellos factores que colocan en situación de riesgo al paciente, tales como: pérdidas significativas (de personas, trabajo, sostén), uso de drogas y/o alcohol, acceso a armas, bajo coeficiente intelectual, tendencia a la disforia. Otros factores importantes son los que operan positivamente en cuanto a sostén del paciente: presencia de familia continente, amigos, red terapéutica, buena capacidad intelectual, habilidades sociales, creencias religiosas.

El tipo de tratamiento, el abandono de la medicación, la desinstitucionalización apresurada y la falta de control médico, así como el escaso apoyo social, la incompreensión de la enfermedad por parte de familiares y las exigencias desmesuradas del entorno social, constituyen factores causales de la descompensación o la pérdida de estabilización del cuadro clínico, estados que pueden llevar a conductas peligrosas(27). Cuando no existe una red social que posibilite la reintegración del paciente a su medio, éste se verá envuelto en un sentimiento de impotencia, inutilidad y rechazo, siendo un destino probable la aparición de conductas dañosas para sí o para otros.

Para permitirnos un diagnóstico más claro podemos clasificar a la peligrosidad de la siguiente manera:

1. Peligrosidad inminente.
2. Peligrosidad latente.
3. Peligrosidad potencial.

La *peligrosidad inminente*, vocablo derivado del latín: *eminens, entis*, elevado, que significa amenaza o estar por suceder muy pronto, es decir de forma inmediata. Ésta se encuentra determinada por la sintomatología manifiesta que no pasa desapercibida para el profesional ni, muchas veces, para neófitos.

– Signos de peligrosidad inminente:

1. *Motors*: Actividad motora exaltada. Propensión a la irritabilidad. Aparición de ira, donde se excitan vivamente otros afectos o inclinaciones naturales (los celos, el odio, la avaricia) o surge la excitación morbosa del sistema nervioso central. La incapacidad para ser calmado, intranquilidad, marcada ansiedad extrema, imposibilidad para permanecer quieto durante la entrevista y el nivel creciente de la agitación, son signos de peligrosidad inminente.

2. *Verbales*: el tono cortante de la voz, los gritos, los comentarios peyorativos, los enunciados de desconfianza, difamatorios y las amenazas, así como las exigencias desmesuradas

3. *Paraverbales*: la mirada y la actitud desafiante, la conducta demandante, la postura tensa, la atención hiperalerta, la mirada huidiza y la actitud opositorista.

Estos signos orientaran hacia la necesidad de una intervención terapéutica inmediata, bajo la modalidad de internación, a fin de evitar riesgos de daño para el paciente y/o terceros.

La *peligrosidad latente* (del latín *latens, entis*, estar escondido) es aquella que existe, pero sin manifestarse en forma evidente. Este es un diagnóstico que compromete al profesional pues depende de su experiencia y de la

exhaustiva investigación sobre la personalidad, los antecedentes y la percepción de los síntomas, que se encuentran enmascarados.

En estos casos será de fundamental importancia considerar la presencia de factores facilitadores de riesgo o de sostén, presentes en el momento de la evaluación y que tendrán incidencia en la probabilidad de que lo latente se torne manifiesto.

La *peligrosidad potencial* indica la posibilidad de que la acción suceda, no nos da idea de cuando acontecerá. Se reserva este diagnóstico para los pacientes que se encuentran en tratamiento psiquiátrico, con un cuadro psicopatológico estabilizado, pero en los que sus antecedentes de personalidad y patología hacen suponer o conjeturar que el abandono del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico –o la interconurrencia de factores desestabilizadores o estresantes– deriven en conductas dañosas o peligrosas

A continuación enumeraremos los Trastornos Psíquicos que pueden asociarse con conductas peligrosas, tomando como referente la clasificación de la OMS (CIE 10)(33):

1. Trastornos de la personalidad

- Trastorno paranoide de la personalidad: presenta actitudes y comportamientos faltos de armonía en la afectividad, la excitabilidad, el control de impulsos, las formas de percibir y de pensar y la formas de relacionarse con los demás. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto de situaciones individuales y sociales.

Incluye la personalidad expansiva, paranoide, sensitiva paranoide y querulante.

- Trastorno de los hábitos y del control de impulsos

Incluye el trastorno explosivo intermitente, en éstos la conducta violenta puede aparecer sin ninguna o poca provocación; recidiva sin anticipación.

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo: las características principales son la inestabilidad emocional y la ausencia del control de impulsos. Son comunes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante críticas de terceros (incluye la personalidad explosiva y agresiva).

- Trastorno disocial de la personalidad: tienen un bajo umbral para descargas agresivas, dando lugar a conductas violentas.

Incluye: Trastorno de la personalidad sociopática, amoral, asocial, antisocial y psicopática.

En estos trastornos de la personalidad la peligrosidad psiquiátrica suele estar determinada por el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos que se asocian con altísima frecuencia.

2. Esquizofrenias

La forma paranoide es la más frecuente de las formas clínicas, predominando en su cuadro psicopatológico las ideas delirantes de tipo persecutorio y de perjuicio, acompañadas de alucinaciones auditivas que increpan al enfermo dándole órdenes. Suele estar presente la incongruencia afectiva con irritabilidad, ira y suspicacia. En las formas hebefrénica y catatónica se presentan con frecuencia episodios de excitación psicomotriz con componentes auto y heteroagresivos.

3. Trastorno bipolar, maníaco con síntomas psicóticos

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en que el estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados; la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y en un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Incluye: Trastorno maníaco depresivo, psicosis maníaco depresiva y reacción maníaco depresiva.

4. Episodio maníaco

Cuando la exaltación del humor y el incremento de la actividad psíquica y física se dan como episodio único se hace el diagnóstico de Episodio maníaco. Cuando existen antecedentes de trastornos afectivos –ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos– debe pensarse en trastorno bipolar.

5. Trastornos mentales orgánicos: demencias

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, la orientación, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro cognoscitivo se acompaña de alteraciones en el control emocional, el comportamiento social o la motivación. La presencia de ideas delirantes puede llevar a conductas violentas sobre los miembros de la familia, esposa e hijos; la agitación, también, puede sobrevenir por la noche, cuando disminuyen los estímulos sensoriales (síndrome de la puesta del sol).

6. Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a una enfermedad somática

Las siguientes entidades probablemente dan origen a los síndromes incluidos en este título: epilepsia, traumatismos craneales, enfermedades endócrinas, trastornos metabólicos (hipoglucemia, porfirias, hipoxia), efectos tóxicos de sustancias psicotropas y no psicotropas.

Comprende la alucinosis orgánica, el trastorno delirante orgánico, trastorno del humor y el cognoscitivo leve.

7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales. Comprende el trastorno orgánico de la personalidad, el síndrome postencefalítico y el síndrome post-confusional

8. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas

Incluye: intoxicación aguda (alcoholismo, drogas), síndrome de abstinencia, trastorno psicótico inducido por sustancias.

9. Retraso Mental

Este trastorno de inicio en la infancia, se diagnostica cuando existe una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio y déficit o alteraciones de la actividad adaptativa en, por lo menos, dos áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Peligrosidad en el Código civil y en el Código penal

La locución peligrosidad que interesa al psiquiatra forense aparece en el Código Civil y en el Código Penal. El dictamen de peligrosidad que se le solicita debe basarse en la mayor cantidad de signos objetivos posibles, pues la predicción conjetural avasalla la libertad individual o la de la sociedad y amenaza a la persona en su integridad y desarrollo. En este sentido, es aconsejable utilizar los conceptos vertidos respecto a peligrosidad imminente, latente y potencial, con las explicitaciones pertinentes en cada caso. Sin duda la predicción puede violar la ley cuando la misma se hace en base a una revelación o a una conjetura, sin fundamento científico(13).

En el ámbito del Código Civil (artículo 482 y ley 22914/83) el psiquiatra forense debe emitir una orden de internación basándose en la peligrosidad del paciente para sí o para terceros, concepto que comprende la probabilidad de que el paciente se dañe a sí mismo o a otros. Como ejemplo se pueden mencionar los episodios psicóticos, cuya sintomatología psicopatológica coloca a las personas en una situación de descontrol, sumergiéndolas en un estado que le impide tener dominio sobre sí mismo.

El Código de Procedimiento en lo Civil, en su artículo 625, exige el diagnóstico médico y de la peligrosidad. Éstos en el marco de la decisión de internación compulsiva.

En el ámbito del Código Penal, el artículo 34 indica las medidas de seguridad para los individuos afectados de trastornos psíquicos que mantengan la peligrosidad, que serán internados en Unidades Penitenciarias para enfermos mentales y cuyo egreso se produce cuando haya cesado la misma. Este diagnóstico lo realiza el Médico Forense.

La ley 23.737, que establece el régimen de represión

y lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes, indica en su artículo 19 las medidas de seguridad, que comprenden la aplicación del tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, cuando existiera el peligro de que la persona se dañe a sí mismo o a los demás. El Médico Forense debe intervenir en la indicación de las medidas terapéuticas educativas o curativas, y aconsejar la modalidad de régimen ambulatorio o de internación.

El Código Procesal Penal establece la internación provisional en un establecimiento especial o adecuado, si se presumiera incapacidad en el momento de cometer el hecho o si durante el proceso sobreviniere la incapacidad y su estado se tornare peligroso para sí o para terceros, en los artículos 76 y 77 respectivamente. El dictamen de aparición de trastornos psíquicos en personas que se hallen cumpliendo una condena o que surja durante el proceso, compete al Médico Forense.

Para la evaluación de la peligrosidad se pueden utilizar las siguientes escalas que pueden, al igual que un estudio psicológico, colaborar en el diagnóstico:

1. Escala de Agresividad Manifiesta (*Overt Aggression Scale, OAS*).
2. Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (*Agitated Behavior Scale, ABS*).
3. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (*Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI*).
4. Escala de Impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*).
5. Escala de Psicopatía de Hare (*PCL*) (Adaptación).
6. Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (*RV*).

Conclusiones

Como corolario de lo expresado podemos decir que la conducta obedece a causas y a motivos. Nuestras respuestas no están sólo condicionadas por causas biológicas sino también por usos y normas sociales, morales y jurídicas. Es decir, no sólo obedece el comportamiento a las leyes de la naturaleza, sino también al deber ser.

Para hacer el diagnóstico de la conducta agresiva o como se la denomina en el ámbito jurídico, la peligrosidad, se deben considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es conveniente descartar los trastornos de origen orgánico (anatomofisiológicos y bioquímicos) que pueden facilitar la impulsividad; se debe tener un conocimiento completo de la personalidad, así como de la historia vital de la persona y de modo particular de la adaptabilidad e integración a las exigencias de la vida social. Teniendo presente el concepto de adaptabilidad como la capacidad de un individuo de enfrentarse y reaccionar ante las situaciones reales de la vida, ajustándose a las condiciones del medio o aviniéndose a las diferentes circunstancias, controlando las tendencias impulsivas y/o agresivas que las mismas pudiesen provocar y poseer conocimientos de sus limitaciones y fantasías a fin de evitar los autos y heteros engaños(17) ■

Referencias bibliográficas

1. Alonso Fernández F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Editorial Paz Montalvo. Barcelona. 1979.
2. Arranz B, Eriksson A. et al. Brain 5-HT1A, 5HT1D, and 5HT2 Receptor in Suicide Victims. *Biol Psychiatry* 35: 457, 1994.
3. Bobes J, Portilla MPG, Basarán MT, et al. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Editorial Ars Médica. Segunda edición. Barcelona. 2002.
4. Bornstein SJ, Raymond SG. Etat Dangereux. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale* (París) 37145 A10-12.
5. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, et al. Aggression, Suicide and Serotonin; Relationships to Cerebrospinal Fluid Anime Metabolites. *Am J Psychiatry* 139: 741-746, 1982.
6. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, et al. Aggression in Humans, Correlates with Cerebrospinal Fluid Anime Metabolites. *Psychiatry Res* 1: 131-139, 1979.
7. Buchanan A, Morven L. Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review. *Lancet* 358: 1955-1959, 2001.
8. Cabello VP. *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*. Editorial Hammurabi. Tomo I. Buenos Aires. 1981.
9. Castex MN, Silva DH. *El estado peligroso y la peligrosidad jurídica, en psico (pato) logía forense: una nueva lectura*. 59ª Sesión de Comunicaciones. G.I. D.I. F. Instituto Interdisciplinario de Investigación de las Ciencias y la Tecnología, Academia Nacional de Ciencias, Agosto 19, 1993.
10. Dahl A. Heredity in Personality Disorders: An Overview. *Clin Genet* 46: 138, 1994.
11. Delgado Bueno S. *Psiquiatría Legal y Forense*. Volumen I. P. 543.
12. De Tullio B. *Principios de Criminología Clínica y Psiquiatría Forense*. Editorial Aguilar. Madrid. España. 1966.
13. Doménech EE. *Peligrosidad ¿Enigma o Acertijo?* Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata. Dirigidos por Osvaldo Máximo Bezzi. Tomo XXXII- Año 1996. P. 79-90
14. Dubovsky SL, Thomas M. Beyond Specificity Effects of Serotonin and Serotonergic Treatments on Psychobiological Dysfunction. *J Psychosom Res* 39(4): 429-444, 1995.
15. Ey H, et al. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Toray Masson. Barcelona. 1978.
16. Freud S. *Las Pulsiones Destinos Pulsionales*. Editorial Biblioteca Nueva. III Edición. Madrid. España.
17. Geertz C. *El Desarrollo de la Cultura y la Evolución de la Mente. La Interpretación de la Cultura*. Cap III. Ed. Gedisa. 1990. Barcelona. España
18. Gunn J. *Violencia en la Sociedad Humana*. Editorial Psique. Buenos Aires. 1976.
19. Hodge S. What Association Analysis can and cannot Tell us About the Genetics of Complex Disease. *Am J Med Genet* 54(4): 318, 1994.
20. Laborde DM. *Comprensión de la inimputabilidad y de la peligrosidad*. Doctrina Judicial. Jurisprudencia. 1998, 3: 725-733.
21. Linnoila M, et al. Low Cerebrospinal Fluid 5-Hydroxyindolacetic Acid Concentration Differentiates Impulsive from Non-Impulsive Violent Behavior. *Life Sci* 33:2609-2614, 1983.
22. Lopez Rey M. *Criminología*. Editorial Biblioteca Aguilar. Madrid 1975. P. 92.
23. Lundberg U, Rasch B, et al. Physiological Reactivity and Type A Behavior in Preschool Children: A Longitudinal Study. *Behavior Med* 17: 149, 1991.
24. Mas M. *Correlatos Biológicos de la Violencia en Psiquiatría Legal y Forense*. Delgado Bueno y Colaboradores. Editorial Co-dex. Madrid, 1994. P. 1245.
25. May R. *Fuentes de la Violencia*. Emece Editores. 1974.
26. Money J, Wiedeking C, et al. *Combined Antiandrogenic and Counseling Program for Treatment of 46 XY and 47 Xyy Sex Offenders, in Hormones Behavior and Psychopathology*. Raven Press, NY. 1976.
27. Moizeszowicz J. *Psicofarmacología Psicodinámica IV*. Editorial Paidós. Cuarta edición. Buenos Aires. 1998.
28. Petronis A, Kennedy J. Unstable Genes - Unstable Mind?. *Am J Psychiatry* 152(2): 164, 1995.
29. Rogers R, Sewell KW, Ross M, Ustad K, Williams A. Determinations of Dangerousness in Forensic Patients: An Archival Study. *Journal of Forensic Sciences* 40(1): 74-77, 1995.
30. Staner L, Mendlewicz J. Biological Psychiatry and Current Clasification of Depressive Disorders. *Encephale* 17(3): 179, 1991.
31. Swan A, Secunda S, et al. Mania: Sympathoadrenal Function and Clinical State. *Psychiatry Res* 37(2): 195, 1991.
32. Tieghi ON. *Tratado de Criminología*. Editorial Universidad. Buenos Aires 1989.
33. Vallejo Ruiloba J, De Flores T. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. III Edición. Editorial Salvat. Buenos Aires. 1991.
34. Volavka J, Martell D, et al. *Psychobiology of the Violent Offender*. J Forensic Sc 1992.
35. Vidal G, Bleichmar H, Usandivaras R. *Enciclopedia de Psiquiatría*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Segunda Edición. 1979.
36. West DJ. *Murder followed by suicide*. Heinemann. London. 1965.

Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia

Jorge Oscar Folino

Perito Médico Psiquiatra a cargo del Programa Piloto de Evaluación de Riesgos de Liberados, Procuración Gral. de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires. Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, U.N.L.P. Programa E.R.L. Procuración General de la Suprema Corte de Justicia. 50 N° 891; 3er. Piso. (1900) La Plata. TE (221) 4121076. E-mail: programaerl@mpf.pjba.gov.ar

María Soledad Cáceres; María Laura Campos; Marina Silveri; Silvana Ucin

Estudiantes de Licenciatura de Trabajo Social, colaboradoras del Programa Piloto E.R.L.

Mariel Ascazibar

Perito Asistente Social de la Curaduría Oficial de Alienados, colaboradora del Programa Piloto E.R.L.

Introducción

La violencia es una preocupación social generalizada y foco de atención de las instituciones sanitarias y judiciales. Desde las ciencias de la salud se están realizando esfuerzos para dimensionar con precisión el fenómeno, identificar factores de riesgo y poblaciones vulnerables y diseñar las mejores estrategias preventivas(10). Desde las ciencias sociales, se identifican factores de vulnerabilidad social que constituyen una zona inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad, alimentando el tránsito hacia la marginalidad o exclusión(2).

En lo que respecta a la evaluación de riesgo, la conceptualización ha progresado particularmente en las últimas tres décadas y numerosas facetas o dimensiones de la violencia y del riesgo han sido especificadas, de tal manera que ha quedado claramente establecido que tanto el riesgo como la violencia no son conceptos estáticos, simples ni unidimensionales (3).

En los últimos tiempos hubieron diversos avances en la mensura del riesgo discriminando factores históricos, clínicos y contextuales(9, 11, 13, 14). Hay factores clínicos y contextuales influyentes en la conducta violenta que se caracterizan por su variación en el tiempo y, por ello, se los considera factores dinámicos. Estos factores son sumamente importantes, no sólo porque su in-

fluencia puede ser determinante en el desencadenamiento de violencia sino, especialmente, porque constituyen el principal blanco de las acciones preventivas.

Este estudio tiene como meta describir hallazgos preliminares y la forma de evaluación de factores dinámicos contemplados en el *Programa Piloto de Evaluación de Riesgos de Liberados de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires –Programa ERL–* y en el *Proyecto de investigación sobre factores de riesgo de violencia* que se desarrolla conjuntamente con la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P.

El programa

El Programa ERL se estableció con la expectativa de obtener un sistema de evaluación, que ofrezca a los administradores de justicia criterios empíricos relacionados con el riesgo de futura violencia, útiles para la hora de tomar decisiones vinculadas al reingreso a la comunidad de aquellas personas que estuvieron privadas de libertad en el sistema penal. La meta final es contribuir a la disminución de la recidiva violenta en sociedad y a la reinserción comunitaria perdurable de ex convictos y sobreesidos por inimputabilidad. Detalles del programa e informes de hallazgos pueden ser consultados en otras fuentes(4) y en la página www.mpba.gov.ar.

Resumen

Los factores dinámicos de riesgo de conducta violenta tienen especial importancia porque son el principal blanco para la intervención preventiva. Diversos factores dinámicos y la recidiva violenta fueron evaluados en 25 liberados del Servicio Penitenciario Bonaerense utilizando, entre otros instrumentos, la sección de riesgo medioambiental de la versión argentina de la HCR 20. Entre los hallazgos, se destaca la prevalencia de los factores relacionados con el abuso de sustancia y con la precariedad socioeconómica, y la heterogénea percepción respecto a las instituciones oficiales. La exposición a desestabilizadores fue el factor más asociado a la recidiva violenta.

Palabras clave: Violencia – Factor de Riesgo – Recidiva violenta.

ASSESSMENT OF DYNAMIC VIOLENT BEHAVIOR RISK FACTORS

Summary

Dynamic violent behavior risk factors have special significance since they constitute the main target for preventive intervention. Different dynamic factors as well as violent recidivism were assessed with, among other instruments, the environmental risk (Risk Management) section of the Argentinean version of the HCR-20 in 25 parolees from the Province of Buenos Aires Penitentiary System. Among other findings, the prevalence of the risk factors linked to substance abuse and socioeconomic deprivation, and the heterogeneous perception of the official institutions are very significant. Exposure to destabilizers was the factor most associated with violent recidivism.

Key words: Violence – Risk assessment – Violent recidivism.



Material y método

Los datos se obtuvieron durante el período comprendido entre el inicio del programa, en Septiembre de 2001, y Septiembre de 2003. Una vez recepcionada en el Juzgado de Ejecución Penal la solicitud de alguna forma de liberación anticipada por parte del penado, el caso se deriva al Programa ERL; en el mismo, se evalúa y se realiza un informe de factores de riesgo y condiciones que pudieran servir de factores protectores (tratamientos, supervisión bioquímica de consumo de drogas, etc.); si el juez dispone la liberación, se incluye en la fase de evaluación en comunidad. Cada evaluación en comunidad fue realizada por dos entrevistadores, estudiantes del último año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, con entrenamiento específico previo. La evaluación basal la realizaron Jorge Folino y Mariel Ascazibar.

Previamente al trabajo de campo se diseñó un plan de entrevistas de tal manera que tuviera un componente abierto, otro semiestructurado y otro estructurado. El componente semiestructurado fue conformado con los 5 ítem R de la sección de Factores de Riesgo Medioambientales de la *HCR-20 Versión en Español, Adaptada y Comentada*(5). La HCR-20 es una guía para la evaluación del riesgo de futura violencia basada en intenso debate

entre clínicos e investigadores producidos en años recientes; consta de un sumario de estudios previos, principios generales para lograr precisión en las predicciones, comentarios detallados acerca de la administración y codificación de los ítem, definición de violencia y requisitos del evaluador para utilizar el instrumento, entre otras informaciones.

El componente estructurado se diseñó sobre la base de un cuestionario con 15 preguntas destinadas a investigar los siguientes factores: abuso de sustancias; economía individual; estado laboral; relación de pareja; satisfacción habitacional; satisfacción con las agencias oficiales y predisposición delictiva. Se incluyó la escala de Zung(16) como medida del estado de humor y la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR)(1) como medida de la actividad relacional. Por último, se diseñó una escala de 0 a 3 puntos para consignar la conclusión del evaluador respecto a la confiabilidad de la información obtenida, siendo 0 equivalente a "muy confiable", 1 a "confiable", 2 a "poco confiable" y 3 a "nada confiable". Los ítems del cuestionario estructurado fueron completados siguiendo la lógica de la entrevista sin ceñirse a un orden pautado; todo ello para no perjudicar el mantenimiento del *rapport*. La medida de las conductas violentas durante el período en comunidad fue realizada con la

Tabla 2
Consumo de drogas y alcohol
(N=25)

	Droga %	Alcohol %
Nunca/raramente	84.0	56.0
A veces	4.0	44.0
A menudo	12.0	0.0
Siempre	0.0	0.0
Total	100.0	100.0

Tabla 4
Ayuda económica oficial y de familiar o amigo
(N=25)

	Oficial %	Familiar/amigo %
Si	4.0	80.0
No	96.0	20.0
Total	100.0	100.0

Tabla 6
Percepción de la Relación con Patronato de Liberados
(N=25)

	Frecuencia	Porcentaje
Útil	10	40.0
Poco útil	6	24.0
Inútil	6	24.0
No tuvo contacto	3	12.0
Total	25	100.0

Escala de Evaluación de Conductas Agresivas –EECA–; traducción de Jorge Folino(15).

Resultados

Evaluados y entrevistados

Durante el período de estudio fueron evaluados 105 candidatos a alguna forma de liberación provenientes del Juzgado de Ejecución Penal N° 1 del Departamento Judicial La Plata. De los 105 evaluados, 56 (53,3%) accedieron a liberación anticipada. De los 56 liberados, 48 estaban en el tiempo de ser entrevistados en comunidad al momento del presente estudio (se había planificado hacer la primer evaluación a los tres meses de la liberación) pero 8 habían sido detenidos nuevamente acusados de nuevos delitos, 8 habían cumplido ya la sentencia o habían si-

Tabla 3
Suficiencia de dinero y frecuencia de ocupación laboral
(N=25)

	Suficiencia de dinero %	Con trabajo %
Siempre	12.0	52.0
A menudo	32.0	12.0
A veces	28.0	36.0
Nunca o raramente	28.0	0.0
Total	100.0	100.0

do detenidos nuevamente por algún proceso penal previo y 7 se perdieron. De esta manera pudieron ser entrevistados por primera vez 25 casos. El promedio de días entre la liberación y la evaluación en comunidad fue 141, resultando un atraso con respecto a lo planificado. En la mayoría de los casos, el atraso se debió a dificultades para encontrar al liberado disponible para la entrevista.

Descripción de las variables en los entrevistados

Si bien la mayoría de los liberados entrevistados informaron que no habían consumido drogas y que no tenían deseos de hacerlo, resulta muy importante la proporción de los que informaron sentir algún grado de deseo y de los que sí consumieron (Tablas 1 y 2). Respecto al alcohol, la proporción que expresó el deseo fue mayor aún.

El 60% de los liberados mantenía un tratamiento ambulatorio por trastornos por abuso de alcohol o drogas. Cabe agregar que los casos con dependencia a sustancias diferentes al alcohol, también se encuentran incluidos en un subprograma de monitoreo químico de drogas de abuso que adiciona un efecto protector(4).

En cuanto a los factores Economía individual y Estado laboral, los hallazgos muestran que los liberados enfrentaban una situación sumamente deficitaria. Sólo el 12% de los liberados informó que, desde su liberación, el dinero le alcanzó siempre y sólo el 52% tuvo trabajo siempre (Tabla 3). Cabe destacar que, en general, los entrevistados informaron que el tipo de trabajo que tuvieron durante el período desde la liberación se caracterizó por ser informal, sin acceso a la seguridad social e inestable. La gran mayoría informa que recibe ayuda económica de familiar o amigo y sólo el 4% que recibe ayuda oficial (Tabla 4).

El 64% de los liberados contaba con pareja estable

Tabla 5
Relación con la pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Muy buena	7	28.0	43.8
Buena	8	32.0	50.0
Regular	1	4.0	6.3
Mala	0	0.00	0.0
Total	16	64.0	100.0
Sin pareja	9	36.0	
	25	100.0	

durante el período de liberación y de éstos, el 94% tenía una relación entre buena y muy buena (Tabla 5).

El hábitat fue considerado cómodo por el 68% de los entrevistados, muy cómodo por el 28% e incómodo por el 4%.

Los liberados expresaron que la relación establecida con el Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires fue predominantemente poco útil o inútil (48%) (Tabla 6). Por el contrario, la amplia mayoría percibió la acción del Juzgado de Ejecución Penal N° 1 como colaboradora (76% de porcentaje acumulado desde "Sólo colaboración" hasta "Equilibrado control y colaboración") (Tabla 7).

El 72% de los liberados informó que nunca o raramente sintió deseos de incurrir nuevamente en el delito; el 28% reconoció que a veces sintió deseos y ninguno expresó haber sentido deseos a menudo o siempre.

Hubo dos casos que informaron síntomas compatibles con depresión severa y dos con depresión leve, si bien el promedio de la escala de humor se ubicó por debajo de la significación clínica según los parámetros de Zung(16) (Tabla 8).

Los evaluadores encontraron, en promedio, que los liberados tenían una actividad relacional en algún modo insatisfactoria y con dificultades para resolver algunas de las dificultades relacionales (Tabla 8). Esto resulta moderadamente contrastante con las referencias de los liberados vinculadas a las relaciones de pareja, por lo que es factible que las principales dificultades relacionales se encuentren fuera de la atmósfera de la pareja.

Entre los valores promedio de los Factores de Riesgo Medioambiental se destacan la exposición a estrés y a factores desestabilizadores (Tabla 9), si bien, en términos generales, la mensura del dominio arrojó valores bajos.

El promedio de puntuación en la escala de confiabilidad fue 1,32 (mínimo 0; máximo 3; D. T 0,79), configurando una imagen, en general, cercana a lo confiable.

Tabla 7
Percepción sobre la acción del Juzgado de Ejecución Penal (N= 25)

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sólo colaboración	20.0	20.0
Más colaboración que control	36.0	56.0
Equilibrado control y colaboración	20.0	76.0
Más control que colaboración	16.0	92.0
Sólo de control	8.0	100.0
Total	100.0	

Tabla 8
Escalas de Zung y EEGAR

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índice EAD de Escala de Zung	25	25	75	43.76	12.28
EEGAR*	25	41	92.50	69.08	15.42

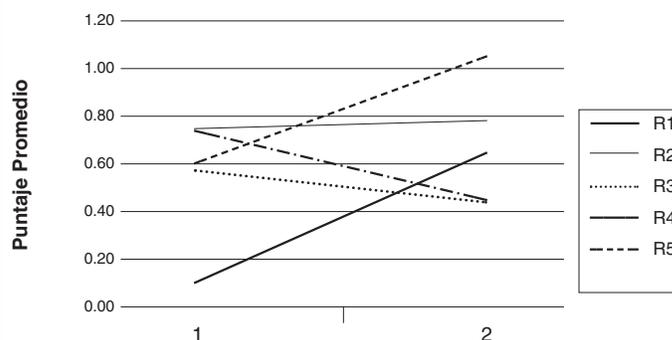
* Promedio de dos evaluadores

Tabla 9
Factores de Riesgo Medioambientales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
R1	25	0	2	0,640	0,621
R2	25	0	2	0,760	0,738
R3	25	0	1	0,460	0,455
R4	25	0	2	0,480	0,603
R5	25	0	2	1,060	0,651

Nota: valores promedios de dos evaluadores. R1: Deficiencia del plan de reinserción social; R2: Exposición a factores desestabilizadores; R3: Falta de apoyo personal; R4: Incumplimiento del plan terapéutico; R5: Estrés.

Gráfico 1
Variación entre promedios de Factores R



Nota. 1: Evaluación basal; 2: Evaluación en comunidad. R1: Deficiencia del plan de reinserción social; R2: Exposición a factores desestabilizadores; R3: Falta de apoyo personal; R4: Incumplimiento del plan terapéutico; R5: Estrés

Variación en factores de riesgo (actual - basal)

Los valores de algunos factores de riesgo medioambiental variaron entre la evaluación basal y la evaluación comunitaria (Gráfico 1). La comparación entre la media de los factores R puso de manifiesto un aumento significativo del riesgo en el R1 –Deficiencia del plan de reinserción social– (T para muestras relacionadas $p=0,001$; 95% IC: 0,2438 - 0,8866) y en el R5 –Estrés– (T para muestras relacionadas $p=0,006$; 95% IC: 0,1445 - 0,7686). Este incremento es un alerta pues, en tanto el criterio de evaluación permanece homogéneo, puede estar indicando el deterioro de las condiciones medioambientales o que la información brindada en la evaluación basal tenía un sesgo optimista respecto a esas condiciones. Cabe aclarar que la evaluación basal se realizó estando el sujeto aún privado de su libertad, por lo tanto la fecha de evaluación no coincide con la fecha de liberación; ésta se produce en períodos variables posteriormente dependiendo de la decisión judicial.

Recidiva de conductas agresivas y asociación con las variables e indicadores relevantes

Nueve de los sujetos (36%) informaron nuevas conductas agresivas. Estas conductas no llegaron a ser judicializadas. La asociación entre la recidiva agresiva y las variables vinculadas con el abuso de sustancias fue significativa para “Deseos de consumir drogas” (U de Mann-Whitney; significación asintótica bilateral; $P=0,009$) y para “Consumo de drogas” (U de Mann-Whitney; significación asintótica bilateral; $P=0,004$). No hubo diferencias significativas entre recidivantes y no recidivantes en las variables vinculadas con la situación económica (suficiencia del dinero, ayuda económica oficial, ayuda económica de familiar/amigo, frecuencia de ocupación laboral) ni en las variables relacionadas con la pareja y con la vivienda. Tampoco hubo diferencias significativas entre recidivantes y no recidivantes en las variables relacionadas con la percepción sobre el Juzgado de Ejecución Penal y el Patronato de Liberados ni con el deseo de cometer nuevos delitos.

Las media de la puntuación en la escala de humor depresivo en el grupo recidivante fue significativamente mayor que en el grupo no recidivante (U de Mann-Whitney; significación asintótica bilateral; $p=0,026$). La actividad relacional global no tuvo diferencias significativas entre los recidivantes y no recidivantes, como así tampoco la tuvieron los factores de riesgo medioambiental ni la escala de confiabilidad.

Se elaboraron indicadores de gravedad en variación de cada Factor R calculando la diferencia entre el R evaluado en comunidad y el R basal correspondiente; de esta manera, al aumento en el valor del indicador, corresponde variación del ítem hacia la mayor gravedad. El indicador del ítem 2 –Exposición a los desestabilizadores– tuvo diferencia significativa entre recidivantes y no recidivantes (U de Mann-Whitney; significación asintótica bilateral; p

$=0,044$). La correlación no paramétrica entre este indicador y la variable Recidiva agresiva en escala continua medida por EECA fue estadísticamente significativa ($r=0,69$; $p=0,05$).

Discusión

Entre los resultados descriptivos se destacan los relacionados con el abuso de sustancias. A pesar de la intervención con tratamiento específico y con monitoreo químico, hubo una importante proporción de entrevistados que informaron sentir deseos y consumir sustancias de abuso. Estos hallazgos, coincidentemente con los de otro estudio en el que se informó sobre la evaluación basal de la población fuente de estos casos(8) y con estudios de otras latitudes(12) ratifican el gran peso que tiene este factor de riesgo. Entre las observaciones cualitativas se registraron diversos inconvenientes para el mantenimiento del tratamiento y frecuentes expresiones de insatisfacción sobre la calidad del servicio asistencial. Si bien es una población difícil de servir, pudiendo resultar valiosas las intervenciones realizadas por el sistema, se vislumbra en la realidad de la provincia de Buenos Aires que la articulación entre instituciones (justicia, sistema de salud general, instituciones específicas para drogadependientes) no está ajustada. Probablemente, esta condición resulte en una acción menos eficaz de lo que podría obtenerse. Si bien este estudio no está destinado a medir tal eficacia, alerta sobre la gran necesidad que tiene la población liberada de servicios especializados y estrechamente conectados.

El área socioeconómica también resalta por su deficiencia. Los liberados comparten con el resto de la población las dificultades de las altas tasas de desempleo (en realidad, tienen una tasa mucho mayor) y además, muy particularmente, enfrentan otros diversos obstáculos para integrarse en la vida laboral. Para comprender el fenómeno, es imprescindible reconocer que por la pérdida de libertad suele haber distanciamiento de la interacción social que promueve la posibilidad de ofrecer sus servicios y que, además, muchos de los liberados, aún antes de su privación de libertad, no contaban con calificación laboral suficiente y tenían historias de importante inestabilidad laboral. Indudablemente, cualquiera sea la combinación de las deficiencias en la calificación laboral, en la predisposición hacia lo laboral y en la integración laboral, queda puesto de manifiesto que esta población está altamente expuesta al factor de riesgo. Esta condición de no integración en actividad laboral tiene numerosas vinculaciones con el riesgo delictivo que se movilizan entre la directa búsqueda de bienes por medios no legítimos hasta la promoción de un estilo de vida errático. Que la gran mayoría haya informado que recibe ayuda económica de familiar o amigo no es una compensación financiera eficaz, pues la ayuda recibida suele tender hacia el agotamiento y no compensa necesariamente la eventual tendencia hacia el estilo de vida errático y desordenado que puede emerger de la marginación laboral.

La relación de pareja es un dominio que suele ejercer una acción protectora contra la vida delictiva pero, a su vez, suele sufrir un efecto deletéreo por el delito y sus

consecuencias. La casi totalidad de los que tenían pareja, informaron que la relación era buena o muy buena. Si bien esta calificación podría hacer suponer lo contrario, dada la importancia que tiene la integración familiar y que ésta puede verse afectada en tanto se mantienen deficiencias en otros dominios, sería sumamente razonable que las parejas tuvieran disponibles servicios de orientación específicos. Es muy probable que un programa de asistencia al liberado y a su familia sea capaz de ejercer efectos preventivos valiosos. Cabe destacar que en la realidad actual, los servicios de salud públicos regulares tienen muchas dificultades para satisfacer la gran demanda de la población y que los liberados forman un grupo con múltiples peculiaridades (por ejemplo, escaso nivel cultural) que hacen necesario diversas tácticas para asegurar la accesibilidad a los servicios.

La información obtenida respecto al hábitat no permite inferir que exista insatisfacción de los liberados al respecto. Sin embargo, este tema requiere disquisiciones cuidadosas pues la información obtenida, podría estar sesgada por la comparación subjetiva con la experiencia de privación de libertad. La imagen satisfactoria está también relativizada por la identificación concomitante de deficiencia económica. Por lo tanto, para obtener conclusiones más precisas sobre el dominio habitacional se requiere la realización de estudios más minuciosos.

Esta investigación incluyó un tema localmente novedoso que es la satisfacción del liberado respecto a las agencias oficiales con las que, por legislación vigente, tiene obligada relación. Llama la atención que casi la mitad de los entrevistados encontraron la relación establecida con el Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires como poco útil o inútil. Las razones de esta percepción pueden ser variadas. Podría estar influyendo una desmesurada expectativa por parte del liberado o una ineficaz acción por parte de la agencia o bien una combinación de ambas razones. Cualquiera sea la causa, el hallazgo pone en evidencia un plano donde se deberían hacer ajustes para lograr el equilibrio apropiado entre las expectativas de unos y las funciones específicas de la institución, especialmente, si se tiene en cuenta el rol preventivo que puede tener la acción oficial y la necesidad de contar con una razonable satisfacción del usuario para mantener balanceado el sistema. Asimismo, el hallazgo motiva investigaciones más minuciosas sobre la temática.

Interesantemente, la acción del Juzgado de Ejecución Penal N° 1, institución que forma parte del Poder Judicial, que comúnmente es vista por acusados y penados como parte del sistema represivo y que fue percibida como colaborativa en la mayoría de los casos. El hallazgo es importante por diferentes razones. Por una parte, señala que el Juzgado de Ejecución Penal –institución recientemente habilitada en la Provincia de Buenos Aires– contaría con una imagen que podría promover el acer-

camiento confiado del liberado, lo que es fundamental para lograr acciones preventivas. Por otra parte, también señala la valoración que se realiza del equipo del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados, integrado por profesionales de la salud y de las ciencias sociales, dado que actúa de manera coordinada con el Juzgado y ejerce un rol central en la interacción con el liberado. Estos hallazgos estimulan a las instituciones a proyectar ampliación de sus acciones y a incorporar en sus planteles a profesionales de otras disciplinas.

Un hallazgo que permite sostener que ha existido entre los componentes del equipo y los liberados una interacción con crédito de confianza, es que el 28% de ellos reconoció que, a veces, sintió deseos de incurrir nuevamente en el delito. Esta información desvirtúa una creencia bastante difundida que la actitud defensiva de los penados sólo posibilita obtener datos distorsionados. Si bien sería ingenuo y técnicamente erróneo no esperar que la actitud defensiva ejerza distorsión, negar *a priori* la posibilidad de obtener sinceridad en algunas informaciones que, aparentemente, podrían considerarse contraproducentes para los liberados, sería la pérdida de una oportunidad única para ayudar. Lo que ocurre es que en ocasiones es posible una interacción honesta y madura entre liberados y agentes del Poder Judicial con el objetivo compartido de mantener una conducta socialmente aceptable. Si bien ese tipo de interacción no se logra de manera homogénea con todos los penados, cuando se consigue, es la que posibilita la intervención preventiva más valiosa pues permite unificar esfuerzos de la institución y del liberado en un objetivo común. Más allá de la información obtenida en el ítem, cabe destacar que la imagen obtenida por los entrevistadores fue, en general, cercana a lo confiable, según lo expuesto en el acápite de Resultados.

Otro hallazgo que refleja la importancia de una evaluación integral centrada en diversos aspectos existenciales y dinámicos, es la detección de dos liberados que informaron síntomas depresivos compatibles con psicopatología. La intervención de personal entrenado y con los instrumentos apropiados puede reorientar al liberado hacia el tratamiento, no sólo hacia aquél vinculado al abuso de sustancias como fuera comentado arriba, sino también hacia el tratamiento de otros síntomas, como los depresivos, que bien pueden hacer claudicar al sujeto en sus esfuerzos por ser productivo o motivar diversas conductas autolesivas.

En promedio, los liberados tenían una actividad relacional de alguna manera insatisfactoria y con dificultades para resolver algunas de las dificultades relacionales. Este hallazgo resulta en alguna medida contrastante con las referencias de los liberados vinculadas a las relaciones de pareja satisfactorias. Es factible que las principa-

les dificultades relacionales se hayan presentado fuera de la atmósfera de la pareja y que el hallazgo esté vinculado con las dificultades de integración en el macrocosmos comunitario y en el mercado laboral. Nuevamente, este dominio orienta a planificar prevención teniendo como blanco la integración.

Entre los Factores de Riesgo Medioambientales se destacan los valores promedios más altos en aquellos que incluyen la exposición a estrés y a factores desestabilizadores. El hallazgo resulta congruente con los restantes resultados univariados: mientras los factores de riesgos dependientes de la familia/pareja se mantienen más compensados, se destaca un riesgo mayor en los factores que más indican deficiencia estructural socioeconómica.

Algunos Factores de Riesgo Medioambientales mostraron una evolución desfavorable desde la evaluación basal hasta la evaluación en comunidad (Deficiencia del plan de reinserción social y Estrés), lo que podría estar indicando un deterioro de las condiciones medioambientales o que la información brindada en la evaluación basal tenía un sesgo optimista respecto a esas condiciones. Entre los candidatos a liberación es habitual encontrar un sesgo optimista de su futura adaptación y capacidad para obtener recursos laboralmente. Lo mismo puede ocurrir con los familiares, quienes saben que la entrevista con la Trabajadora Social es un paso en el trámite de la obtención de la libertad. Por el contrario, en algunos casos –dependiendo del comportamiento previo del penado– los familiares pueden ser cautelosos respecto al futuro(5). De todas maneras, es probable que unos u otros redimensionen la situación una vez producida la confrontación con la realidad, y muestren una valoración menos idealizada.

Es probable que los restantes Factores de Riesgo Medioambientales sean menos vulnerables al sesgo de información. Por ejemplo, los que miden la exposición a desestabilizadores y el incumplimiento con el plan terapéutico, parecen más difíciles de ser distorsionados dado que el expediente penal y otras fuentes pueden ofrecer elementos corroborativos y, además, la familia puede estar más predispuesta a ofrecer información precisa por considerar que algunos de estos factores son elementos que explican o justifican el hecho cometido. Nuevos estudios podrán permitir mayor comprensión.

Es interesante señalar que los indicadores de gravedad de la variación de los factores medioambientales que más se asociaron con la recidiva violenta no fueron aquellos calculados con los factores que tuvieron más variación entre la evaluación basal y la evaluación en comunidad. El indicador que se asoció significativamente con la recidiva fue el relacionado con la exposición a desestabilizadores. Asimismo, este indicador correlacionó significativamente con la variable Recidiva agresiva. Según este hallazgo, las otras condiciones medioambientales –hayan sufrido real deterioro o, simplemente, hayan sido redimensionadas por los entrevistados– no habrían tenido el efecto deletéreo que sí tuvo la exposición a desestabilizadores. La exposición a factores desestabilizadores se refiere a las situaciones en que las personas están expuestas a condiciones peligrosas a las que son vulnerables y pueden desencadenar episodios

violentos. Si bien las “condiciones peligrosas” son particulares para cada individuo, éstas pueden incluir la presencia de armas, acceso fácil a sustancias de abuso y circunstancias facilitadoras de su consumo, falta de apoyo profesional, relaciones con individuos involucrados en el crimen organizado.

Por último, la recidiva agresiva se asoció significativamente con las variables vinculadas con el abuso de drogas y con el indicador de humor depresivo. El abuso de drogas surge, entonces, como un problema con gran impacto, ya sea contemplando simplemente los hallazgos descriptivos mencionados al comienzo de esta sección, o teniendo en cuenta los definitivos hallazgos de su asociación con la recidiva. Probablemente, este problema también esté siendo captado como factor desestabilizador, pues puede relacionarse con circunstancias medioambientales facilitadoras del consumo. Como si ello fuera poco, el humor depresivo que también se asoció con recidiva violenta, puede actuar como un estímulo para el consumo de drogas.

Indudablemente, la proclividad al abuso de sustancias y el humor depresivo configuran un espectro patológico de alto impacto en la diátesis a la recidiva violenta. Estos factores, que durante la liberación tienen características dinámicas y son pasibles de intervención, deberían ser foco privilegiado de todo plan de prevención.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Se considera que las fortalezas principales del estudio son la sistematización de la evaluación y la utilización de medidas que cuentan con consenso internacional.

Se reconocen limitaciones dadas, principalmente, porque no pudieron ser entrevistados todos los casos liberados pues 7 se perdieron y 8 fueron detenidos por recidiva antes de ser entrevistados. Seguramente, evaluaciones inmediatas a la detención de estos 8 sujetos hubieran ofrecido información muy valiosa. Lamentablemente, no hay instalado un sistema de comunicación al juez de ejecución de las nuevas detenciones que sufren los liberados bajo su jurisdicción. El juez, por lo tanto, toma conocimiento de lo ocurrido de manera errática, por variables medios y a variables tiempos de ocurrida la detención.

Otra limitación es el prolongado tiempo entre la liberación y la entrevista en comunidad que estuvo determinado por dificultades para encontrar al liberado de manera que estuviera disponible para la entrevista y por deficiencia en los recursos. El intervalo prolongado dificulta la captación de variaciones breves.

Consideraciones finales

A pesar de las limitaciones reconocidas, los hallazgos orientan a sostener las siguientes consideraciones:

a. La evaluación técnica de factores de riesgo dinámicos y de recidiva violenta con referencias subjetivas, durante las etapas de liberación anticipada de penados y de alta a prueba de medida de seguridad, es factible.

b. Existe un grupo de factores que forman un espectro con alta carga psicopatológica (abuso de sustancias y

depresión) que se asocia a la recidiva violenta. Estos factores de riesgo son pasibles de intervención, por lo que es esperable que su adecuada aplicación contribuya a disminuir la recidiva violenta.

c. Existe otro grupo de factores de riesgo con alta prevalencia entre los liberados, que está vinculado a la inserción laboral, configurando un blanco de acciones con potencialidades preventivas a través de la capacitación y orientación laboral.

d. La vida de pareja de los liberados evidencia un grado de mediana satisfacción. Habida cuenta del valor protector que suele reconocerse en las relaciones de pareja estables, resultaría muy valioso la disponibilidad de orientación hacia servicios específicos a los efectos de fortalecer su efecto.

e. La relación entre liberados y Patronato de liberados bonaerense, dista mucho de ser satisfactoria para los liberados. Dada la importancia preventiva que podría tener la interacción con esta institución, resultarían sumamente positivas mayores investigaciones que orienten hacia cómo optimizarla.

f. La interacción con el Juzgado de Ejecución Penal y con el Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados tiene facetas que cuentan con la confiabilidad del liberado y, por lo tanto, grandes potencialidades preventivas. Su consolidación requiere, imprescindiblemente, de los adecuados recursos humanos que constituyan equipo interdisciplinario.

g. Resultarían útiles mayores estudios sobre la percepción de la población liberada sobre los servicios asistenciales especializados en abuso de sustancias y su eficacia.

h. Se requieren futuros estudios para evaluar las variaciones en los factores dinámicos con medidas repetidas y para aplicar análisis con modelo multivariado.

En épocas donde las necesidades son muchas y los recursos están limitados, es la búsqueda de precisión en la delimitación de los factores de riesgo lo que permite concentrar las acciones preventivas de la manera más eficiente. Los autores aspiran a que sus hallazgos, contribuyan en la búsqueda de esa eficiencia que, finalmente, sumará libertad y paz social ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edición española, Barcelona: Masson, S.A, 1995.
2. Castel R. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1997.
3. Douglas KS, Ogloff JRP. Multiple Facets of Risk for Violence: The Impact of Judgmental Specificity on Structured Decisions About Violence Risk. *International Journal of Forensic Mental Health* 2003; 2(1):19-34.
4. Folino JO, Arado M, Ferrari L, Marengo M. *Manejo del riesgo de recidiva violenta y el abuso de sustancias. Documento de Trabajo N° 12*. La Plata: Programa de Evaluación de Riesgo de Liberados. Procuración General de la Suprema Corte de Justicia, Provincia de Buenos Aires, 2002.
5. Folino JO. *Evaluación de Riesgo de Violencia -HCR-20-* Versión en español, adaptada y comentada. La Plata: Interfase Forense, 2003.
6. Folino JO, Arado M, Ferrari L, Marengo M. *Manejo del riesgo de recidiva violenta y el abuso de sustancias. Documento de Trabajo N° 7*. La Plata: Programa de Evaluación de Riesgo de Liberados. Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 2002.
7. Folino JO, Marchiano S. Tasa Basal de Recidiva Delictiva [Crime Recidivism Base Rate]. Publicación electrónica "Intercambios" de la Carrera en Especialización en Derecho Penal [Electronic Publication, "Exchanges", Criminal Law Post Graduate Course], 2002. <http://der.jursoc.unlp.edu.ar/intercambios/index.htm>.
8. Folino JO, Marengo C, Marchiano S, Ascazibar M. The Risk Assessment Program and the Court of Penal Execution in the Province of Buenos Aires, Argentina. *Int J Offender Ther Com Criminol*, en prensa.
9. Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000; 176:312-319.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Mundial de la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
11. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent Offenders - Appraising and Managing Risk*, 3rd ed., Washington: American Psychological Association, 1999.
12. Swanson JW. Mental Disorder, Substance Abuse and Community Violence: An Epidemiological Approach. In: Monahan J and Steadman H (Eds.). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*, pp. 101-136. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
13. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. En: Webster CD, Jackson MA (Eds.). *Impulsivity: Theory, assessment and treatment*, New York: Guilford, 1997.
14. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20. Assessing Risk for Violence Version 2*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997.
15. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143:35-39.
16. Zung WWK. Depression in the normal aged. *Psychosomatic* 1967; 3:287.

Evaluación del riesgo suicida: Aspectos Clínicos y Médico-Legales de la peligrosidad para sí

Esteban Toro Martínez

Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional. Jefe de Trabajos Prácticos. 1ª Cátedra de Farmacología UBA. Coordinador de Programas de Psicofarmacología, Hosp. "J. T. Borda", UBA. etoro@fibertel.com.ar

Marcelo Rudelir

Doctor en Medicina. Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional. Docente Asociado (UBA) a cargo de Salud Mental. UDH Hospital "J. Fernández"

Introducción

El término suicidio deriva del latín y etimológicamente significa "matarse a sí mismo": *sui* "a sí mismo" y *caedere* "matar". El Diccionario de la Real Academia Española lo define como la "acción y efecto de suicidarse" siendo esto el "quitarse voluntariamente la vida". Para Stengel y Durkheim se trata del acto positivo o negativo, directo o indirecto que provoca la muerte de quien lo comete, habiendo sido éste el resultado que se representó la víctima sin estar segura de sobrevivir(15, 63). El suicidio es el vértice de un debate y un campo complejo en donde confluyen la filosofía, la moral, la ética, la religión y las ciencias. Este artículo se propone como objetivo brindar al profesional de la salud mental enfrentado en su praxis cotidiana con esta urgencia, una orientación sistematizada de valoración de los distintos factores de riesgo clínicos y sociodemográficos de suicidabilidad y su impacto en las distintas etapas del proceso de suicidio, contextualizados dentro del marco legal vigente en nuestro medio.

Noción de suicidio como proceso y su influencia en la evaluación del riesgo

El proceso de valoración de la conducta autolítica está regido por dos principios ordenadores que deben ser considerados todo el tiempo que dure el mismo: 1) el suicidio es un fenómeno pluricausal que requiere de un abordaje multidimensional y 2) la predicción certera y válida del mismo para un momento preciso es *imposible*.

En los países desarrollados el suicidio es la novena

causa de muerte en la población general y la tercera entre los jóvenes comprendidos entre los 15 y 24 años(46). Sin embargo su índice de prevalencia en la población general es muy bajo. Por ejemplo en los EE.UU. la incidencia anual es 11.2 cada 100.000 habitantes o 0,011%, representando esto una escasa frecuencia que justifica las dificultades en desarrollar instrumentos válidos de predicción para sujetos en riesgo(16, 46). En la misma dirección la tasa histórica en Argentina es 6,7 por cien mil, en tanto la actual es 8,4 por cien mil(43). De hecho los especialistas del campo concuerdan en que no existe test psicológico, técnica clínica o marcador biológico alguno de suficiente sensibilidad y especificidad como para brindar un diagnóstico seguro en el corto término, de un riesgo determinado para un sujeto dado(27). De todos modos, la bibliografía de predicción en esta especialidad ha descrito numerosos factores de riesgo que los ha dividido en dos categorías: a) sociodemográficos y b) clínicos. Los factores de riesgo sociodemográficos más destacados son: sexo masculino; edad igual o mayor de 60 años; soltería; vivir solo; la ausencia de niños en el hogar y problemas financieros(32, 33). Los factores clínicos más importantes son: trastorno bipolar; desorden depresivo mayor; esquizofrenia; abuso de sustancias; historia de intentos previos; ideación suicida, ataques de pánico; anhedonia severa y experiencias de humillación recientes(16, 32, 33, 35, 36, 37, 60). Sin embargo un estudio demostró que la aplicación de 21 factores de riesgo bien conocidos sólo logró predecir el 3,74% de los suicidios consumados mientras que un 50% no fue anticipado (falsos negativos), lo cual conduce a un cuestionamiento sobre la utilidad de la

Resumen

El suicidio es el vértice de un debate y un campo complejo en donde confluyen la filosofía, la moral, la ética, la religión y las ciencias. Este artículo se propone como objetivo brindar al profesional de la salud mental enfrentado en su praxis cotidiana con esta urgencia, una orientación sistematizada de valoración de los distintos factores de riesgo clínicos y sociodemográficos de suicidabilidad y su impacto en las distintas etapas del proceso de suicidio, contextualizados dentro del marco legal vigente en nuestro medio.

Palabras clave: Suicidio – Factores de Riesgo – Responsabilidad Médica – Mala praxis – Habeas Corpus

ASSESSMENT OF SUICIDE RISK: CLINICAL AND LEGAL ASPECTS

Summary

Suicide is a multicausal phenomena, that can be studied from different points of view. This article reviews suicide risk factors and legal issues and tries to give physicians a guide of procedures taking into account the current legal framework in Argentina

Key words: Suicide – Risk factors – Liability – Malpraxis – Habeas Corpus



valoración de la conducta suicida(55). El consenso actual tiende a considerar por un lado al suicidio como un proceso o *continuum* de severidad que atraviesa distintas estaciones progresivas –*ideación de muerte; deseos de morir, ideación de suicidio y el acto deliberativo de autodañarse*– y por el otro al proceso de valoración predictiva como la acción destinada a poner al sujeto en la perspectiva de dicho *continuum* de riesgo y ponderar qué grado de materialidad o sustrato de suicidabilidad presenta un sujeto dado(51).

Factores de predisposición al suicidio **Trastornos Clínicos de Eje I**

Las autopsias psicológicas han demostrado que aproximadamente entre el 90 y 93% de los suicidios consumados satisfacían criterios diagnósticos para uno o más trastornos psiquiátricos clínicos(11, 28). De modo que la estrecha asociación entre suicidio y enfermedad mental justifica que la evaluación del proceso de suicidio comience con la búsqueda de un trastorno clínico como factor de predisposición. Sin embargo para otros autores la presencia del mismo es condición necesaria pero no suficiente o en todo caso un factor de riesgo distal. Las

entidades clínicas que más frecuentemente se asocian a suicidio son los trastornos del humor, la esquizofrenia y el alcoholismo(35, 36, 37, 48).

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Los TDM configuran el 50% de los diagnósticos clínicos en los estudios de suicidios consumados (36, 37, 48). Habiéndose considerado la incidencia anual (norteamericana) en el orden de 11.2 cada 100.000 personas se puede concluir que el 99.989% de las personas en riesgo no se suicidan en un año dado(46). Siguiendo este análisis los TDM implican 150.00 suicidios anuales sobre un total de 18 millones de afectados, lo que implica una tasa anual del orden de 83.3 suicidios cada 100.000(6, 38). Esta tasa octuplica la de la población general pero sin embargo también significa que el 99.92 de las personas que padecen de TA no se suicidarán en un año dado(6, 38). De modo que el gran desafío es reconocer precisamente dicha minoría, a través de elementos relacionados que logren calificar a determinado episodio depresivo. La Tabla 1 resume los factores más destacados para calificar un episodio depresivo como de riesgo.

Trastorno Bipolar (TB)

La tasa de suicidio en los TB es 20%, siendo mayor la

Tabla 1
Indicadores de riesgo
en episodios depresivos

Episodio de gravedad moderada-severa.
Comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico.
Comorbilidad con uso de sustancias.
Episodio mixto de trastorno bipolar.
Trastorno bipolar.
Período de comienzo del episodio depresivo unipolar.
Período en que comienza a manifestarse la mejoría con la consiguiente recuperación de la iniciativa motora.
Agitación y síntomas melancólicos (estos últimos discutidos).
Período inmediato posterior al alta de la internación.
Pánico, insomnio global, ansiedad psíquica severa, disminución de la concentración, consumo del alcohol, pérdida del interés o placer predicen suicidabilidad temprana (< de 1 año).
Desesperanza, ideación de suicidio y antecedentes de episodios previos predicen suicidabilidad tardía (> de 1 año).

proporción en los aquejados de TB II que en la de los TB I debido a que los primeros presentan más comorbilidad incluyendo alcoholismo y trastornos de personalidad; una vida más caótica, un escaso sistema social de contención y un escaso margen de adherencia al tratamiento(34, 52, 57, 67). De este modo, el TB II presenta un pronóstico más desfavorable a pesar de que sus cambios de humor son menos pronunciados y aunque sus depresiones pueden ser muy graves. Existen numerosos reportes que indican que no alcanza la presencia de depresión para implicar riesgo autolítico sino que la misma deberá ser severa(37) (Tablas 2 y 3).

Esquizofrenia (Es)

Ya se ha comentado que aproximadamente el 90% de las víctimas de suicidio reúne criterios diagnósticos de trastornos psiquiátricos. De estos entre el 2 y el 12% co-

Tabla 3
Factores de baja adherencia al tratamiento
farmacológico en TB

Primer año de tratamiento.
Historia de no adherencia.
Juventud.
Sexo masculino.
Pocos episodios.
Historia de manías grandiosas.
Manía eufórica.
Añoranzas de los estados eufóricos. Confusión entre ace-
leramiento y creatividad/disfrute/ capacidad individual.

Tabla 2
Correlatos de Suicidio
en Trastorno Bipolar

Historia Familiar de suicidio.
Abuso de Alcohol.
Estados Mixtos.
Inicio de la enfermedad.
Episodio Depresivo.
Periodo de recuperación.
Periodo posterior al alta de la internación.
No adherencia al tratamiento farmacológico (Ver tabla 3)

rresponden a la Es(69). Por otra parte, entre el 10 y el 15% de los individuos con Es mueren por esta causa. Fenton, McGlashan y col. han hipotetizado que la pérdida progresiva del impulso social, la restricción de la afectividad, el déficit y la indiferencia hacia el futuro protegen al paciente con Es del suicidio mientras que un adecuado funcionamiento premórbido, un inicio tardío de la enfermedad, cierta preservación de las funciones cognitivas y el curso intermitente asociado con las formas no deficitarias generan las condiciones para el asentamiento de disforia y desesperanza, predisponiendo hacia la conducta autolítica(22, 35, 52). En general el perfil del paciente suicida es de un joven, de sexo masculino, que cursa su primera década de enfermedad, deprimido o mejorando del episodio psicótico con un relativo buen *insight* en los déficits de su enfermedad, en el período inmediato al alta(22, 35). Es importante destacar además que los métodos de suicidio suelen ser muy violentos (colgarse, saltar al vacío, apuñalarse)(22, 35, 68). La Tabla 4 ofrece los factores de riesgo de suicidio en Es(22, 35).

Alcoholismo(AI)

Las autopsias psicológicas reflejan que el 25% de quienes fallecen por la causa aquí tratada padecen de AI mientras que el alcohol aparece involucrado en el 50% de los casos(49). De este modo se teoriza que el alcohol aumenta el riesgo en alcohólicos y en quienes no padecen un trastorno por el uso del mismo. Entre los factores que vinculan el AI con el suicidio se destacan: comorbilidad con depresión; patrón de consumo continuado, aviso previo de la intención; escasa red de contención social; enfermedad médica concomitante; desempleo y vivir solo(48, 49).

Factores de potenciación de suicidio

Eje II y elementos vinculados a la persona

En Medicina se tratan personas que padecen enfermedades y no entidades nosológicas. Por lo tanto la valoración del riesgo de suicidio exige la consideración de los distintos aspectos que hacen a la historia y a la vida del individuo. Los factores de potenciación son, para algunos, condiciones suficientes y también se los denominan factores proximales o desencadenantes(28, 46). Estos incluyen: historia familiar y ambiente social; características de la personalidad; enfermedades físicas; estre-

sores psicoambientales; intentos previos de suicidio; presencia de armas de fuego y otros medios de letalidad.

Historia familiar y ambiente social

Los antecedentes de suicidio en la familia del paciente constituyen un factor de riesgo claro, aunque la ausencia del mismo no reduce la peligrosidad. Por lo tanto no es válido concluir que en el último supuesto considerado, el sujeto se encuentre ante un bajo riesgo. El riesgo es mayor si en forma conjunta existe el antecedente de abuso de sustancias y trastornos del humor. Por lo tanto la tríada *antecedentes familiares de trastorno del humor, uso de sustancias y suicidio* califican para riesgo cuando estén presentes(46). Los efectos de éstos sobre un sujeto dado estarían mediados por mecanismos genéticos y de ambiente compartido. Por otra parte, los suicidios son más frecuentes en quienes provienen de familias disfuncionales; con antecedentes de divorcios o fallecimiento de alguno de los progenitores, alta conflictividad familiar y estrés, problemas legales de los progenitores, violencia familiar y abuso físico y/o sexual. Estos dos últimos están asociados con intentos y consumaciones de suicidio a temprana edad(14, 46).

Trastornos de personalidad

Desde una perspectiva psicodinámica estos individuos presentan un desarrollo de las funciones sintéticas del Yo deficiente que conlleva a un inadecuado sentido de la propia utilidad, de la compostura interna y a un insuficiente manejo de la rabia. Por lo tanto, al ser el control interno ineficiente necesitan fuente externas de contención siendo vulnerables a la falta de las mismas.

Trastorno Borderline

La tasa de suicidio, según distintos estudios, oscila entre 4 y 10% según el tiempo de *follow up* utilizado(14, 52). Lo que se discute es la real incidencia de la comorbilidad en este trastorno, que para algunos es la causa del riesgo elevado. Se ha definido que la característica esencial del trastorno es el miedo y la intolerancia a la soledad, condicionando sus notas más salientes: conductas autodestructivas repetidas, abuso de sustancias, promiscuidad y otras acciones impulsivas desesperadas, que incluyen los intentos de suicidio y la automutilación(14, 26, 52, 58, 61). Se han descrito numerosos marcadores clínicos, históricos y sociodemográficos de riesgo: rasgos antisociales, depresión, impulsividad, uso de sustancias, antecedentes de abuso sexual infantil e intentos previos. El binomio abuso de sustancias e impulsividad es de máximo riesgo(14, 26, 58, 61).

Trastorno Narcisista

Según Perry "la vulnerabilidad extrema a la baja autoestima asociada a la disforia producto de fracasos, escándalos, críticas y humillación" son las causas de la

Tabla 4
Factores de riesgo para suicidio en Es

Juventud.
Comienzo temprano.
Adecuado funcionamiento premórbido.
Buen funcionamiento intelectual.
Frecuentes exacerbaciones y remisiones.
Insight sobre el déficit y deterioro psicosocial.
Períodos de mejoría posteriores a la recaída.
Episodios depresivos y de desesperanza.
Sexo masculino.
Período inmediato al alta.
Subtipo paranoide.

predisposición al suicidio(58). Pero para la mayoría es la asociación a otras comorbilidades que incluyen depresión; abuso de sustancias y rasgos fronterizos y antisociales los que elevan el riesgo(58).

Trastorno Antisocial

Se ha descrito aquí una tasa de suicidabilidad que alcanza al 5%. Sin embargo y al igual que *ut supra* indicado, es la comorbilidad con otros trastornos de eje I (incluyendo depresión y abuso de sustancias) y rasgos fronterizos de personalidad lo que aumentaría el riesgo(26, 45). De este modo la real incidencia atribuida a esta personalidad exclusivamente es desconocida.

Estresores y enfermedad física

Las Tablas 5 y 6 muestran los factores descritos con más frecuencia en esta sección(30, 46).

Acceso a armas de fuego

El suicidio mediante armas de fuego es el método más frecuente en hombre y mujeres, seguido por ahorcamiento y envenenamiento respectivamente. Es también el método de mayor eficiencia (92 % de éxito)(56). La presencia de armas incrementa el riesgo, en especial en adolescentes. Muchas veces el suicidio es impulsivo, de modo que no se requiere de un manejo experto de las mismas(56). Por lo tanto, el clínico debe recomendar la restricción del acceso a las mismas y debe siempre averiguar acerca de su presencia en el hogar o posibilidad de acceso a las mismas.

Tabla 5
Estresores y Suicidio

Relación personal conflictiva o pérdida de la relación.
Problemas económicos.
Problemas legales.
Jubilación, mudanzas y exilios.
Eventos humillantes: escándalos financieros, arrestos, despidos.

Tabla 6
Enfermedades físicas, factores asociados y suicidio

Enfermedad de Huntington.
Neoplasias malignas.
Esclerosis múltiple.
Úlcera péptica.
Enfermedad renal.
Lesiones de médula.
Lupus eritematoso sistémico.
Edad avanzada.
Insuficiente sedación.
SIDA (no HIV +).
Mala relación médico-paciente.

Factores de riesgo suicida de acuerdo a la edad

El índice de suicidios de personas mayores de 75 años es de 52 cada 100.000, mientras que en la franja que va entre los 15 y 75 años, de cada 100 mil personas se suicidan aproximadamente 20(43). Estas cifras corresponden a las tasas elaboradas por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS), sobre la base de las últimas estadísticas del Ministerio de Salud que datan de 2002(43). La mayor cantidad de suicidios se registra entre los ancianos que superan los 75 años mientras que la menor cantidad se da en la franja que va desde los 35 a los 44 años. Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio al aumentar la edad en los varones. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con el aumento de la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en diferentes países, lo que cambia entre ellos son únicamente las tasas más o menos altas de suicidio(43, 68). De acuerdo con los últimos informes, los hombres triplican a las mujeres en la tendencia suicida. Los riesgos de suicidio se pueden clasificar de acuerdo a los diferentes grupos: 1) Niños, 2) Adolescentes, 3) Adultos, 4) Tercera edad.

1. Factores de riesgo suicida en la niñez

Se considera que por debajo de los 5 ó 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que participen activamente de la muerte. También en estas edades es común que la muerte se asocie a las enfermedades o a la vejez. A partir de los 6 años se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluido él, tienen que morir(7). Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general, los niños han tenido algún indicio del tema a través de la televisión. Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan

de los adultos. En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar(7). Por lo general, los niños que tienen actitudes suicidas provienen de un medio familiar con progenitores con alteraciones mentales o trastornos tales como alcoholismo, adicciones, psicosis, o trastornos severos de la personalidad o del estado de ánimo. En estos casos la falta de cuidado, la transmisión de desesperanza, el pesimismo y la falta de motivación favorecen al peligro suicida. Otros factores de riesgo suicida de importancia en la niñez son la presencia de conductas suicidas en alguno de sus padres y las alteraciones en las relaciones entre los progenitores y sus hijos, especialmente cuando existe maltrato infantil y abuso sexual, físico o psicológico(7). La violencia contra los niños en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpece el desarrollo de la personalidad, y que contribuye a la aparición de rasgos o a la realización de actos suicidas. La Tabla 7 resume los factores que pueden desencadenar una crisis suicida infantil.

Las señales de alarma o factores predictores a tener en cuenta cuando nos encontramos ante situaciones como las descritas son: comienzo de comportamiento agresivo o pasivo en la casa y en la escuela; cambio en los hábitos de alimentación pudiendo mostrar inapetencia o por el contrario un apetito inusual; cambio en el hábito del sueño; tanto desvelos o insomnio; terrores nocturnos; aparición de enuresis; pesadillas; aparición de hipersomnia o insomnio; alteraciones o cambios en el rendimiento escolar y en su conexión con los juegos. En cualquiera de estos casos se debe reforzar el control de los métodos mediante los cuales los niños puedan autolesionarse; mantenerlos alejados de sogas, cuchillos, armas de fuego, píldoras de cualquier tipo, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc. Es importante destacar que aún cuando se efectiviza un acto suicida, no obstante el riesgo que éste implica, el mismo no necesariamente debe responder a una intencionalidad suicida concreta sino a un pedido de ayuda o de especial atención o al comienzo de una alteración psiquiátrica en evolución.

Tabla 7
Factores desencadenantes de una crisis suicida infantil

Divorcio de los padres.
Muerte de seres queridos.
Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.

Tabla 8
Factores de riesgo suicida en adolescentes

Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.
Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos.
Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.
Dificultades para demostrar afectos.
Identificación e idealización de figuras-íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto (ej.: Kurt Cobain, Jim Morrison)(*)
Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.

(*) Como el caso de una adolescente con tendencias suicidas severas agravadas por la pérdida de su madre que sólo encontraba alivio escuchando temas del grupo de rock Nirvana, cuyo líder, Kurt Cobain, se había suicidado en 1995. Su vestimenta consistía en jeans con distintas remeras de ese grupo

2. Factores de riesgo suicida en los adolescentes

En EE. UU. la tasa de suicidios entre los adolescentes ha crecido en los últimos años. Es la tercera causa de muerte más frecuente entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años(3). A medida que van creciendo, los adolescentes experimentan en general fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas acerca de sí mismos, baja autoestima, impulsividad, desesperanza, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas. En la Argentina, los jóvenes se enfrentan cada día a la incertidumbre dada por la falta de contención social, la imposibilidad de continuar estudios por escasez de recursos, la falta de trabajo, el egreso de la Universidad sin poder ejercer su profesión y a la falta de cobertura médica y de asistencia psicológica, entre otros. Estos factores se potencian cuando existe una patología prevalente tal como alteraciones depresivas, síntomas psicóticos, abuso de sustancias, trastornos severos de la personalidad, o cuando encontramos en los padres este tipo de patología. Otros factores predisponentes se muestran en la tabla 8.

Por otra parte, hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente *suicidógenos* en adolescentes vulnerables y que sumados a los factores anteriores pueden disparar una conducta suicida. Entre los factores desencadenantes posibles se destacan: ruptura de pareja; divorcio de los padres; formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros; mudanzas; fallecimiento de seres queridos; conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente; fracaso en el desempeño escolar; exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes; exigencia exacerbada a través de la imposición de modelos que parten de los medios de comunicación; falta de respuesta de figuras identificatorias ante llamados o cartas reiteradas (ej. el caso de Stan –un fan del músico de rap Eminem–, quien ante la falta de respuesta de su ídolo, se suicidó); aislamiento social, migraciones; situación traumática reciente (ej. Tragedia de Cromagnon); embarazo no deseado y embarazo oculto; interrupción de embarazo; violación o abuso sexual; ocurrencia de otros suicidios dados a conocer en la misma localidad, que ayudan a tomar coraje a través de conductas imitativas (ej. en Gobernador Gálvez, en la Provincia de Santa Fe., y en Japón, recientemente, donde en diferentes hechos jóvenes en grupo se han suicidado dentro de automóviles).

El comportamiento suicida, puede ir acompañado de una comunicación implícita o explícita, verbal o no verbal, directa o indirecta. Las señales indirectas y predictoras de la conducta suicida, sumadas a los factores an-

teriores, son(3):

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
 - Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
 - Comportamientos rebeldes, actitudes violentas o escaparse de la casa (actuaciones o *acting outs*).
 - Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
 - Cambios pronunciados en su personalidad.
 - Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
 - Quejas somáticas frecuentes.
 - Pérdida de interés en cosas que antes les parecían divertidas.
 - Tendencia a la queja permanente.
 - Apatía exacerbada, indiferencia.
 - Desinterés por el orden y la limpieza y por objetos por los cuales antes se veían entusiasmados.
 - Donación de objetos estimados.
- Las señales directas son:
- Ideación suicida concreta y pensamientos de muerte.
 - Comunicaciones escritas o verbales que describen la intencionalidad y a veces el plan suicida.
- Asimismo los rasgos de personalidad que aumentan el riesgo suicida en los adolescentes son:
- Inestabilidad del ánimo.
 - Conducta agresiva.
 - Conducta disocial.
 - Elevada impulsividad.

- Rigidez de pensamiento.
- Dificultad para resolver problemas.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contradicciones.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Falta de la capacidad de autocrítica

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación traumática inicia una crisis que potencialmente puede desencadenar en una tentativa de suicidio es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva para salvar su riesgo de vida y evitar cualquier otro tipo de conducta que desencadene una autoagresión.

3. Factores de riesgo suicida en el adulto

La conducta suicida en el adulto suele también estar precedida de eventos estresógenos, tales como pérdidas, crisis o rupturas vinculares, desempleo, inestabilidad laboral, problemas sexuales, o problemas económicos. A pesar de que estos eventos son frecuentes en la población en general, parecen precipitarse más rápidamente en aquellos sujetos más vulnerables, debido a la concomitancia con otros factores de riesgo. El análisis de riesgo suicida en adultos fue analizado en forma exhaustiva al considerarse los factores predisponentes y los potenciadores en este mismo artículo, secciones a las que se remite al lector. También los adultos son susceptibles de exponerse a conductas imitativas de otros casos tal como ocurre en los adolescentes, que pueden ser visualizadas a través de los medios de comunicación. La expresión de la intencionalidad suicida debe también ser tomada en cuenta seriamente en cualquier paciente, más aún en los que conllevan factores de riesgo.

4. Factores de riesgo de suicidio en la tercera edad

En nuestro país, para el grupo comprendido entre los 65 y 74 años, la tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes es del 19,2%, según datos de la Organización Panamericana de la Salud(53). Barrero explica las condiciones psicológicas que subyacen al riesgo de suicidabilidad en esta franja etaria al afirmar que "el envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensuales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas"(7). El anciano suele tener una conducta activa y premeditada en su propósito suicida. La tasa de suicidios consuma-

dos para el anciano es 2 a 1, mientras que para los adultos jóvenes es de 7 a 1(70). Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción, usan métodos mortales, reflejan menos señales de aviso, actúan premeditadamente, y pueden asumir la forma de suicidios pasivos(7). El autoabandono puede considerarse como una "conducta suicida encubierta"(70). Los métodos más frecuentemente utilizados por los hombres son las armas de fuego, el ahorcamiento y el salto al vacío, mientras que las mujeres prefieren el envenenamiento o la sobredosis de droga(50). Los ancianos también suelen comunicar de forma indirecta su idea suicida. Esto requiere estar atentos, por ejemplo al agradecimiento a modo de despedida a sus médicos o cuidadores, instrucciones para dejar ordenados aspectos que tienen que ver con sus finanzas o con sus cuentas, etc. Las tentativas de suicidio suelen estar menos relacionadas con un llamado de atención o con un pedido de ayuda como ocurre con otros grupos etarios. Los factores potenciadores son: soledad; aislamiento; presencia de enfermedades somáticas; antecedentes depresivos; alcoholismo; pérdidas recientes; deterioro económico y social; carencia de soporte familiar, institucional o social; maltrato familiar y los factores desencadenantes pueden ser: pérdida de seres queridos o fallecimiento de amigos; viudez; internación geriátrica; falta de continente familiar adecuado; jubilación reciente; aislamiento social; pérdida de prestigio.

Aspectos médico legales del suicidio

Responsabilidad. Marco general

Un principio jurídico general establece que las personas deben responder por los daños que ocasionen a un tercero, variando el fundamento de dicha obligación en función de la intención o no del autor(1, 54). Esta obligación de responder es la Responsabilidad (proviene del latín *respondere*, significando *obligarse a... o prometerse a algo*). La Responsabilidad significa *calidad o condición de responsable, e implica la obligación de reparar y satisfacer por sí o por otro, toda pérdida, daño o perjuicio que se hubiera ocasionado*. Entonces, la responsabilidad médica es una variedad de la responsabilidad profesional, siendo la obligación de los médicos responder por las consecuencias derivadas de su actuación en el arte de curar. Éstas incluyen a todos los daños en el cuerpo o en la salud o la muerte de los pacientes que estaban bajo asistencia médica(1, 8, 39, 42, 64, 65, 66). Siguiendo una de las concepciones jurídicas clásicas, que divide la obligación en aquellas que son de *Medios* y las que son de *Resultado*, se considera a la obligación de los médicos como de *Medios*. Por lo tanto el médico deberá ofrecer *empeño y técnica* al paciente, de modo que se compromete *a la instrumentación de su saber y proceder* al servicio de la salud del enfermo(47, 54).

Las formas de la culpa que enuncia el Código Penal son(1, 13, 54): *Impericia, Imprudencia, Negligencia e Inobservancia de los reglamentos o deberes de su cargo*.

Tabla 9
Situaciones que generan demandas de suicidio

Suicidio mientras permanecen ingresados en una unidad de internación.
Suicidio en hospital de día.
Suicidio tras fuga de la institución.
Suicidio durante una salida terapéutica.
Suicidio tras ser dado de alta.
Suicidio tras ser rechazada una internación solicitada.
Suicidio en tratamiento externo.

Fuente: Responsabilidad médica y psiquiatría. 2ª Edición. JJ Carrasco Gomez. Editorial Colex. 1998

Aspectos Penales y Civiles de la Responsabilidad

El Código Penal a través de los artículos 84 (homicidio culposo), 94 (lesiones –daños en el cuerpo o en la salud– culposas) y 203 (transmisión de enfermedades y envenenamiento), hace referencia a delitos de responsabilidad profesional, cometidos en el ejercicio médico, en los que como se planteaba anteriormente hay capacidad y obligación de representarse el resultado(13).

La consideración de la dimensión civil resulta de interés ya que puede dictaminar responsabilidad aún cuando el médico resulte sobreesido en el juicio penal, puesto que la sentencia es no vinculante(12).

El artículo 901, por su parte caracteriza a la relación de causalidad al indicar que “las consecuencias de un hecho que acostumbra suceder, según el curso natural y ordinario de las cosas, se llaman en este Código consecuencias inmediatas”.

El artículo 902 estipula que “cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos”.

El artículo 909 determina que: “para la estimación de los hechos voluntarios, las leyes no toman en cuenta la condición especial, o la facultad intelectual de una persona determinada, a no ser en los contratos que suponen una confianza especial entre las partes. En estos casos se estimará el grado de responsabilidad, por la condición especial de los agentes”.

Por su parte el artículo 512 precisa: “la culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación, y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar”.

El artículo 1113 establece que: “la obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia o por las cosas de que se sirve o que tiene a su cuidado”.

Del análisis del contenido de los artículos recién mencionados se comprende que la responsabilidad civil surge de un daño que guarde una relación de causalidad con el accionar médico, es solidaria entre los miembros de un equipo y la institución en donde se desempeña, se encuentra calificada por la especial relación médico-paciente (con especial atención a la condición de experto del profesional) y exige diligencia en la correcta atención del enfermo de acuerdo al momento, característicos y medios disponibles en que la misma se realizó.

Peligrosidad para sí y legislación ¿Obligación de predecir o prever?

El artículo 482 de nuestro Código Civil estipula en su primer párrafo que “el demente no será privado de su li-

bertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros...” y en su segundo párrafo (agregado en la reforma de 1968) que “...podrán disponer la internación... de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud...”. En ambas citas queda muy clara la postura doctrinaria en la que se fundamenta. El derecho primero que tutela es el de la libertad que sólo podrá ser vulnerado cuando existan condiciones de peligrosidad *para sí o terceros*(44).

Por su parte, Kraut señala que “cabe diferenciar dos supuestos: a) la conducta autolesiva provocada por un acto involuntario que reconoce como causa adecuada una enfermedad mental (delirios, etc.); en estos casos la persona enferma, carente de discernimiento, se mata sin saber lo que hace; b) el suicidio como obra de la propia víctima que, en pleno uso de sus facultades mentales, concreta el acto mediante una acción conciente, planificada y deliberada de quitarse voluntariamente la vida”(13, 39). Este último suele denominarse *suicidio lúcido*. Stephen (citado por Carrasco Gómez) estima que el 25% de las demandas en Psiquiatría se deben a casos de suicidio(10). La Tabla 9 muestra las situaciones más frecuentes de las cuales derivan las demandas en esta materia. Carrasco Gómez, en relación a la conducta exigida al psiquiatra plantea que “no se puede (...) garantizar el que un paciente no tome la decisión de quitarse la vida. Si se exigiese al médico evitar el suicidio por encima de todo y en toda circunstancia, estaríamos ante una exigencia al médico de resultados, cuando lo exigible es una exigencia de medios, es decir de haber puesto todos aquellos que se consideran adecuados a la situación concreta generada. Por tanto, la presencia de una conducta suicida en un enfermo psíquico no debe significar necesariamente que haya ocurrido una falta médica por incumplimiento de la *lex artis*” ... “Al psiquiatra se le podrá plantear si conocía o debía conocer el riesgo del suicidio, si lo evaluó y cómo lo hizo, cuál fue el resultado de la evaluación y en caso de existir riesgo qué medidas tomó para proteger al enfermo de sus tendencias a la conducta suicida”(10). En esta dirección Llamas Pombo advierte que “es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de un enfermo mental, siempre dentro de las reglas de la *lex artis*, o que advirtiéndola, no toma las medidas de prevención

oportunas”(40). Kraut considera que “advertida la tendencia suicida o autoagresiva inminente, nacen dos obligaciones principales de actividad: disponer los medios adecuados para preservar la vida del paciente –obligación de custodia– y suministrarle, en correspondencia, una terapia efectivamente idónea que facilita su recuperación clínica –deber de asistencia–... Se asume el deber de indemnidad frente al paciente y la protección de terceros y, a la vez, el de prestarle la adecuada asistencia psiquiátrica que procure su mejoría o curación...”(39). De este modo la internación psiquiátrica aparece como instrumento de atención y cuidado del enfermo (art. 482 tercer párrafo de Código Civil y art. 11, ley 22914)(12).

Por lo tanto ante la posibilidad de riesgo de suicidio el psiquiatra deberá ponderar los distintos factores de riesgo clínicos y sociodemográficos, predisponentes y potenciadores entrecruzados con la pertenencia a determinado grupo etario que es un factor de riesgo diferenciado en sí mismo. Asumido un riesgo alto deberá proceder (siguiendo a Carrasco Gómez):

- a la internación voluntaria o involuntaria (reglada por el marco vigente);
- instaurar el tratamiento más adecuado ya sea farmacológico (contemplando en los casos que así lo necesitaran el uso de clozapina o litio) o TEC;
- participar al resto del equipo asistencial incluyendo al personal de enfermería la existencia del riesgo;
- revisar pertenencias para despojar al paciente de instrumentos que puedan utilizarse para los fines autolíticos;
- poner bajo vigilancia estricta al paciente internado incluyendo su alojamiento en habitación especial y medidas de restricción mecánicas;

– registrar detalladamente en la historia clínica (HC) el tipo de riesgo que el paciente presenta y el porqué del cambio de estatus (ejemplo: autorización de permisos de salida o cambio de habitación)(10).

En los casos de internación voluntaria si el paciente desea abandonar el tratamiento se pueden realizar dos alternativas: 1) Se le explica los perjuicios de abandonar el tratamiento al paciente y a un familiar; se los hace firmar en la HC su rechazo explícito al tratamiento y se comunica al juez esta situación, 2) Se lo retiene contra su voluntad, informando al juez el cambio de situación legal y transformar la internación en involuntaria, “reservando siempre los documentos o pruebas que motiven esta decisión y ante posibles reclamaciones o denuncias por parte del paciente incluso por la modalidad de *Habeas corpus*” o de privación ilegítima de la libertad(10).

Conclusiones

En la actualidad se tiende a considerar al suicidio como un proceso o *continuum* de severidad que atraviesa distintas estaciones progresivas –*ideación de muerte; deseos de morir, ideación de suicidio y el acto deliberativo de autodañarse*– y al proceso de valoración predictiva como la acción destinada a poner al sujeto en la perspectiva de dicho *continuum* de riesgo predisponente y potenciador, para ponderar qué grado de materialidad o substrato de suicidabilidad presenta un sujeto dado, con el fin de instrumentar las acciones de asistencia y de guarda según la *lex artis* de acuerdo al marco de lo normatizado por nuestro sistema legal vigente ■

Referencias bibliográficas

1. Achaval A. *Manual de Medicina Legal*. Editorial Policial. Policía Federal Argentina. Buenos Aires, 1979.
2. Allison DB, Mentore JL, Moonsoon H y col. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 56: 1686-1696.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry *Teenage suicide Guidelines*, Washington DC, Julio 2004.
4. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(2):122-6.
5. Ayd F. *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. Second Edition. Lippincott Williams and Wilkins. New York. 2001.
6. Baker J. Monitoring of suicidal behavior among patients in the VA health care system. *Psychiatr Ann*; 14: 272-275; 1984.
7. Barrero, Sergio Andrés Pérez, El suicidio, comportamiento y prevención *Rev Cubana Gen Integr*; 15(2): 196-217; 1999.
8. Bonnet EF. *Psicopatología y Psiquiatría Forenses*. López Libreros Editores SRL. Buenos Aires, 1983.
9. Cabello V. *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*. Editorial Hammurabi. Buenos Aires, 1984.
10. Carrasco Gómez JC. *Responsabilidad Médica y Psiquiatría 2ª Edición*. Editorial Colex, Madrid. 1998.
11. Clark DC, Fawcett JA. “Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient”. In B Bongar (ed), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment*. New York: Oxford University Press: 16-48, 1992 b.
12. *Código Civil de la República Argentina*. Buenos Aires. Argentina, 2005.
13. *Código Penal de la Nación*. Buenos Aires. Argentina, 2005.
14. Dougherty DM, Mathias Ch W; Marsh D, Moeller FG; Swann A. Suicidal behaviours and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug and alcohol dependence* 765: S93-s 105; 2004.
15. Durkheim E. *El suicidio*, Coyoacán. México. 1994
16. Eagles JM, Klein S; Gray NM; Dejar IF; Alexander DA. Role of psychiatrics in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland. *Br J of Psychiatry* 178:494-496; 2001.
17. Ey H. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Masson. España, 1977.
18. Fanous AH, Prescott CA, Kendler KS. The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychological Medicine* 34:301-312; 2004.
19. Fawcett JA. The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry*; 58(suppl 8):35-40; 1997.
20. Fawcett JA, -Clark DC, Busch KA. Assessing and treating the

- patient at risk for suicide. *Psychiatr Ann*; 23: 244-255; 1993.
21. Fawcett JA, Scheftner WA, Clark DC y col. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry*; 144: 35-40; 1987.
 22. Fenton WS, McGlashan TH, victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry*; 154:199-204; 1997.
 23. Ferrater Mora J. *Diccionario de Filosofía*. Editorial Alianza. Madrid. España, 1990.
 24. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK, Suicide and alcoholism, *Am J Drug Alcohol Abuse*; 13: 327-341; 1987.
 25. Guibert Reyes W, Trujillo Grás O. Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*; (4):318-21; 1993.
 26. Goldsmith SJ; Fyer M, Frances A. Personality and suicide. En *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Editores: SJ Blumenthal, DJ Kupfer Washington DC: *American Psychiatric Press*: 155-176; 1990.
 27. Godlstein Rb, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 106 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 48:418-422; 1991.
 28. Goodwin FK, Runk BL. Suicide intervention: Integration of psychosocial, clinical and biomedical traditions. In DJ Jacobs (ed). *Suicide and clinical practice*. Washington DC: *American Psychiatric Press*; 1-22; 1992.
 29. Gutierrez Zubarán, Gladis T.; Gil Rojo, Isabel; Jiménez Acosta, Valentina; Lugo Jáuriga, Bárbara. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 39(2):14751; 2001.
 30. Harris EC, Barracough BM. Suicide as an outcome of medical disorders. *Medicine*; 73:281-296; 1994.
 31. Himmelhoch JM. Lest treatment abet suicide. *J Clin Psychiatry*; 48 (suppl 12): 44-54; 1987.
 32. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry*; 26-29; 1996.
 33. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*; 337: 910-915; 1997.
 34. Jamisson KR. Suicide and bipolar disorders. *J Clin Psychiatry*, 61 (suppl 9) 47:52. 2000.
 35. Kelly DL; Shim JCh; Feldman SM; Yu Y; Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *Journal of psychiatric research* 38:531-536; 2004.
 36. Kessing LV. Subtypes of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *Psychopathology* 36:285-291; 2003.
 37. Kessing LV. Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *Br J of Psychiatry* 184:153-156; 2004.
 38. Kessler RC, McGonigle KA, Zhao S y col: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity study. *Arch Gen Psychiatry*; 51:8-19; 1994.
 39. Kraut, Alfredo J. *La Responsabilidad Civil de los Psiquiatras*, Ediciones La Rocca, Buenos Aires 1998.
 40. Llamas Pombo E. *La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos*. Trivium. Madrid. 1988.
 41. Mainetti JA. *Bioética Sistemática*. Editorial Quiron. La Plata. Buenos Aires, 1991.
 42. Marcó Ribé J, Martí Tusquets J, Pons B Artran. *Psiquiatría Forense*. Salvat Editores. Barcelona. España, 1990.
 43. Martínez C. Asociación Argentina de Prevención del Suicidio *Desesperación y aislamiento conducen al suicidio*, Editorial Río Negro, 2003.
 44. Martínez Ferreti, JM. Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales. *Psiquiatría forense, sexología, praxis*. AAP. 9: 29-46; 1998.
 45. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: A review: *J Nerv Ment Dis*; 164:231-246; 1977.
 46. Mósckci EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*; 20:499-517, 1997.
 47. Mosset Iturraspe J, Lorenzetti R. *Contratos Médicos*. Editorial La Rocca. Buenos Aires, 1991.
 48. Murphy GE. The prediction of suicide. Why is it so difficult? *Am J Psychotherapy*; 38:341-349; 1984.
 49. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*; 49: 459-463; 1992.
 50. National Institute of Mental Health, NIMH Information on Suicide Prevention, 2005.
 51. Neeleman J; Graaf Rd; Vollebergh W: The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of affective disorders* 82: 43-52; 2004.
 52. Nicholi AM. *The Harvard Guide To Psychiatry*. Third Edition. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge. 1999.
 53. Organización Panamericana para la Salud, *Estadísticas de Salud de las Américas*, Edición 2003.
 54. Patitó JA; Lossetti OA; Guzmán C; Trezza FC; Stingo NR. *Tratado de Medicina Legal*. 1ª Edición. Ediciones Quorum. Buenos Aires. 2003.
 55. Pokorni AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*; 40: 249-257; 1983.
 56. Price JH, Everett SA, Bedell AW, Telljohann Sk. Reduction of firearm-related violence through firearm safety counselling: The role of family physicians. *Arch Fam Med*; 6: 79-83; 1997.
 57. Rihmer Z, Barsi J, Arato M, Demeter E. Suicide in subtypes of primary major depression. *J Affective Disord* 18:221-225, 1990.
 58. Perry S, Cooper AM, Michelis R. The psychodynamic formulation: ist purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*; 144:5; 1987.
 59. Prosser and Keaton. *Law of Torts*. West Publishing Company, 1990.
 60. Scocco P, Marieta P, Tonietto M, Dello Buono M, De Leo D. The role of psychopathology and suicidal intention in predicting suicide risk: a longitudinal study. *Psychopathology*; 33: 143-150; 2000.
 61. Soloff PH. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 151:1316-1323; 1994.
 62. Solorzano Niño R. *Psiquiatría Clínica y Forense*. Editorial Temis. Bogotá, Colombia. 1990.
 63. Stengel E. *Psicología de los suicidios y los intentos suicidas*, Hormé, Buenos Aires, 1965.
 64. Stingo N, Avigo L, Zazzi C, Gatti C. Responsabilidad Profesional en Salud Mental. Consideraciones legales. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*. 1993.
 65. Stingo N, Zazzi C, Gatti C, Avigo L. Algunas consideraciones éticas sobre la Etica y la Responsabilidad Profesional en Salud Mental. En *Emergencia. Revista de las Ciencias del Hombre*, 1993.
 66. Stingo N, Zazzi C, Gatti C, Avigo L. Etica y Responsabilidad en la Institución. En *Emergencia. Revista de las Ciencias del Hombre*, 1993.
 67. Toro Martínez E. Tratamiento Psiquiátrico del Trastorno Bipolar. Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Volumen 33.2000.
 68. Tozzini CA. *El suicidio*. Lexis Nexis. Buenos Aires. 2005.
 69. Tsuang MT, Woolson RE, Fleming JA. Premature deaths in schizophrenia and affective disorders: An analysis of survival curves and variables affecting shortened survival. *Arch Gen Psychiatry*; 37:979-983; 1980 b.
 70. Vidal Daniel Alberto Factores de riesgo suicida en el anciano, Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 8: 103 a 112; 1999. 68-Wagner AW, Lineham MM. Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 8:1-9; 1994.
 71. Weinberg I. The ultimate resignation: suicide and search activity. *Neuroscience and biobehavioral reviews*; 24: 605-626; 2000.
 72. Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT. Risk of suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *J Nerv Ment Dis*; 175:259-266; 1991.

Proceso psicodiagnóstico en Simulación

Marcela Spinetto

Licenciada en Psicología. Jefa de psicodiagnóstico del Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires. E-mail: spinettom@fibertel.com.ar

Objetivo

El objetivo del presente artículo es el de abordar el concepto de simulación y sus variantes en el proceso psicodiagnóstico. Se definirán las conductas a tener en cuenta en la entrevista diagnóstica inicial y la especificidad del proceso psicodiagnóstico según la necesidad, sea la de diferenciar la simulación de un Desorden Mental Orgánico o de un Trastorno por Estrés Postraumático.

Introducción al concepto de simulación

La simulación según Marco, Martra y Barti(18) es un tipo de conducta humana tan antiguo como la humanidad. Tanto datos históricos como textos sagrados (La Biblia y las historias de Grecia, Roma y la Edad Media), nos muestran que existió en todas las épocas y en todas las civilizaciones.

Uno de los primeros escritos sobre el tema fue el de Galeno como primer tratado sobre enfermedades simuladas(12). Sin embargo, como dice Bonnet (1984), fue Juan Bautista Silvaticus quien en 1595 publicó la primera obra sobre la simulación de la locura.

Hoy en día la simulación de enfermedades mentales es una cuestión muy delicada en el ámbito del peritaje forense; es necesario poseer conocimientos psicológicos, psicométricos, psiquiátricos y capacidad de observación para abordar el tema.

La simulación se caracteriza, como señalan Ramos y Marlet(21), por "La voluntad consciente de fraude, la invención o alteración de síntomas mórbidos, y la finalidad utilitaria egoísta".

La etimología de la palabra simulación deriva del latín *simulatio*, cuyo significado es la acción de simular o imitar

lo que no se es. Es una manifestación conscientemente falsa con un determinado fin, mediante el engaño de otros. El sujeto puede fingir, falsear el origen o exagerar una enfermedad física y/o psicológica, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada(12).

Debe diferenciarse el concepto de simulación del de:

a. Disimulación (*defensiveness*)(23): polo opuesto a la simulación, ya que se trata de la tendencia a negar o minimizar la patología física o psíquica. Este término deriva de múltiples investigaciones psicométricas, donde los sujetos intentaban mostrarse a sí mismos bajo una luz favorable (concepto de Deseabilidad Social)(6).

b. Sobresimulación: es la exageración de la sintomatología o de la patología, presente al momento de la consulta pero en grado menor al enunciado.

c. Meta simulación: es la manifestación de la presencia de síntomas o patología que si bien estuvo presente en el pasado no lo está al momento actual.

Existen al menos tres modelos explicativos de la simulación: a) el modelo patogénico, b) el modelo criminológico y c) el modelo adaptativo.

a. El modelo patogénico postula que lo que subyace a la simulación es un desorden mental. En un intento de ganar control sobre los síntomas emergentes, el paciente crea síntomas y los presenta como genuinos. Con el surgimiento del desorden mental, el paciente comienza a perder control sobre los síntomas simulados. Termina deviniendo todo en un agravamiento del desorden mental y en la aparición de síntomas verdaderos.

b. El modelo criminológico surge más de una década atrás, con la publicación de la tercera edición del Manual para indagar la presencia de patología psiquiátrica DSM-III(9). Los modelos DSM presuponen que la simulación ocurre en: 1) personas diagnosticadas con Trastorno de personalidad antisocial, 2) evaluaciones con

Resumen

Este artículo presenta una revisión de los avances de la investigación clínica y neuropsicológica en el diagnóstico diferencial de la simulación. Se presentan test neuropsicológicos y psicodinámicos y temas relacionados al contexto médico legal de este concepto y a las implicancias en la presentación clínica de los cuadros. Por último se dan recomendaciones clínicas.

Palabras clave: Simulación – Test neuropsicológicos y psicodinámicos – Temas forenses

MALINGERING IN THE CLINICAL SETTING

Summary

This article presents an overview of advances in the clinical and neuropsychological assessment of malingering, issues in diagnostic differential, neuropsychological and psychodynamic test methods, and special issues presented by medical-legal context, and other factors which may affect presentations. Cautions and recommendations for practice are presented.

Key words: Malingering – Neuropsychological and psychodynamic assessment – Psychological testing – Forensic issues

propósitos forenses, 3) personas poco cooperativas en la evaluación y tratamiento y 4) personas con marcada discrepancia entre la queja y los hallazgos objetivos

c. El modelo adaptativo postula la simulación como una respuesta adaptativa frente a un determinado contexto. Dentro de este modelo la simulación suele ocurrir en contextos donde la evaluación es percibida como adversa y donde no aparecen otras alternativas como viables.

Entrevista clínica para la detección de simulación

Existe un buen número de pistas que se pueden aplicar apropiadamente en la detección del engaño. En documentos no publicados sobre simulación por la Academia Americana de Psiquiatría y Leyes, escritos por Vicary y Maloney, referenciados por Jaffe y Sharma(15) se reportó que el conocimiento que tienen los clínicos posee una gran ventaja en la detección de la simulación. Existen los siguientes signos como evidencia objetiva de la simulación:

- *Retienen información y no cooperan:* La memoria de un simulador tiene vacíos importantes; es cauteloso y piensa que cuanto menos información tenga el examinador, es mejor. Con frecuencia afirman haber olvidado muchas cosas o no saberlas(10). Temen que una evaluación rigurosa detecte la enfermedad que están simulando. Toman una actitud totalmente antagonista, tratan de tomar el control de la entrevista y se comportan de una manera intimidante y tienen un tiempo de latencia prolongado antes de responder. Presentan abundancia de respuestas evasivas si están dirigidas a una cuestión vital para el simulador. Pueden observarse contestaciones burlescas, irónicas y ridículas.

- *Exageran:* Los simuladores creen de forma equivocada que cuanto más extraños parezcan, más creíbles son. Clemente(4) lo denominó elevación del número de dramatismos.

- *Llaman la atención sobre su enfermedad:* Los simuladores están ansiosos por llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que, a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas. El auténtico enfermo, sin proponérselo, puede presentar descuido en su cuidado físico, tener el pelo largo, aparecer sin afeitarse, con las ropas sucias, de-



saliñado, con abandono de su limpieza; mientras que el que finge se pone ropas extravagantes, la camisa al revés, la bufanda fuera de su sitio con vestimentas artificialmente alteradas. A menudo, esta alteración de su aspecto exterior sólo se da durante los reconocimientos médicos o declaración ante funcionarios judiciales(8).

- *Actúan como sordos y tontos:* Se muestran excesivamente psicóticos, intelectualmente impedidos y con amnesias y delirios. Las personas que fingen actúan como "tontos y locos" porque creen que las personas mentalmente enfermas son tontas.

- *No presentan alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simulan:* Falta el contenido afectivo de ansiedad en alucinaciones y delirios; o el tono afectivo de temor, rabia o depresión asociado a cualquier diagnóstico. Si hay autolesiones, no revisten gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.

- *Alteran el lenguaje no verbal:* Como se mencionó, el evaluado tarda en responder porque necesita pensar varias veces para contestar con coherencia; produce pausas y errores en el discurso y, además, es de carácter indirecto, variando contingentemente las expresiones faciales con el contenido temático(16, 23). Las características de la mirada tienen mucha importancia: la del auténticamente trastornado se caracteriza por su mirada

fija y expresión extraviada; la mirada del simulador es menos franca, se muestra con una expresión de desconfianza, como temeroso de ser descubierto(8).

– *Dificultad de mantener la simulación por períodos largos*: El hecho de simular exige una extremada concentración, la cual resulta extenuante, por lo cual la persona sana requiere períodos de descanso. Por ello las posibilidades de descubrir el engaño durante una entrevista larga son mayores.

– *Dificultad para fingir síntomas fisiológicos*: Generalmente el simulador desconoce los síntomas fisiológicos de la enfermedad y por eso no los actúa, si llegara a simularlos puede ser descubierto porque los sobreactúa o tiene dificultades para hacerlo. Por ejemplo el que simula depresión puede fingir astenia pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia(24).

– *Simulación de síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad*: Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero no son tan conocidos u observables. En personas preparadas académicamente en temas relacionados (psicólogos, psiquiatras, médicos) es más difícil detectar la simulación de psicopatologías que en personas que no tienen una preparación académica extensa o de éste tipo(24).

– *Ficción de más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros*: Los simuladores pueden no ajustarse a ninguna entidad diagnóstica conocida. Los síntomas pueden haberse elegido entre varias enfermedades y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos. Mezclan síntomas pertenecientes a diversos síndromes o entidades gnoseológicas y a ninguna entidad clínica en particular.

– *Discrepancia entre el autoreporte y los archivos médicos*: Los evaluados afirman severidad en sus síntomas en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización, cuando el perito sabe que la severidad de síntomas generalmente se asocia a consulta temprana con los expertos y con la existencia de una historia clínica previa(27). Los acusados pueden argumentar alguna psicopatología pero no informan haber estado en un tratamiento previo, y cuando tienen una cita para un tratamiento de salud mental o para una evaluación la cancelan o llegan más de una vez tarde a las citas y no cooperan durante el examen psicológico; además, también fallan en seguir un plan de tratamiento para un diagnóstico.

– *Por último, también puede observarse una historia laboral incoherente con la enfermedad*: Según Resnick(22), citado por Marco y col(18), los simuladores pueden tener un historial laboral desfavorable. Aunque la estabilidad laboral puede ser positiva si es previa a la aparición de la enfermedad y deteriorarse desde entonces, si se alegan síntomas crónicos esto alteraría también crónicamente el historial laboral; también puede ser indicador de simulación, ya que una persona que padece una enfermedad mental, difícilmente puede tener un óptimo funcionamiento laboral.

Entrevistas Psicodiagnósticas para la detección de simulación

Uno de los métodos más confiables a la hora de detectar posibles cuadros de simulación son los tests psicológicos. Éstos cumplen la función de confirmar o refutar las impresiones y la información obtenida en las entrevistas clínicas.

Están armados a medida de las necesidades del caso (no son baterías únicas y uniformes) y pueden estar centrados en la detección de posible simulación, la indagación de la personalidad de base del sujeto y la presencia de sintomatología actual.

Suele observarse en las baterías tomadas a los simuladores una incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado. La falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana es un indicador claro de simulación. La inconsistencia entre las respuestas del sujeto referida a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognoscitivos y el fallo en ítems muy simples, dan cuenta de lo antedicho. Otros indicadores de este signo, son el rendimiento por debajo de lo esperado al azar en pruebas de elección entre dos alternativas, la inconsistencia en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas funciones, el bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente y la alta incidencia de respuestas "aproximadamente correctas" en oposición a las "claramente correctas"(16).

A su vez, los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: por ejemplo, un farsante simulando un desorden mental orgánico, frente a los test de memoria, dice que no puede recordar su nombre o la fecha de nacimiento, pero sí es capaz de recordar otros eventos pasados, como la dosis de los medicamentos que ingiere. El simulador, por lo general, confunde los síntomas psicóticos con los impedimentos cognoscitivos y cree que la persona que escucha voces no sabe en que año está. Los amnésicos auténticos generalmente recuerdan cosas como: nombre, edad, fecha de nacimiento, dirección, nombre de la madre, de familiares cercanos y lo que desayunaron; lo cual es lo que pretenden olvidar los farsantes. En la exploración psicodiagnóstica de la simulación se señalarán las intermitencias y modificaciones inexplicables del síndrome mental exhibido, la inexistencia de la relación entre el síndrome o enfermedad aparente y la causa etiológica presumible.

Por último, se ha demostrado por estudios de investigación que los test de validez (*Validity Tests*) que indagaban la consistencia y coherencia en las respuestas del sujeto –y que a partir de allí pueden concluir la presencia de cuadros desde simulación a disimulación– no pueden ser sesgados fácilmente por el entrenamiento de abogados o la lectura de bibliografía específica en Internet. Es decir, estos estudios de investigación concluyen que el intento de abogados o la información recibida

desde diferentes redes no es suficiente para engañar dichas técnicas.

Hay investigaciones que concluyen que en los EE.UU. un 75% de los abogados utiliza cierto tiempo en hablar a grandes rasgos con sus pacientes de técnicas de evaluación a las que serán sometidos durante el peritaje psicológico y sólo un 8% los informa acerca de cómo responder a técnicas neuropsicológicas específicas. Por lo tanto, en la actualidad, es baja la proporción de posible adoctrinamiento por parte del cliente testeado que lleve a sesgar los resultados.

Los signos de simulación ya enunciados son generales y se pueden encontrar en el fingimiento de cualquier enfermedad, sin embargo también la literatura reporta signos de simulación específicos para algunos cuadros diagnósticos, que serán descritos a continuación.

Simulación de Síndrome psico-orgánico cerebral

Los años '90 han sido testigos de un gran crecimiento en la aparición de técnicas neuropsicológicas para la indagación de la simulación en los trastornos mentales orgánicos. Los síntomas cognitivos(25) y de memoria pueden ser simulados fácilmente, especialmente cuando el simulador conoce a alguien con este tipo de síntomas o se educa en ellos. El déficit mental moderado es más fácil de simular que los severos.

Suele verse en los simuladores, inconsistencias ínter o intratécnicas(5):

- Muestran discrepancia de habilidades en tareas que requieren similar destreza.
- No pueden realizar sumas y restas sencillas, pero multiplican a la perfección.
- No pueden pronunciar palabras sencillas y sí palabras fonéticamente más complejas.
- Suelen protestar diciendo que las tareas son muy complejas o demostrar confusión y frustración ante las mismas.
- El tiempo de reacción suele ser deliberadamente más lento de lo esperable en un Desorden Mental Orgánico.
- No muestran la curva esperable de aprendizaje y fallan sistemáticamente donde, por la patología que enuncian tener, deberían poder aprehender estímulos mínimos correctamente (muestran por el contrario deterioro)(19).
- Frente a tareas muy sencillas donde el desempeño debería ser correcto, muestran errores.

Por lo tanto una baja performance en técnicas neuropsicológicas no es necesariamente un indicador de un Desorden Mental Orgánico.

Se sugiere para la evaluación de posibles cuadros de simulación la administración de técnicas de personalidad (MMPI II) conjuntamente con técnicas neuropsicológicas.

Hay dos cuadros cerebrales que son posibles de ser simulados. Ellos son: el Síndrome Posconmocional y las Amnesias. Se profundizará en el primero de ellos.

Síndrome Posconmocional: es un trastorno que todavía no está definido con precisión y ni siquiera su etiopatogenia está clara, aunque actualmente se tiende a considerarlo desde una perspectiva biopsicosocial. Los pacientes normalmente han sufrido un traumatismo craneoencefálico leve, suelen perder la conciencia durante menos de media hora y padecen una amnesia posttraumática no superior a las 24 horas.

Las manifestaciones sintomáticas son diversas: somáticas (cefaleas, mayor fatigabilidad, mareos, visión borrosa, intolerancia a la luz y al ruido), cognitivas (lentitud de procesamiento y respuesta, pérdida de concentración, pobre atención alternante y dividida, pérdida de memoria y reducción de la flexibilidad cognitiva) y psicológicas (irritabilidad, ansiedad, depresión, insomnio, cambios inespecíficos de personalidad, disminución de apetito y de la libido), y aunque suelen remitir en el plazo de un año, no siempre desaparecen ya que un 10% de los pacientes hacen crónica su sintomatología.

Su evaluación es muy controvertida en cuanto a criterios y pruebas utilizadas. Además hay que destacar la poca sensibilidad de las técnicas de neuroimagen en este cuadro clínico. De esta forma es de esperar que el diagnóstico se muestre complejo. Por ende, sobre este tema recae un gran interés clínico, legal y forense.

Actualmente se considera que la incidencia de casos de simulación como explicación del Síndrome Posconmocional ha sido sobreestimada. Se podría hablar de un 5 a 10% real y se estima que una sexta parte de los que buscan compensación económica, podrían colaborar pobremente o mostrar una baja motivación a la hora de realizar las pruebas. En algunos países, como por ejemplo los EE.UU., donde el costo por las indemnizaciones por accidentes de tráfico ha aumentado tanto, existe la posibilidad de que este fenómeno pueda aumentar(1).

Los traumatismos craneales leves son quizás la situación clínica donde más se plantea la posibilidad de una exageración y/o simulación de los síntomas debido a la naturaleza de los síntomas postconmocionales y la frecuente implicación de aspectos legales (indemnización económica, incapacidad laboral). También ha tenido mucha influencia el clásico trabajo de Miller sobre la "neurosis de compensación" que ha "establecido" un prejuicio con el criterio: "ausencia de lesión cerebral objetivable = ausencia de "daño cerebral"(20). Este aspecto ha sido rebatido por múltiples estudios que no han confirmado los postulados de este autor. No obstante, un estudio meta-analítico publicado recientemente por Binder -de 18 estudios con un total de 2.353 pacientes- ha objetivado que los incentivos económicos son un factor importante en la aparición de síntomas, siendo,

curiosamente, los pacientes con traumatismos leves los más susceptibles (si existía una compensación económica) a tener una mayor influencia en la aparición de síntomas, más bajas laborales y más quejas cognitivas(1).

En los casos en los que se sospecha una franca simulación, la observación de la conducta del paciente durante la realización de las pruebas (escasa cooperación, hostilidad, olvido de las instrucciones, solicitud de frecuentes aclaraciones, respuestas evasivas, aproximadas y/o distorsionadas, lentitud, frecuentes indecisiones), y la utilización de diversas estrategias neuropsicológicas desarrolladas especialmente para estos casos puede ser de gran utilidad.

Instrumentos para la evaluación de los simuladores

1. Interpretación de los resultados de los tests, donde se encuentra:

- Inconsistencia en la realización de los tests (reconocimiento peor que el recuerdo, olvido de la memoria autobiográfica, malos rendimientos en los test de dígitos directos y en pruebas de percepción y reconocimiento visual, curva de aprendizaje aplanada sin efecto de primacía o de recencia, distorsión o respuesta bizarras en las praxias constructivas) y pobres rendimientos después de un traumatismo leve.

- Inconsistencia entre los rendimientos neuropsicológicos y el funcionamiento diario.

2. Tests especializados :

- *Pruebas de Rey*: han demostrado efectividad, testeando 15 ítems. El paciente debe memorizar 15 ítems presentados por un lapso de 10 segundos y luego copiar lo que recuerda. Reteniendo tres o cuatro ideas puede memorizar casi la totalidad de los ítems. Este test da un posible indicador de simulación, ya que cualquier persona severamente deteriorada puede recordar al menos de tres a cinco caracteres(17).

- *Las pruebas de elección forzada*: son las más utilizadas en la detección de simulación. En todas ellas el principio es la obtención de puntuaciones en torno al 50% de aciertos con la simple elección aleatoria. Las más conocidas y utilizadas son el Test de memoria de dígitos de Hiscock y Hiscock y el Test de reconocimiento de dígitos de Portland(3, 14). De cualquier manera los simuladores pueden realizar estos tests con normalidad y pueden ser entrenados para responder bien.

- *Amsterdam short term memory test(2)*: un test muy sencillo que consta de 30 ítems con 5 palabras pintadas de una misma categoría semántica, que el paciente debe leer e intentar recordar; tras una sencilla operación aritmética distractora se le presenta otra tarjeta que presenta otras cinco palabras con tres de las previamente mostradas. La sencillez de la prueba hace que los pacientes con alteraciones de la memoria debido a daño cerebral se aproximen a obtener puntuaciones máximas: 87-90.

- *Utilización de test convencionales*: perfiles de respuesta del WAIS u otras baterías como la Halstead-Reitan (los simuladores tienden a rendir mal en todos los tests).

- *MMPI*: en su revisión meta-analítica Barry y But-

cher (citados por Gould)(13) encuentran que la escala F es la que más sugiere la detección de sobredimensión o sobresimulación de los síntomas psicológicos en los traumatizados y en general las puntuaciones altas en las escalas de validez: L, F y K.

Por último los aspectos que hacen sospechar la existencia de una simulación son:

1. Presentación del paciente en un contexto médico-legal (por ejemplo, ha sido enviado para examen por un abogado).

2. Demora entre el momento del traumatismo y el comienzo de los síntomas.

3. Discrepancia marcada entre el malestar referido por la persona y los hallazgos objetivos (índices de gravedad del traumatismo, pruebas neuropsicológicas, neurofisiológicas, de neuroimagen y funcionamiento de la vida diaria).

4. Inconsistencia en la respuestas ofrecidas o en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas habilidades.

5. Muy bajo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de las personas con lesiones cerebrales realizan bien.

6. Una mala disposición para cooperar en la evaluación diagnóstica, intentando evitar una relación regular con el médico o adoptando actitudes reivindicativas y aun querulantes; asimismo, pueden reaccionar con poco entusiasmo o, incluso, de forma negativa, a las sugerencias acerca del tratamiento.

7. Antecedentes personales que indican serias dificultades del sujeto para enfrentarse a las dificultades vitales, o que sugieren la existencia de rasgos antisociales de personalidad.

Simulación del Trastorno por Estrés Postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) entra dentro del grupo de enfermedades mentales que tienen que ver con las secuelas y el daño psíquico. Cuando surge la perspectiva legal del daño psíquico está la posibilidad de una compensación económica en forma de indemnización. En estos casos se plantea una evaluación cuidadosa descartando la posibilidad de simulación, sobresimulación o metasimulación. La simulación pura es considerada infrecuente en los casos de estrés postraumático, pero la sobresimulación es bastante frecuente(28).

Desde el punto de vista forense, Simon(26) plantea las cuestiones que *a priori* debe responder un clínico a la hora de evaluar un daño psíquico donde se argumente un TEPT:

- ¿Cumple el trastorno referido por el reclamante los criterios diagnósticos específicos?

- El acontecimiento traumático que, presuntamente, ha causado el supuesto trastorno, ¿tiene la suficiente intensidad como para producir el trastorno?

- ¿Cuáles son los antecedentes psiquiátricos anteriores al siniestro del demandante?

- ¿Está basado el diagnóstico del trastorno únicamente en la descripción subjetiva del reclamante?

– ¿Cuál es el nivel real de deterioro en el funcionamiento mental del reclamante?

A su vez Resnick(22) incluye un listado de criterios de sospecha de posible simulación:

- Malos antecedentes laborales.
- Lesiones incapacitantes previas.
- Discrepancias en las capacidades para el trabajo y las actividades lúdicas.
- Rasgos antisociales de personalidad.
- Funcionamiento anterior al trauma sobreidealizado.
- Respuestas evasivas.
- Inconsistencia en la presentación de síntomas.
- Pesadillas que son siempre iguales.

En relación a este último punto, los simuladores no suelen ofrecer de manera voluntaria información sobre pesadillas a no ser que hayan leído los criterios del TEPT. Las pesadillas genuinas en TEPT muestran variaciones sobre el tema traumático, *siendo* para algunos autores fenómenos disociativos experimentados con una gran carga emocional. Los pacientes permanecen bajo la influencia del sueño después de despertar, teniendo dificultades para volver a contactar con la realidad. A diferencia de lo que sucede con los simuladores que pueden quejarse de sueños repetitivos, que siempre remoran de igual forma el acontecimiento traumático en día y hora. Además, las pesadillas traumáticas, generalmente, están acompañadas por muchos movimientos corporales(29) y en los adultos van desapareciendo progresivamente en pocas semanas.

El clínico que se encuentra realizando una entrevista y sospecha de la posible presencia de simulación debe evitar sugerir síntomas reales del trastorno e indagar sin inducir las respuestas; preguntas del estilo: ¿y qué más? o ¿y cómo es eso? son de utilidad al respecto. A su vez, es relevante indagar sobre síntomas ajenos al estrés post-traumático como ser: aumento de autoestima, de deseo de hablar o pérdida de deseo de dormir, para evaluar la respuesta del posible simulador.

Otra situación que suele plantearse en el ámbito forense es la del individuo especialmente vulnerable. Se habla de causa principal y las concausas. La causa principal es en el caso del trastorno el acontecimiento traumático, mientras que las concausas son las vulnerabilidades a padecer el trastorno. En este sentido pueden considerarse concausas las situaciones traumáticas previas y las enfermedades mentales preexistentes, entre otras.

En la mayoría de los casos crónicos se observa también la existencia de trastornos psiquiátricos preexistentes, lo que hace sospechar que influyen de manera decisiva en la aparición del trastorno. Otro elemento que debe tenerse en cuenta en la evaluación pericial del trastorno es el entorno social del demandante y la existencia de una situación de estrés crónico. Se ha demostrado que la existencia de otras fuentes de estrés como con-

flictos de pareja o laborales o preocupaciones económicas favorecen una evolución a la cronicidad en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático.

Los factores más citados como indicadores de vulnerabilidad anterior al trauma son:

- Sexo femenino.
- Temprano desarrollo sexual o situaciones traumáticas infantiles.
- Pobreza en la infancia.
- Trastornos de conducta en la niñez y adolescencia.
- Separación o divorcio de los padres antes de los 10 años de edad.
- Introversión.
- Baja autoestima anterior a los 15 años.
- Historia de antecedentes psiquiátricos.
- Antecedentes psiquiátricos en familiares de primer orden.
- Factores de estrés anteriores y posteriores al trauma.
- Alto neuroticismo(7).

Desde el punto de vista pericial esto es de gran importancia, ya que estas circunstancias influyen en forma directa en la relación de causalidad entre el acontecimiento traumático y el desarrollo del trastorno.

Para la evaluación del posible TEPT, simulación y sus variantes y preexistencia en la forma de rasgos o trastorno de personalidad se utilizan diversas técnicas:

Técnicas Proyectivas: El test de Rorschach realiza una valoración de la estructura y dinámica de personalidad. Se observa en los protocolos de los simuladores: pocas respuestas, prolongados tiempos de reacción a las láminas, múltiples fallos, dificultad para dar las respuestas populares más frecuentes (menos de tres populares), múltiples respuestas con contenido mórbido, agresivo y dramático (en su mayoría de mala forma), múltiples preguntas y comentarios acerca del propósito del test durante la administración y actitud de perplejidad(11).

Inventarios Estructurados de Personalidad: El inventario más utilizado y con mayores trabajos de investigación es el MMPI II. Este cuestionario puede evaluar presencia de simulación (*faking bad*) y disimulación (*defensiveness or faking good*).

El análisis minucioso del estilo de respuestas que dio el sujeto al inventario de personalidad se realiza desde tres ópticas diferentes: a) las omisiones, b) la consistencia en la forma de responder y c) la validez de las respuestas.

a. El primer paso para analizar el perfil de personalidad de la persona en cuestión es observar el número de ítems que el testeado ha evitado responder. El 75% de sujetos sanos y enfermos no omiten ítems, el 90% omite dos o menos ítems y más de 20 respuestas son omitidos por un 1% de las personas. La omisión no es necesariamente un indicador de posible simulación, ya que los simuladores intentan responder con el objetivo de parecer patológicos; es más bien un indicador de rasgos

paranoides o negativistas. Aunque en algunas situaciones los simuladores alegan estar demasiado enfermos para responder el cuestionario(23).

b. El próximo paso es evaluar la consistencia que tienen el total de respuestas dadas. Si un protocolo es consistente significa que el sujeto ha respondido al mismo de manera confiable; si no es consistente significa que el testeado ha intentado responder distorsionando o sesgando de alguna manera la información dada. La escala F (T > 110) y la evaluación del tiempo de reacción son algunos indicadores de este ítem.

c. Por último se evalúa la veracidad de las respuestas, es decir si el sujeto ha respondido en orden a simular o disimular.

Los altos puntajes en las escalas clínicas son índices de simulación, a diferencia de los bajos puntajes que indicarían disimulación.

Conclusión

La simulación es un tema tan apasionante como complejo. Se observa en los ámbitos médico-legales, donde la posibilidad de condenas o resarcimientos económicos están sobre el tapete. La simulación de diferentes cuadros neurológicos (Amnesias, Síndrome Posconmocional) y psiquiátricos (Psicosis, TEPT) con alguna finalidad específica, lleva al clínico a estar cada vez más entrenado en el manejo de la entrevista y de técnicas específicas de evaluación para la discriminación entre los cuadros. Hoy en día existen datos e información que permiten la planificación de la entrevista clínica y psicodiagnóstica a tal fin. Pueden observarse conductas específicas e implementarse baterías de técnicas según el caso en cuestión ■

Referencias bibliográficas

- Binder LM, Rohling ML. Money matters: A meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed head injury. *Am J Psychiatry* 1996; 153:5-8
- Binder LM. An abbreviated form of the Portland Digit Recognition Test. *Clin Neuropsychol* 1993; 7:104-107.
- Binks PG, Gouvier WD, Waters WF. Malingering detection with the Dot Counting Test. *Arch Clin Neuropsychol* 1997; 12:41-46.
- Clemente M. *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid: Pirámide, 1995.
- Craine J. *Minimizing and denying: A testing approach to feigned amnesia. In truth or lies: guidelines for detecting malingering and deception*. Workshop by Psychological Consultants and Forest Institute of Professional Psychology, Honolulu, Hawaii, 1990.
- Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology* 1960; 24:349-354.
- Davidson J. Issues in the diagnosis of PTSD. In: Oldham JM, Riba MB, Tasman, A (Eds.). *Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press., Washington DC, 1993.
- Delgado S, Esbec E, Pulido F. *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex, 1994.
- DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- Frueh BC, Zinder BN. The susceptibility of the Rorschach Inklot Test to malingering. *Journal of Personality Assessment* 1994; 62:280-298.
- González J. Simulación y psicología clínico-forense. *Revista de Medicina legal de Costa Rica* 1991; 8(2):39-43.
- Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174(10):593-597.
- Hiscok M, Hiscok CK. Refining the forced-choice method for the detection of malingering. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989; 11:967-974.
- Jaffe ME, Sharma K. Malingering Uncommon Psychiatric Symptoms Among Defendants Charged Under California's "Three Strikes and You're Out" Law. *Journal of Forensic Sciences* 1998, 43(3):549-555.
- Iruarrizaga I. *El Papel Profesional del Neuropsicólogo en el Ámbito Forense*. Anuario de psicología jurídica 1999: 133-143.
- Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*, 3^o ed., Oxford University Press, Oxford, 1995.
- Marco R, Marti JL, Bartran P. *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat, 1990.
- Millard RW. *Application of selected measures for detecting neuropsychological impairment among alcoholics*. Unpublished doctoral dissertation, University of Hawaii, Manoa, 1985.
- Miller H. Accident neurosis. *Br Med J* 1961; 1:919-925.
- Ramos O, Marlet JM. Simulación y disimulación en las pericias médico-legales. *Revista española de Medicina Legal* 1987; 52:71-76.
- Resnick PJ. Posttraumatic Stress Disorder in Litigation. En: Simon RI (Ed). Washington: *American Psychiatric Press*, 1995. P. 117-134.
- Rogers R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York: The Guilford Press, 1998.
- Rogers R, Sewell KW, Morey LC, Ustand KL. Detection of Feigned Mental Disorders on the Personality Assessment Inventory: A Discriminant Analysis. *Journal of Personality Assessment* 1996; 67(3):629-640.
- Sherman EMS, Strauss E, Spellacy F, Hunter M. Construct validity of Wais-R factors: neuropsychological test correlates in adults referred for evaluation of possible head injury. *Psychological Assessment* 1995; 7(4):440-444.
- Simon RI. Posttraumatic stress disorder in litigation. In: Simon RI (Ed.). Washington: *American Psychiatric Press*, 1991. P. 262-275.
- Stuart J, Clayman PD. *Can Emotional Distress be Faked*. *Forensic Psychology and Psychiatry* 2001.
- Trimble MR. *Post-traumatic neurosis from railway spine to the whiplash*. New York: Wiley, 1981.
- van der Kolk B, Blitz R, Burr W, Sherry S, Hartmann E. Nightmares and trauma: A comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares en veterans. *Am J Psychiatry* 1984; 141:187-190.

Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual

Juan Carlos Romi

Profesor a cargo de la Cátedra de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital "José T. Borda". Facultad de Medicina UBA. Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional. jromi@intramed.net.ar

Introducción

Uno de los problemas más complejos de resolver desde el punto de vista médico-legal es el peritaje de presuntas víctimas de abuso sexual. A las dificultades para evaluar las conductas sexuales del imputado de un abuso sexual se suma la complejidad para la detección sintomatológica a través de la clínica psiquiátrica de la presunta víctima, de no contarse con signos físicos inequívocos del abuso.

Para ello haremos una serie de reflexiones que surgen de la experiencia de más de quince años como médico forense de la Justicia Nacional, fundamentalmente peritando victimarios y víctimas adultas. Las víctimas menores por lo general son resorte de observación de los psiquiatras infantiles y los peritos psicólogos del Cuerpo Médico Forense. Se partirá de un análisis clínico psiquiátrico, teniendo en cuenta los derechos del presunto victimario y de la supuesta víctima.

Consideraciones generales

Debemos recordar que para hacer una pericia psiquiátrica en general se requiere arribar a los conceptos clínicos de enfermedades y/o trastornos, partiendo de la investigación semiológica a través del estudio de los síntomas (lo subjetivo) y los signos (lo objetivo) que permiten construir un síndrome, es decir un conjunto de síntomas y signos interrelacionados dinámicamente, desde los cuales puede accederse al inicial diagnóstico "presuntivo" de la enfermedad o trastorno en cuestión. Esta

realidad fenoménica puede conceptualizarse como "lo que ocurre"(26).

Para saber "por qué ocurre", debe investigarse la etiopatogenia de los diversos cuadros, la cual consiste en la determinación etiológica (de sus causas) y patogénica (de los mecanismos y motivos órgano-dinámicos), que unidas por vínculos racionalmente demostrables, comprobados en la experiencia, explican la enfermedad o trastorno "sub examine"(26).

Son pocos los trastornos mentales que pueden adjudicarse inequívocamente a una causa específica. En general, toda patología depende no solo de factores endógenos, sino también del medio en que está inmerso el paciente: familia, sociedad, institución, clima, medioambiente y educación, cuya identificación sólo es posible a través de la observación reiterada y cronológicamente longitudinal de casos similares analizados y sistematizados por medio de instrumentos de medición científica de frecuencia(26).

Una derivación lógica que se sigue de lo expuesto, es que los diagnósticos psicopatológicos tienen la certeza y la incertidumbre propias de la ciencia estadística. En efecto, carentes de la precisión de las ciencias exactas, se trata de disciplinas cuyas aseveraciones, asimiladas al rango de "reglas de las ciencias físico-matemáticas", están basadas en la probabilidad. Esta reflexión afirmativa, si bien puede contribuir a inferir una redimensión del alea (contingencia o margen dudoso) de las mismas, cabe agregar que encuentran adecuada corrección en la sólida y recta formación científica del profesional médico-psiquiatra o no- y psicólogo, a quien compete en-

Resumen

Uno de los problemas más complejos de resolver desde el punto de vista médico-legal es la peritación de presuntas víctimas/victimarios de abuso sexual. A las dificultades para evaluar las conductas sexuales del imputado de un abuso sexual se suma la complejidad para la detección sintomatológica a través de la clínica psiquiátrica de la presunta víctima, de no contarse con signos físicos inequívocos del abuso. Este artículo revisa los principales ejes de tal problemática y fundamenta en la bibliografía y en la experiencia personal del autor un conjunto de recomendaciones para evitar el principal riesgo pericial en esta materia que es la co-construcción

Palabras clave: Abuso sexual infantil – Falsos recuerdos – Disimulación – Parafilia – Violencia familiar

DIFFICULTIES FOR THE MEDICAL AND LEGAL FORENSIC EVALUATION IN CASES OF SEXUAL ABUSE

Summary

The forensic evaluation of sexual offenders and their victims are a very complex task. This concern becomes even more relevant when children have to be assessed. The evaluation process should consider: children's motivation to deceive during forensic assessment; their perception of the assessment process and its influence on their deceptive tendencies; parental issues related to dissimulation among children and the induction of false memories. The article summarizes these problems and gives physicians a practical guide for managing this issue

Key words: Childhood sexual abuse – False memories – Deception – Paraphilia – Family violence

contrar la correcta solución del dilema, tarea para la cual se encuentran dotados de un perfeccionamiento teórico-práctico (de conocimientos e instrumentos técnicos) que resulta suficientemente eficaz para conjurar el alea y transmitir validez adecuada a sus conclusiones(26).

Las dificultades del diagnóstico, en la mayoría de los casos, no surgen del desconocimiento de los síntomas y de los signos que definen un determinado trastorno, sino de la recolección inapropiada de la información y el análisis de la misma, que preceden a aquel. Tanto la Psiquiatría como la Clínica Psicológica utilizan los mismos métodos que la Clínica General, núcleo esencial y troncal de los conocimientos médicos(26).

El proceso diagnóstico en el ámbito psiquiátrico-psicológico se hace aún más complejo cuando la persona examinada "refiere" síntomas que no modifican su exterioridad clínica y conductual, por lo cual carece de signos. Es decir, que el examinador *oye pero no ve* lo que el paciente experimenta(26).

Si el psiquiatra y el psicólogo clínico deben resolver, entre otras, las dificultades mencionadas al examinar con finalidad diagnóstica a una persona que concurre a las consultas de aquellos dentro de un contexto asistencial, cabe destacar que las mismas se acrecientan y diferencian significativamente cuando la práctica técnica está motivada y sujeta a las reglas del ejercicio forense de aquellas profesiones(26).

En el ámbito asistencial, el paciente concurre al profesional "psi" para "confesar" lo que le sucede, exponiendo con mayor o menor objetividad y criterio de realidad sus dificultades, concretando así un interés real en saber qué le pasa, por qué le pasa y (en general), qué puede hacer para que no le pase. En ese contexto pueden señalarse limitaciones dadas por el miedo o angustia, vergüenza y desconocimiento, pero el sincero ánimo de "colaborar" en el estudio y búsqueda de solución al problema permanece inalterable(26).

No ocurre lo mismo cuando el paciente concurre a la consulta no ya espontánea y voluntariamente motivado, sino que "es llevado, o lo traen" a ella terceras personas que son testigos de sus dificultades. El sujeto en cuestión puede no aceptar total o parcialmente la visión de sus acompañantes pero, en todo caso, el profesional continúa enfrentándose a una situación en la que los actores relevantes que intervienen, están unidos por una "búsqueda de la verdad"(26).

Otra posibilidad paradigmática es que el peritado distorsione intencionalmente lo que le sucede, en miras a un beneficio personal. Este supuesto, es de frecuente observación en la práctica forense. La persona a examinar concurre no como "paciente" sino como "uno de los sujetos de una situación de resolución judicial". Durante la evaluación pericial, por lo común intenta posicionarse en el "mejor lugar" (a su criterio) respecto de la cuestión judicial en la que está incluida. Entonces, no es infrecuente observar que simule, disimule o sobresimule, o, aún más, que mienta, de-

formando o magnificando aspectos vitales que sabe están siendo conocidos, medidos y valorados. Su intención, puede estar dirigida a la obtención de un beneficio secundario, o a la demostración de ajenuidad en los hechos que son materia del juicio, o en caso de reconocer su intervención material en ellos, perseguir el reconocimiento de una argumentada ausencia circunstancial de aptitud psíquica(26).

Los casos señalados en la parte final del párrafo anterior, exigen al profesional actuante, una cuota adicional de sagacidad y habilidad. Pero ello no implica el abandono del método clínico que le sirve de base a sus razonamientos. Porque también, preponderantemente a través de dicho método, podrá arribar fundadamente a la conclusión de que la realidad expresada por el peritado no tiene expresión sindromática científica, y aun cuando ni siquiera recurra a los términos conceptuales de la simulación o sus equivalentes, igual se halla en condiciones de negarles entidad patológica(26).

Las situaciones descritas son algunas de las dificultades que enfrenta el perito "psi" en el cumplimiento de su labor pericial en general. Independientemente de ellas, que no dejan de ser cuestiones técnicas, existen otras que son de naturaleza valorativa e impropriamente se plantean en términos de "elemento nuclear de la decisión judicial". Particularmente en materia penal, cuando se le exige al perito que establezca una correlación entre el estado de las facultades mentales del peritado y una conducta delictuosa que se le imputa.

1. En el caso, se abren dos caminos posibles:

a. cuando la conducta delictuosa investigada no es más que una integrada síntesis de síntomas o signos psicopatológicos que configuran un cuadro clínico definido de la taxonomía clínico-psico-psiquiátrica. El resultado es obvio pues la ausencia de capacidad biopsicológica de culpabilidad es indudable. Por ejemplo, agresión en un cuadro delirante, o falsedad de denuncia en un cuadro demencial.

b. la conclusión no es tan fácilmente accesible cuando no es posible inscribir científicamente el acto delictuoso investigado en un cortejo sindromático pues está atribuido a un autor que no presenta indicadores ostensibles de trastorno mental asociables al delito concreto. En otras palabras, el peritado se halla incluido en el amplísimo margen de población considerada psicojurídicamente "normal", sin perjuicio de que, desde la óptica médico asistencial, presente o no alguna disfunción psicopatológica detectable según los criterios de la Clínica Psiquiátrica, y aún meritoria de alguna clase de intervención terapéutica(10, 14, 15).

2. Puede afirmarse que el parámetro psicojurídico de normalidad es el de un psiquismo que le permite a la persona una cabal "comprensión de la criminalidad de sus actos y dirección de sus acciones en materia penal" (Art. 34 inc. 1° CPA) y, de "plena capacidad biopsicológica para el gobierno de su persona y la administración de sus bienes" en materia civil (Art. 141 CCA). En relación a esto, cabe agregar que los supuestos regulados



por el Art. 152 bis del Código Civil no son de básica incapacidad sino de capacidad limitada; por ende, consideramos que no corresponde considerarlos de estricta anormalidad psicojurídica sino por el contrario, y por decirlo de un modo gráfico-figurativo, ubicados en el límite inferior del rango de normalidad(16, 17, 21).

3. Frente a las exigencias señaladas con anterioridad, el profesional "psi" no puede fundadamente sino aportar, en el mejor de los casos, pautas o criterios indicadores de tendencias (posibles pero no necesarias). Ello, aún cuando el peritado posea una personalidad con rasgos o caracteres que estadísticamente puedan correlacionarse con alguna clase de conductas delictuosas determinadas, pues en tales casos, la potencia que entraña la tendencia pudo no haberse actuado nunca y, en caso de haber ocurrido, no necesariamente implica que lo haya hecho en las concretas circunstancias (de modo, tiempo, lugar) del hecho investigado. En otros términos, "la tendencia o predisposición no determina"(22, 24, 25).

4. Desde el campo de la literatura médica especializa-

da, mantiene plena vigencia la expresión de López Ibor(7) en el sentido de que el estudio de la personalidad obtenida por métodos clínicos y pruebas complementarias de diagnóstico, ayuda al perito en el reconocimiento de la interioridad de la persona que tiene enfrente, pero no debe utilizarse como argumento decisivo en un conflicto judicial.

5. No siempre ocurre que el perito basa su opinión en la observación y estudio del peritado. Muchas veces debe cumplir su labor en la encrucijada que plantea el tener que emitirla a través del exclusivo análisis de observaciones y apreciaciones que otros profesionales han vertido con anterioridad. Son casos que obligan a la implementación sucesiva o simultánea del método heurístico (búsqueda y/o investigación de documentos o fuentes de conocimientos históricas) y del hermenéutico (instrumento intelectual de las ciencias naturales que tiene a la comprensión de hechos), integrándolos armónicamente en post de la valoración y significación de indicios(26).

El peritaje del victimario y de la víctima mayores de edad

Se debe recordar las diferencias básicas entre el *ethos* clínico y el forense.

1. Como se expresó más arriba, la tarea del profesional “*psi*” –psiquiatra o psicólogo– es muy diferente en el ámbito clínico asistencial que en el forense, y ello adquiere particular relevancia en materia penal y sobre todo cuando se encuentra inmerso en el peritaje de un delito sexual(11).

2. En el contexto asistencial, el paciente concurre o es llevado a la consulta psíco-psiquiátrica, por un cambio conductual o comportamental, debido a una enfermedad psíquica; y tiene una cierta libertad en la elección del profesional asistente(12).

3. La situación es diversa en materia pericial, particularmente penal. El peritado es un sujeto del proceso, voluntaria o involuntariamente sometido en la circunstancia a la legal discrecionalidad del Magistrado o Funcionario interventor en la instancia, que “dispone” la realización de una evaluación técnica dirigida a su interioridad, y respecto de la cual si bien puede oponerse, su renuencia a comparecer puede ser resuelta por el uso de la fuerza pública. El profesional que interviene también es designado por quien ejerce la dirección del juicio y, por lo común, en materia penal, asignado de entre los integrantes de un Cuerpo Oficial de Peritos(13).

4. El examinador debe, por mandato ético, iniciar su actividad anunciando al peritado los caracteres del examen a que será sometido, asistiéndole al peritado el derecho a negarse. En caso de acceder, el recurso a la mentira le ha sido jurisprudencialmente reconocido y hay jurisprudencia al respecto. En consecuencia, el perito puede obtener una versión de la realidad que pretende investigar, distinta a la que efectivamente ocurrió, o simplemente obtener por toda respuesta, la ausencia completa de recuerdos(18).

5. No es raro que los datos “fidedignos” para reconstruir la historia vital del peritado al tiempo de ocurrencia de los hechos investigados provenga de terceros, vía declaraciones testimoniales (solo a veces presenciales), o indagatorias (de co-imputados interesados en minimizar o excluir su propia responsabilidad), asistentes sociales, personal policial (por lo común, quienes personalmente han intervenido en el inicio de las actuaciones y muchas veces concretado la aprehensión del peritado), ciudadanos comunes, etc.(19).

6. En la mayoría de casos, los peritados poseen conciencia de situación, de enfermedad no psicótica, o están en el rango de la normalidad psicojurídica antes señalado. Este estado, verificable al tiempo de realización de la evaluación pericial, es indiferente en relación al estado mental al tiempo de ocurrencia de los hechos en juicio, no permitiendo excluir la afirmación de anormalidad en aquel entonces(20).

7. Algo muy similar ocurre en la hipótesis inversa: la comprobación de enfermedad actual, puede o no tener incidencia en el estado psíquico delictual.

8. El ambiente donde se concreta el estudio pericial

también es sustancialmente diverso al natural-asistencial. En efecto, mientras el clínico cuenta para su práctica con un ambiente especialmente diseñado y preparado para asegurar reserva y confidencialidad al paciente, el perito debe llevar adelante muchas veces su función en lugares completamente inadecuados (comisarias, unidades de detención, domicilios, etc. y hasta en la vía pública)(26).

9. Aún en el caso de tratarse de despachos oficiales, muchos de ellos consisten en reducidas divisiones estructuradas por tabiques incompletos que delimitan espacios de labor común de profesionales y personal asistente, donde aun los bajos tonos de voz son percibidos desde afuera, en presencia de terceros (¿indiferentes?) ajenos a la labor pericial (celadores, personal de institutos de menores, enfermeros, policía, etc.), y, finalmente, no exentos de interferencias múltiples (teléfonos, golpes a la puerta de otros pacientes que concurren a su citación, consultas de profesionales del derecho o sus empleados, etc. y hasta extremadamente molestas agresiones acústicas de legítimas manifestaciones callejeras, cada día más frecuente en el entorno de los Tribunales capitalinos)(26).

10. Todas las circunstancias expuestas hacen inalcanzables mínimos recaudos de confidencialidad y secreto, interfiriendo y haciendo aún más complejo el diagnóstico pericial(26).

11. Las limitaciones expuestas en el párrafo anterior, más allá de caracterizar sustanciales diferencias con la práctica asistencial, se proyectan significativamente sobre el esperable resguardo a los derechos del peritado que también es esencial a la función del experto(26).

Los menores presuntos víctimas de abuso sexual

Los menores víctimas de presuntos abusos sexuales en términos generales son patrimonio pericial, a nivel psíquico, de los peritos especializados en menores. Aquí la complejidad para llevar adelante la investigación pericial requiere de una sagacidad e idoneidad muy particular por parte del perito para evitar caer en apreciaciones subjetivas que interfieran la necesaria objetividad científica que exige el caso(11, 22, 25). De tal manera, los expertos suelen tener en cuenta al momento de llevar adelante la investigación solicitada por el magistrado, los siguientes indicadores psicológicos inespecíficos (no existen síntomas patognomónicos) de abuso sexual en los niños(16, 23):

1. Miedo aparentemente injustificado hacia las personas adultas, sobre todo hombres.
2. Desconfianza hacia el adulto en sus promesas y actitudes positivas.
3. Tendencia a la soledad y al aislamiento.
4. Reacciones de agresión verbal o física desmesurada desde edades precoces.
5. Inquietud desmedida de llanto en general.
6. Dificultad de aprendizaje y concentración en la escuela.
7. Juegos sexuales explícitos y conversaciones per-

manentes sobre temas sexuales; comprensión de la sexualidad superior a lo esperado a su maduración.

8. Malas relaciones con sus pares y dificultades para entablar amistades.

9. Trastornos del sueño.

10. Depresión clínica con retracción e ideación suicida.

11. Desconfianza en las figuras significativas.

12. Comportamiento sobreadaptado.

13. Actitudes de sometimiento.

14. Indicio de actividades sexuales precoces.

Finkelhor(25) establece un *Modelo Dinámico de la génesis del trauma de abuso sexual infantil* que puede ser entendido desde cuatro componentes: a) sexuación traumática, b) pérdida de confianza relacional, c) estigmatización, d) sentido de pérdida o falta de poder. Esta dinámica supone una alteración del funcionamiento emocional y cognitivo que puede llegar a distorsionar la visión de sí mismo, las relaciones, y el mundo en general.

La *sexuación traumática* se produce por la intrusión de intereses y conductas sexuales de un adulto en el desarrollo sexual normal de un niño. Estas conductas son inapropiadas para un niño y, al ser recompensadas con frecuencia por los adultos, pueden aprender a usarlas como estrategia para obtener beneficios o relacionarse con los demás, adquieren aprendizajes deformados de la importancia y significados de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y ética sexual. Por último, la sexualidad del niño puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosas formas.

Los abusos sexuales conllevan una *pérdida de confianza en la relación con el agresor*. Este puede ser especialmente conflictivo cuando existen relaciones familiares entre el agresor y la víctima. La víctima puede ser manipulada, herida, amenazada, etc., precisamente por quien era objeto de confianza. Esta ruptura de confianza en las relaciones se puede extender a toda la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias, y extenderse también a todas las personas del sexo del agresor.

La *estigmatización* es sentida como culpa, vergüenza, envilecimiento, pérdida de valor, sentimientos que sólo a él/ella le ocurre lo peor, etc. La víctima se puede considerar marcada para el resto de la vida por las experiencias más traumatizantes y considerarse distinta, desgraciada, marginada, etc.

Las víctimas, por último, pueden llegar a creer y sentir que lo que les sucede está fuera de su control, que no saben reaccionar ante las situaciones, en definitiva, *que tienen poco poder sobre sí mismos y sobre cuándo les sucede*. En este mismo sentido se pueden volver temerosos de lo que puede ocurrirles en el futuro, tomar actitudes pasivas y poco asertivas, ser retraídos socialmente, etc.

De esta forma, los abusos sexuales conllevarían, en aquellos casos que acaban produciendo efectos signifi-

cativos, una socialización sexual traumática, una pérdida de confianza relacional y una auto consideración negativa. Se describen además diversos efectos a largo plazo del abuso sexual infantil (aquellos que se manifiestan aproximadamente dos años después del abuso).

Dichos efectos son comparativamente menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales. También son más difíciles de estudiar por la interacción con otra serie de factores. Los efectos a largo plazo descritos en numerosos estudios retrospectivos, relacionados con haber sufrido abuso sexual son:

a. sentimientos de aislamiento, marginalidad, baja autoestima y de estigmatización.

b. depresión, ansiedad y trastornos neurovegetativos.

c. ideación suicida y conductas autodestructivas.

d. agresividad sexual.

e. fracaso escolar.

d. dificultad para establecer vínculos y mantenerlos.

g. participación sexual pasiva, automatizada y ausente (prestan el cuerpo).

Otra consecuencia que puede acontecer secundariamente a un menor abusado sexualmente son los *trastornos por estrés posttraumático*. Esta patología, aceptada como un diagnóstico válido recién en la década pasada, es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que ha sido definido sobre la base de su etiología, y no simplemente a los síntomas fenomenológicamente considerados. El rasgo esencial del trastorno según la definición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª Ed., de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático(8). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, evitación persistente de los estímulos relacionados con él, embotamiento de la capacidad de respuesta, y síntomas persistentes de activación.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Habitualmente aparece bajo la forma de un recuerdo recurrente e intrusivo, o pesadillas recurrentes donde el acontecimiento vuelve a suceder, o estados disociativos que duran de pocos segundos a varias horas durante las cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentarse un malestar psicológico intenso, o respuestas de tipo fisiológico.

En los niños con pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares, o amenazas sobre ellos mismos o los demás. Los niños no

suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho es más común que la reexperimentación del trauma pueda evidenciarse en juegos de carácter repetitivo.

Hay tres aspectos: "persistente", "recurrente" y "perturbador" así como la presencia de parálisis e hiperactividad después del trauma que se debe considerar en el trastorno de estrés postraumático.

Debemos recordar también que durante mucho tiempo en las pericias de menores abusados se tuvo en cuenta el análisis de la realidad de las declaraciones de Udo Undeusch en 1967(25), cuyos indicadores son los siguientes:

- a. relato consistente en el tiempo (confrontación del relato en varias entrevistas).
- b. conocimientos sexuales inapropiados para la edad.
- c. descripción detallada acerca de personas lugares y tiempos.
- d. relato de circunstancias típicas y características de abuso sexual.
- e. relato de presión o coacción del agresor.
- f. estructuración lógica del relato.
- g. afecto congruente con el hecho relatado (vergüenza, retracción, culpa, etc.).

Reflexiones sobre la observación de falsas denuncias

La pregunta que se impone es: "¿Cómo distinguir cuándo son verdaderas o falsas las declaraciones de niños en casos de alegado abuso sexual?".

1. Es indudable que se han observado casos de denuncias de abuso sexual que luego se ha comprobado que no han sucedido, sobre todo cuando el imputado es una persona intrafamiliar(27). Como dice Eduardo Padilla(9), el aumento de falsas alegaciones se atribuye a que el abuso sexual era antes un secreto del cual la sociedad no hablaba; en los últimos tiempos, se ha hecho "popular" como tema en los medios masivos de comunicación por lo tanto, la mejor manera de descalificar moralmente a alguien y sacarlo del medio en disputas por tenencia, visitas y alimentos y venganzas diversas es la acusación de abuso sexual como antes lo hubiera sido el adulterio, consumo de drogas u homosexualidad: hoy estos motivos conmueven poco.

Existen estudios internacionales realizados ya por Elterman y Ehrenberg en 1991(5) al respecto: el número de falsas alegaciones de abuso sexual ha sufrido una escalada impensable hasta hace poco. En el Cuerpo Médico Forense (CMF) se ha observado un aumento de denuncias después de implementarse la ley de violencia familiar.

Elwell y Ephross en 1987 y Pine en 1987(25) han escrito sobre los potencialmente devastadores efectos que sobre la vida de los niños pueden tener las alegaciones falsas de abuso sexual, aun cuando luego se pueda aclarar debidamente la situación, ya que el vínculo con el progenitor acusado puede quedar irremediadamente dañado por el sufrimiento vivido. En definitiva, el sistema de protección del niño puede estar en grave riesgo.

De manera tal que los instigadores como Brooks y Milchman (1991)(25) recomiendan preguntarse: a) si el

niño fue abusado como se está diciendo, b) si fue abusado pero no por el que se alega lo hizo, c) si alguno de los padres está interpretando equivocadamente los usos y prácticas normales que se llevan a cabo como parte del cuidado e higiene de un niño, d) si alguno de los adultos puede querer obtener la tenencia completa.

Entonces ¿no tiene ningún valor el testimonio de los niños! Por supuesto esto último no es así, la actitud inicial frente al relato infantil debe seguir siendo la de creerlo. Frente a este dilema es forzoso distinguir, antes que nada, la actividad que corresponde a los tribunales de justicia de la que debe ser la actividad del terapeuta como tal. En los países experimentados en el tema, todo material recogido en el ámbito terapéutico no es tomado como prueba en los procesos.

En esta tesitura, si las entrevistas de propósito diagnóstico han tomado el giro de "terapéuticas", tal el caso de los entrevistadores que ven al niño diez o veinte veces, empeñados en que éste vaya develando el abuso, el material así resultante es inmediatamente desechado por la sencilla razón de que no tiene valor probatorio alguno(11, 12, 13, 23, 24, 25).

2. Otro factor a tener en cuenta es el de la *memoria infantil*. La memoria humana es constructiva y selectiva, esto es, no existe un registro como el obtenido por un grabador o una videocámara. Esta memoria, llena de los baches más diversos, puede variar y ser "rellenada" por la influencia de factores diversos, y todos sabemos lo difícil que nos resulta reconstruir un hecho del que hemos sido testigos y de la multiplicidad de relatos distintos que en estas situaciones se pueden recabar.

En *los niños*, en particular los más pequeños, la memoria funciona en cierto sentido en forma similar a la de los ancianos: los hechos se borran con mucha facilidad y si se insiste desde una posición de poder e influencia, es muchas veces posible rellenar el hueco con otros "sucesos" que se quieran instalar como reales (co-construcciones)(9).

Es cierto también que los niños pueden (de hecho lo hacen) mentir con diversos propósitos, por ejemplo para evitar una reprimenda o para parecer más importantes o para guardar un secreto en un juego. También está comprobado que los niños menores de siete son incapaces de inventar una historia con el propósito deliberado de perjudicar a un tercero.

De esta manera, cualquier historia no verdadera de abuso sexual, no ha sido inventada por el niño pequeño ni es el resultado de una mentira propia: ha sido instalada, por diversos motivos en la mente infantil por uno o más adultos, y no es infrecuente que a esto se hayan prestado, sin quererlo a conciencia, los profesionales llamados a intervenir, especialmente si se encontraban dispuestos a comprobar a toda costa que el abuso existió y si se han abanderado en una "campaña" a favor de una de las partes.

Una vez instaladas como memorias ciertas, hechos que no sucedieron, el niño los sostendrá como tales. Inversamente y con similares procedimientos, en algunos casos se puede lograr que hechos sucedidos sean borrados, y el

niño sostendrá que no ocurrieron. Este es un concepto absolutamente fundamental a tener presente. Si para colmo a ese niño se lo ha convencido de que está defendiendo una causa justa, que su rol es protagónico, que de sus declaraciones depende que el “malvado” sea encarcelado y que así cese el peligro de la venganza que éste se tomaría contra él y la madre en caso de quedar libre, no es raro que veamos a un pequeño “cruzado” que llevará ante quien lo quiera ver el estandarte de la perversión del adulto en cuestión, heroica y absolutamente convencido de estar salvando a todos al proclamar “la verdad”.

Este sostener convencido del niño en el cual se ha co-construido una historia no verídica es de tal naturaleza que hace imposible que aun los profesionales mejor entrenados en el tema puedan discernir si los hechos realmente sucedieron o no, como lo reconoció la experta británica, Dra. Danya Glaser(6) con toda honestidad. Ella advierte cuando se ha discutido sobre este punto, sobre todo cuando se habla que “el tono emocional no se dicta”, tonalidad que serviría para discernir si la historia es verdadera o inducida. La “música emocional” que escucharemos en los casos en que ha habido una co-construcción será la coherente con la convicción del niño de que ha sido efectivamente objeto de actos malvados por parte del adulto imputado.

Bentovim(1) ha alertado con respecto a una de las pocas señales que puede ser útil en lo que al relato infantil se refiere: cuando los niños son interrogados sobre situaciones bien concretas, tales como la erección peniana o si los hechos invocados, tales como penetraciones, no han sucedido, este tipo de información es eludida o resulta desconocida para el niño.

3. Existen seis veces más acusaciones de abuso sexual en familias en las que hay disputas de divorcio, tenencia y visitas, que en las familias en que esto no está sucediendo.

Luego: *¿el niño habló primero sobre el tema con un tercero (maestra, amigo, pariente) antes que con la madre, por caso?* La mayoría de los casos falsos provienen de madres que hablan de lo que el hijo les “habría” contado, como lo han consignado, entre otros, Benedek y Schetky, 1985; Jones, 1985(25) y Bentovim, 1977(1). Si una persona adulta y con influencia sobre un niño lo induce a tomar como ciertos hechos que no acontecieron, una vez que se forma una construcción de este tipo en su mente, ese niño actuará y hablará con la mayor convicción de que está en lo cierto. Más aun será así, si dichos relatos son repetidos a través de un tiempo suficientemente prolongado y máximo si son reforzados por otras múltiples entrevistas a cargo del equipo profesional. No es que estará mintiendo o fabricando adrede, sino que estará convencido (tan convencido puede llegar a estar que será muy difícil conseguir que se rectifique aún si se le demuestra que los hechos no sucedieron)(4, 6).

Estos adultos inductores pueden estar actuando de

buena fe, con la mejor intención, –y en el caso de los profesionales, amén con grave desconocimiento– luego de presumir que algún hecho sexual aberrante ha acontecido. En otros casos, la persona puede estar movida por deseos de venganza, celos o intereses económicos(9).

4. Cuando existe disputa parental, cuanto más intensa es ésta (aunque se desarrolle en forma subliminal), mayor probabilidad hay de que los niños sean involuacrados y que comiencen a mostrar signos de trauma emocional y desórdenes de conducta. (Amato y Keith, 1991; Hetherington, 1989; Tschan, Johnston, Kline y Wallerstein, 1989)(25).

Si esto resulta así, le será difícil al evaluador discernir cuánto de esto es debido al divorcio y cuánto a posible abuso sexual. Todo ello significa que la prudencia con que se deben elevar los informes periciales al tribunal recomienda que se mencione explícitamente esta natural dificultad. El no hacerlo puede constituir una falla ética.

Se ha observado también (Faller, 1991)(25) que contrariamente a lo dicho, en casos de abuso se pueden encontrar en la dinámica familiar, madres a las que les cuesta muchísimo aceptar que el cónyuge pueda haber estado abusando sexualmente a sus hijos. Contrariamente a este caso, a otras no les cuesta creer que su marido pueda estarlos abusando aunque no sea cierto.

Otras madres pueden percibir en forma distorsionada señales afectuosas –tales como besos y abrazos por ejemplo entre una niña y el padre en el encuentro o en la despedida– como sexuales y de allí en adelante, sí se ponen en marcha mecanismos para impedir los encuentros, e influir en los “recuerdos” infantiles.

Se debe reparar también en el tipo de personalidad del progenitor que tiene la custodia y que motoriza la denuncia: si bien pueden no aparecer señales de psicopatología, no es infrecuente que muestren personalidades de tipo paranoide, histriónica y manipulativa, o con tendencias “borderline” (Benedek y Schetky, 1985). En otras, aunque con menos frecuencia, se notarán aspectos de tipo delirante(17).

5. Otro recaudo a tener presente es el de la calidad y preparación del entrevistador a cargo del diagnóstico. Éste debe tener un entrenamiento especial en el interrogatorio a niños sobre la ardua cuestión de si el abuso existió o no. Es perentorio además que el entrevistador tenga una extensa práctica previa en el contacto con niños sin historias de abuso.

Las entrevistas para diagnosticar abuso no son fáciles, para empezar porque es muy fuerte la carga emocional que conllevan. También es fundamental que el entrevistador no tenga un especial empeño en “descubrir o develar” abusos sexuales: debe ser lo más neutral posible y abierto a que los hechos invocados quizás no sucedieron. Este es uno de los motivos que hacen casi imprescindible que las entrevistas sean grabadas, preferen-

temente en video tape, y que sean llevadas a cabo con la presencia simultánea de otro profesional, ya sea en el mismo recinto o en Cámara de Gesell.

Los registros obtenidos servirán también para evitar que el niño sea interrogado por varias personas diferentes en ocasiones múltiples; con esto, por un lado se disminuirá la carga traumática para el niño que las repeticiones conllevan, la contaminación del material y con ello la continua reinstalación en el niño de los hechos invocados y, por otro lado, la posibilidad de reexaminar junto a otros colegas cuantas veces sea necesario, el material obtenido.

Otra zona de riesgo es la de los entrevistadores que recurren a sus "interpretaciones" para exponerlos como hechos ciertos frente a los tribunales. Es demasiado fácil caer en poderosas subjetividades, sobre todo si el entrevistador está preparado para ver a alguien que "seguramente" ha cometido un acto delictivo, todo lo cual hace entrar a todos estos procedimientos interpretativos en la categoría de poco prudentes para estas situaciones (de hecho, no son utilizados en los países con más conocimiento y preparación en abuso sexual de niños). Ya el mismo Freud, con su profundidad y agudeza nos lo advirtió cuando dijo: "Un cigarro es un símbolo fálico; pero muchas veces es sólo un cigarro", mientras pitaba con fruición el suyo(9).

6. La primera forma de inducción de un adulto puede provenir de una redefinición de un acto que en sí mismo es inocente; la madre puede preguntar: ¿tu papá te tocó la cola alguna vez? (lo cual muy lógicamente puede haber sucedido en ocasión de la higiene, por ejemplo), lo que será leído por el niño como "papá te tocó y eso -por el tono del que pregunta- se ve que no está bien". Muy rápidamente el niño se defenderá diciendo: "yo no quería, pero él lo hizo igual", luego no es infrecuente que el niño "adorne" con más información en el sentido de lo que él percibe que el adulto quiere oír(9).

7. Durante bastante tiempo se ha sostenido que los relatos no verídicos rondaban el 3 al 4%. Pero los últimos estudios elevan esta cifra a un 10%(6). En efecto, una importante investigación de Jones y McGraw, efectuada en Denver sobre 576 casos, arrojó que un 6% de las acusaciones eran falsas y basadas en mentiras deliberadas y un 17% no eran verdaderas aunque basadas no en mentiras sino en errores de buena fe, lo cual arroja un total de un 23% de situaciones no verdaderas y en cuanto a sus consecuencias, iguales en su nocividad(19).

8. El mismo recaudo se debe observar cuando se evalúan los dibujos y juegos de los niños en las entrevistas: mucho material interpretado como indicativo de abuso sexual lo fue porque no se tuvo en cuenta el contexto general en que el material fue obtenido(6). Esto es, el grado de la influencia de adultos y la coexistencia de "entrevistas oficiales" de juegos y dibujos con los efectuados "extraoficialmente" en casa por algún progenitor.

Demás está decir que un experto debe tener bien presentes datos tales como que el 50% de los niños no

abusados cuando juegan con muñecos anatómicamente correctos introducen un dedo en la abertura anal o vaginal de la muñeca y que la mayoría de ellos tomaron al muñeco de su pene para revolearlo y que tales actitudes fueron tomadas como "patognomónicas". Está también debidamente comprobado, que muchos de los signos indicadores de abuso - inclusive conocimientos sexuales inapropiados para la edad- aparecen también en niños no abusados cuando han sido sometidos a repetidos interrogatorios sobre el tema. Lo que es más, estudios recientes (Hibbard y Hartman, 1990), muestran que no existe diferencia significativa en la frecuencia de dibujos de genitales en niños abusados de niños no abusados(9).

En resumen: si ha habido una co-construcción de una falsa memoria, los dibujos, juegos y actitudes del niño pueden mostrarse similares a los que se obtienen de niños que han sido efectivamente abusados. Asimismo, especiales recaudos deben ser tomados cuando la sintomatología presente puede corresponder a estados post traumáticos por divorcios y feudos entre los padres. No existen signos "patognomónicos" y es obligación ética de los peritos en los casos judiciales que adviertan de esto al tribunal.

9. Otro punto a tener muy en cuenta es cuál fue la actitud inicial del adulto que recibió el primer relato infantil. Las reacciones primeras del cuidador se deben evaluar con todo cuidado puesto que pueden ser muy indicativas de cómo se puede haber ido desarrollando un proceso de construcción, primero en el mismo adulto y luego desde éste en el niño (co-construcción).

10. Cuando los interrogatorios han sido más de uno o dos, la certidumbre de los resultados se va desvaneciendo con su número. El experto Stephen Ceci(3) dice que las entrevistas repetidas y preguntas repetidas a través de las entrevistas incrementan el riesgo de contaminación si los entrevistadores han estado inclinados a encontrar abuso. Estas técnicas permiten una avenida de introyecciones de desinformación que si se repiten un número suficiente de veces, pueden ser incorporados por el niño.

Como ya hemos dicho, es imprescindible entonces distinguir entre entrevistas terapéuticas de entrevistas diagnósticas, las que tienen como diferencia tanto sus propósitos como el número de ellas y el tipo de actitud del entrevistador o del terapeuta (en las segundas). El argumento tiene que ver con la evidencia científica de que un profesional "convencido" de que los hechos sucedieron, casi siempre tenderá a obtener del niño respuestas que avalen su creencia.

Corolario

De todo lo expuesto y a manera de síntesis podemos decir que de la experiencia médico forense, sobre todo en el peritaje de adultos presuntos victimarios de abuso sexual de menores, hemos observado parafilicos pedófilos e individuos considerados "normales" desde el punto de vista psicosexológicos, de manera tal que cualquier individuo puede estar en condiciones potenciales de ser un

abusador sexual. No debemos olvidar que un individuo con tendencias o inclinaciones parafilicas no necesariamente tiene que ser por ello un abusador sexual, en tanto no cometa un delito sexual; por lo tanto, hay que recordar que las tendencias predisponen pero no determinan, hecho importante al momento de emitir un dictamen o al testimoniar en un Juicio Oral.

Por otra parte debemos saber que los menores abusados existieron y existen, tanto por victimarios extrafamiliares como intrafamiliares, pero al momento de realizar las pericias médico legales debemos tener presente que las falsas denuncias también existen, sobre todo cuando las causas que se alegan tienen como presuntos abusadores a personas en el ámbito familiar ■

Referencias bibliográficas

- Bentovim A. *Cleveland, diez años después. Lecciones para los profesionales de la Salud Mental*. Editado por Fundación Familia y Comunidad. Bs. As., 1997.
- Beezley Mrazek P, Kempe CH (Ed.). *Sexually Abused Children and their Families*. Pergamon Press, USA, 1987.
- Ceci S, Bruck M. *Jeopardy in the Courtroom. A scientific analysis of children's testimony*. American Psychological Society, Washington, 1995.
- Dale P, Davies M, Morrison T, Waters J. *Dangerous Families*. Tavistock Publications, London, 1986.
- Ehrenberg MF, Elterman MF: "Evaluating Allegations of Sexual Abuse in the Context of Divorce, Child Custody, and Access Disputes". En: *True and False Allegations of Child Sexual Abuse*. Tara Ney, Editor. Brunner/Mazel, Publishers. New York, 1995.
- Glaser D, Fosh S. *Abuso Sexual de Niños*. Editorial Paidós y Fundación Familia y Comunidad, Bs. As., 1997.
- Lopez Ibor JJ. *El Libro de la Vida Sexual*. Ed. Danae, Madrid, 1970.
- O.M.S. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor, Madrid, 1992.
- Padilla EJ. *Abuso Sexual del Niño*. *Revista de Terapia Familiar*. Bs. As., 1988.
- Romi JC. *Delimitación Conceptual de las Perturbaciones Sexuales* Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, 1980.
- Romi JC. Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual. *Rev. Neuropsiquiatría y Salud Mental*, 13(3):61-64, 1982.
- Romi JC. Curva de Auto evaluación Sexológica. Su aplicación en Sexología Forense. *Rev. Alcmeón*, 2(2):241-266, 1992.
- Romi JC. Las Parafilias. Su delimitación conceptual. *Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*, 1(1):45-49, 1994.
- Romi JC. Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva. *Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*, 2(2):117-130, 1995.
- Romi JC, Bruno A. Importancia de la semiología delictiva en la peritación psiquiátrico-forense penal. *Rev. Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 2(2):82-91, 1995.
- Romi JC. El agresor sexual y el Código Penal Argentino. *La Prensa Médica Argentina*, 83(4):304-313, 1995
- Romi JC. Las parafilias: Importancia médico legal. *Rev. de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*, 3(1):96-111, 1997.
- Romi JC. "Sexología médico-legal". En Segú H y col. *Conductas sexuales inadecuadas*, pág. 253-282, Ed. Lumen-Humanitas, Buenos Aires, 1996.
- Romi JC, Poggi VL, García Samartino L. *El abuso sexual. Nueva Figura del Código Penal. Reflexiones médico sexológicas acerca de su encuadre jurídico*. En prensa.
- Romi JC. Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, Año 7 Vol. 4 N° 1 (12):61-83, 2000.
- Romi JC. Investigación Psiquiátrica Forense de Abuso Sexual. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, Año 8 Vol. 4 N° 1 (13):53-79, 2001. En colaboración con Graciela Eleta, Lorenzo García Samartino, Marta Gaziglia y Carlos Gatti.
- Romi JC. Experiencia psiquiátrico-sexológica en el CMF en peritaciones de adultos sobre casos de presunto abuso sexual infantil. Estudios y comunicaciones 2000-2001, publicación científica del *Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*. Director Prof. Dr. Mariano N Castex. Libro 43 Diciembre 2001 Pág. 111-118.
- Romi JC. *Los delitos contra la integridad sexual. Consideraciones médico legales*. En: Cuadernos de Medicina Forense del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 1 N° 1, 2002. En colaboración con los Dres Lorenzo García Samartino y Víctor L Poggi.
- 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*. Director Prof. Dr. Mariano N Castex. Libro 49 Diciembre 2002 pág. 35-53.
- Romi JC. La pedofilia: reflexiones sexológicas y médico-legales. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, Año 11 Vol 4 N° 4 (16):42-68, 2004.
- Romi JC, Casullo M, García Samartino L, Godoy Roberto LM. *La Evaluación Psicológica en Materia Forense. Confiabilidad de los Resultados*. Derecho de Peritados. Premio "José Ingenieros 2004" de la Academia Nacional de Ciencias. Diciembre 2004
- Sanz D. "Falso alegato en casos de divorcio o disputa por tenencia". En: *Violencia y Abuso en la Familia*, por Alejandro Molina y Diana Sanz. Editorial Lumen, Bs. As., 1999.



el rescate y la memoria

Vejez y capacidad civil* **Informe Médico Legal**

*Por los Dres. José T. Borda y Osvaldo Loudet***

***E**l texto que presentamos a continuación es un informe médico-legal de un caso de demencia elaborado por dos de los más grandes clínicos que tuvo la psiquiatría argentina. En efecto, José T. Borda y Osvaldo Loudet, célebre Director del Hospicio de las Mercedes, el primero, y Director de la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal que había fundado José Ingenieros, el segundo, eran ambos profesores de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En las páginas que siguen se puede leer, en una prosa elegante y coloreada, la manera de describir la semiología y de discutir los criterios en boga en la psiquiatría legal, de mediados del siglo pasado, así como la lógica argumental de los peritajes bien fundados.*

Los médicos que suscriben, profesores de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, designados en el Juicio de insania de la señora D. C. de S., previo juramento de ley, venimos a exponer a V. S. el resultado de nuestra pericia médico-legal. Los dos peritos,

(*) *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Año XVI, N° 95, Setiembre-Octubre 1929.

(**) Profesores de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

después de haber estudiado minuciosamente el caso, en numerosas visitas que permitieron observarlo en multiplicidad de circunstancias y de momentos psicológicos, hemos coincidido plenamente en la interpretación de los hechos y en las conclusiones que fluyen lógicamente de ellos.

La anciana, objeto de nuestros exámenes clínicos y psicológicos, habita la casa de su hija, después de haber salido del sanatorio donde estuvo internada tres meses.

Debemos decir, que no veía a esta hija desde hace muchos años, por motivos de familia, y el hecho de ha-

berla sacado ésta del Establecimiento donde estaba internada ha sido, suficiente, para modificar su actitud irreductible anterior. En la señora de S. parece haberse despertado ahora un vago sentimiento de gratitud, como asimismo una prudente tolerancia hacia la hija que antes juzgase con severidad. Esta, por su parte, como su señor esposo, le prodigan todas las atenciones y cuidados que requieren la edad y el estado de la señora. Tiene en efecto, 80 años. En la clasificación de los períodos de la vejez, que hace Laccassagne –un poco arbitraria y esquemática– corresponde esa edad a la verdadera vejez, pues para el eminente médico-legista, de los 60 a los 70 estamos en la primavera de la vejez, de los 70 a los 75 en la verde vejez, de los 75 a los 80 en la verdadera vejez, y de los 80 a los 95 en la extrema vejez. Digamos, que si algunas veces los datos del Registro Civil no coinciden con la edad biológica, en este caso el examen somático de la señora es harto elocuente para confirmar su edad legal. Si el hombre tiene la vida de sus arterias, según la expresiva sentencia de Peter, en nuestra paciente, la arteriosclerosis generalizada traduce tristemente la usura de la vida.

La figura de la señora de S. despierta respetuosa simpatía por su venerable ancianidad. Los largos años de su existencia, algunos más largos por más crueles, han disminuido su estatura y encorvado sus espaldas. Camina en arco poco flexible, apoyada en un bastón –antena de los viejos– para aliviar del peso de su cuerpo diminuto a su pierna derecha, de movimientos articulares más limitados por causa de su recalcitrante reumatismo. A pesar de los achaques de sus ochenta años y especialmente de su reuma, la señora marcha con bastante agilidad, a pasos breves y rápidos. No hay en ella incoordinación, ni titubeos. Esta relativa agilidad en sus movimientos le permite moverse de un lado a otro sin tropiezos y usar con sus visitantes de muchas atenciones. En esta anciana el tiempo no ha podido inmovilizar todavía los suaves gestos de la cortesía de antaño.

Los vestidos oscuros, muy correctos y apropiados, revelan el gran cuidado que tiene por su persona. Pero lo que resulta anormal, por lo excesivo, es el tiempo que dedica al aseo de su cuerpo. Ingresa en el baño a las ocho de la mañana y sale de él a la una de la tarde, haciendo la desesperación de sus familiares.

Su ropaje negro pone más en relieve la blancura apergamada, de un rostro antiguo, de nariz afilada, prolongado en punta hacia el mentón, por reabsorción de los alvéolos

dentarios. La piel marchita, adelgazada, obscurecida, color amarillo marfil, presenta manchas hipocrómicas y numerosas arrugas, que constituyen el sello inconfundible de la ancianidad. Estos pliegues son más acentuados



Osvaldo Loudet

en la cara, en el cuello y en la región dorsal de las manos. Estas últimas, largas, finas y huesosas, están surcadas por prominentes venas y tienen un ligero temblor característico. Una peluca blanca, plateada, disimula la escasez de su propio cabello. Usa anteojos de carey oscuro, detrás de los cuales brillan dos ojos míopes, sellados por arcos seniles. La visión del ojo izquierdo es nula.

La señora de S. habla correctamente, articula bien las palabras y su voz, metálica y algunas veces áspera, tiene las inflexiones acordes con su estado de ánimo. Pero muchas veces se hace de una monotonía desesperante, sobre todo cuando vuelve a repetir antiguas y largas historias.

La primera vez que conversamos con la señora de S. nos recibió con suma cortesía, aunque era evidente la nerviosidad que la causaba nuestra presencia, cuyo objeto conocía.

La señora no tiene conciencia de su estado. "Se encuentra perfectamente bien". "El reumatismo le incomoda un poco".

"En el sanatorio donde estaba no le administraban ningún remedio porque estaba sana". Cuando evoca los recuerdos de su internado, se enciende toda de indignación, pero sin perder la línea de la cultura. Para explicarnos su vida retirada lejos de la familia, siempre sola y huraña como un misántropo, nos dice que ha seguido los consejos de su venerado esposo, gran señor y gran caballero, que no se cansaba de repetirle: "tienes que vivir sola, para vivir en paz". Por eso su adaptación al nuevo domicilio de su hija es más aparente que real y se queja continuamente del servicio y de los alimentos.

Orientada en lugar, aproximado en tiempo, habló continuamente, casi una hora. Aquello no fue una conversación, sino un monólogo, pues la señora nos relató, repitiéndose, las peripecias de sus mudanzas y la odisea de su internado. Fue una historia descosida, sin "esprit de suite" e interpretada a su modo. La atención espontánea no está alerta y es indudable que disminuye. Para fijarse necesita fuertes estímulos y se dirige hacia las cosas elementales, sin importancia, y si ella revela las tendencias fundamentales del individuo, es indudable que en el período actual predominan las inclinaciones egocéntricas. La atención voluntaria, que implica un esfuerzo mental sostenido, está muy debilitada. Es incapaz de concentrarse y sostenerse en un objeto, sin fatigarse de inmediato. Existe, entonces, una evidente disprosexia, es decir, un auténtico debilitamiento de la atención en sus dos formas, la espontánea y la voluntaria, aunque ese debilitamiento es más acentuado en esta última. Las consecuencias de esa disprosexia se reflejan sobre todo en los trastornos de la memoria y en la imposibilidad de todo esfuerzo intelectual. El recuerdo de los hechos lejanos, aquellos que en el largo itinerario de su vida ocupan el período de la juventud

BIBLIOTECA ARGENTINA
 ANO XVI — N.º 953 G
 BUENOS AIRES, Septiembre-Octubre de 1929
 REVISTA DE
CRIMINOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL
 ÓRGANO DEL INSTITUTO DE CRIMINOLOGÍA DE LA PENITENCIARIA NACIONAL
 PUBLICACIÓN BIMESTRAL DIRIGIDA POR EL
Doctor OSVALDO LOUDET
 Profesor en la Universidad de Buenos Aires
SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Osvaldo Loudet.—El valor probatorio y legal de las guías psiquiátricas..... 529
 Nerio Rojas.—Regulación judicial de los honorarios médicos..... 536
 Emilio Catalán.—Autogestión amosa a doble personalidad por prácticas espiritistas..... 544
 Isidro Mas de Ayala.—Un nuevo agente de piroterapia: El «Preponema hispanicum»..... 572
 Carlos Alberto Videla.—Proteinoterapia y estados mentales..... 577

DOCUMENTOS JUDICIALES Y LEGISLATIVOS

Julio A. Benítez.—Homicidio; robo. Sentencia de 1.ª Instancia..... 580
 Marcos A. Figueroa.—Accidente del trabajo; asesinato; riña. Sentencia de 1.ª Instancia..... 588

CUESTIONES PENALES Y PENITENCIARIAS

Juan Bautista De Mauro.—El Derecho penal del Estado de la Ciudad del Vaticano..... 592

INFORME MÉDICO LEGAL

José T. Borda y Osvaldo Loudet.—Vejez e incapacidad civil..... 601

VARIA

Paul Verlaine.—Mis prisiones: Una...equivocación. El amigo..... 613
 Félix Regnault.—Los amores de Victor Hugo..... 617
 P. E. Morhart.—Moda vestimentaria, Instinto sexual e higiene..... 628

ANÁLISIS DE LIBROS Y REVISTAS

I.—CRIMINOLOGÍA: Max G. Schapp y Edward H. Smith.—The New Criminology.—P. Karpoff.—La actividad creadora de los presos.—Serio Susana.—El suicidio en los niños.—César Jaurros y Toño Latorre.—Crucios sanguíneos y delincuencia..... 630
 II.—PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA: Amador Pastori.—Sobre la difusión de la parálisis progresiva en los países maláricos.—Liquori-Lavastine et Fay.—Etiología de la locura moral..... 634
 III.—MEDICINA LEGAL: Babinsky.—El aborto en la legislación penal soviética.—Lautlar.—Delito y responsabilidad penal.—Leonido Elbire.—El cargo profesional de los médicos.—Marlo V.—La prueba química de la suntuague y la media química de su intensidad.—Erasto Duppel.—El aborto criminal en Turquía..... 635
 V.—DERECHO PENAL: Leslieas Thet.—La filosofía penal griega y romana.—Luis Jimenez de Asua.—La delincuencia juvenil y los tribunales para niños.—Edward Neymark.—La cooperación de la sociedad en la supresión del crimen..... 638

NOTICIAS Y COMENTARIOS

Congreso Internacional de Neurología de 1921.—Sociedad de Medicina Legal y Toxicología de Buenos Aires.—IV Conferencia Internacional de Psicotécnica.—Designación académica del Dr. Obarrio.—Neurología: Dr. Rómulo Chiappori..... 641

y de la madurez, aparecen, evocados en la plena luz de la conciencia con cierta facilidad y aparente precisión. La señora recuerda acontecimientos y hombres del pasado, ubicándolos en el tiempo con relativa exactitud. Nos ha hablado de Guillermo Rawson, amigo de su familia, señalando con acierto algunos rasgos de su carácter. Nos ha contado anécdotas del grande hombre y de otros contemporáneos, que demuestran que el tesoro de sus recuerdos es abundante y se mantiene casi intacto. Sabe extraer de él, como si fuera una piedra preciosa, la imagen de un gran espíritu, y sabe hacerle brillar en el ambiente en que ese espíritu vivió. Recuerdos de su vida de soltera, episodios de su noviazgo, la ceremonia de su casamiento, los primeros años de matrimonio, su estadía en Montevideo, su vida, feliz en la antigua Buenos Aires, más silenciosa, más hospitalaria y más cordial, son evocados en un tono emotivo que revelan la conservación de la memoria intelectual y afectiva de los hechos lejanos. Pero el contraste con la memoria de los hechos recientes sorprende de inmediato. Así como el pasado, surge bien iluminado en el campo de la conciencia, los sucesos actuales se obscurecen y

esfuman rápidamente. Veamos algunos ejemplos. El Presidente Alvear la invitó en las postrimerías de su gobierno a la inauguración del monumento a Rawson, conociendo la amista de la señora con el grande hombre. La señora recuerda la invitación de que fue objeto, pues ella misma la refiere, pero al preguntarle el nombre del Presidente, resulta que se ha olvidado. Hace varios días, la visitó su curador, entrevista que le había preocupado dado el carácter que investía. Le preguntamos el nombre de dicha persona y nos dijo, con cierta ansiedad, que se había olvidado. Antes de ser internada en el Sanatorio del cual salió últimamente, tuvo una verdadera odisea, mudándose al cabo de varios meses de tres departamentos que ocupó en distintas casas. Difícil resultó conocer el lugar de dichas casas e imposible que recordase el número de alguna de ellas.

Cuando concretamos hechos recientes vinculados a sus medios de vida y a sus intereses, la amnesia anterógrada se hace más evidente y explica sus juicios erróneos sobre cosas y personas. No sabe el capital que tiene depositado en el Banco. Hay momentos que "le parece" que tiene diez mil pesos; otras veces "le parece" que son catorce mil. Como le señalaríamos los inconvenientes de ese olvidado, nos dice "que no se preocupa del dinero". "Yo, a mi hermana, le iba dando y dando, sin preguntarle cuánto tenía". No sabe el interés que le daba su capital colocado en cédulas. "Le parece que le daba treinta pesos". Le planteamos algunos problemas sencillísimos con sumas globales. Imposible resolverlos. Le presentamos, por último una suma de dos números de tres cifras. Tampoco pudo hacerla. Ante los sucesivos fracasos nos dice "que no entiende de cuentas". Al indagar la forma en que administraba los gastos de su casa, cuando vivía sola, nos apercibimos que la señora debe haber sido víctima de numerosas sustracciones por parte de los sirvientes.

Los juicios erróneos, y también injustos, sobre miembros de su familia, como su señora hermana y su hijo, que se han preocupado, desinteresadamente de su situación —la primera le pasaba una pensión de doscientos pesos— se explica perfectamente por los trastornos de su memoria. Ha regalado a sus nietas alhajas de valor, que después ha considerado como substraídas. Olvidando sus donaciones de ayer, habla de despojo en el día de hoy. El ejemplo más típico está representado por las dos versiones opuestas sobre la posesión de una chacra. En una primera entrevista nos dijo que su hijo se había apoderado de una chacra que le pertenecía; que no se explicaba como estaba a nombre de él; que había sido víctima de un despojo; que había firmado algún papel

sin darse cuenta. En otra entrevista, en que volvimos sobre el tema de la chacra, nos dijo que había resuelto traspasarle la chacra al hijo para evitar un pleito con un antiguo conocido de su esposo.

La amnesia anterógrada, que afecta a la señora, que es propia de los estados seniles y evidentemente progresiva, ha de avanzar sus sombras sobre los hechos cada vez más antiguos hasta hacerse retroanterógrada. Se cumple así, la ley psicológica de Ribot, que rige en la desaparición de los recuerdos. Esa desaparición no se hace al azar, sino siguiendo una marcha lógica "ella desciende progresivamente de lo inestable a lo estable: comienza por los recuerdos recientes que, mal fijados en los elementos nerviosos, rara vez repetidos y por consecuencia débilmente asociados con los otros, representan la organización en su grado más débil, ella termina por esa memoria sensorial instintiva que, fijada en el organismo, convertida en una parte del mismo, representa la organización en su forma más enérgica. Del término inicial al término final, la marcha de la amnesia, regulada por la naturaleza de las cosas, sigue la línea de la menor resistencia, es decir, de la menor organización".

"La señora de S. vive, psicológicamente, más en el pasado que en el presente, como todos los viejos, porque ese pasado está nutrido de recuerdos bien grabados, bien tejidos, y que despertaron una vibración emocional más profunda. Así se explica que, haciendo un análisis retrospectivo en su ancianidad, dijera Rousseau: "Los objetos producen en mi espíritu menos impresión que los recuerdos". Y lo mismo Amiel, a la misma edad: "Yo tengo la emoción retrospectiva".

El proceso perceptivo se efectúa en forma lenta. Existen percepciones visuales inexactas, lo que da origen a ilusiones. No hemos podido constatar alucinaciones (percepciones imaginarias). La asociación de las ideas en sus tres grandes formas: por contigüidad, por semejanza y por contraste, es pobre y perezosa, pero abarca todos los elementos psicológicos: ideas abstractas e imágenes concretas, imágenes de la misma especie e imágenes de especies diferentes, emociones, sentimientos, movimientos, etc. No existe ni incoherencia, ni confusión mental, ni ideas delirantes de cualquiera de las tres grandes categorías: melancólicas, de persecución o de grandeza.

Su vida afectiva tiene caracteres salientes de anormalidad. Sucede con los sentimientos lo mismo que con los fenómenos intelectuales. Sufren una represión obedeciendo a la misma ley de Ribot. Los sentimientos altruistas desaparecen primero; luego los egoaltruistas y sólo quedan los egoístas más inferiores. Dice Breuler que "los enfermos seniles no sienten como los sujetos normales, porque no llegan a percibir y a comprender gran número de hechos que son, en cambio, observados por éstos". El déficit intelectual y afectivo es paralelo. La señora no se preocupa sino de su persona y de los muertos: "Yo deseo tener dinero –nos decía en la última entrevista– para hacer decir misas para mí y para mi finado esposo". No le interesan ni le conmueven las alegrías y los dolores ajenos. No tienen resonancia emocional profunda en su espíritu, porque las puertas de su entendimiento no están bien abiertas. Pero un hecho debe detenernos, además de la superficialidad de sus emociones: "la inconsecuencia de su actitud afectiva". El cambio de sus sentimientos respecto a personas y cosas es tan brusco como lógico. De la confianza, la gratitud, el

respeto y el amor más extraordinarios, ha pasado al aborrecimiento, la desconfianza, la calumnia y el odio más tenaces y viceversa. Llama la atención su "debilidad irritable". Tiene períodos en que los hechos más insignificantes la encienden en turbulenta cólera. Protesta contra el servicio, protesta contra los alimentos, protesta contra las visitas, protesta contra los vecinos. Pero además de la cólera, hay otra emoción que suele agitarle durante la noche: el miedo. Antes de acostarse registra minuciosamente todos los rincones de la casa y se detiene en el examen de espacios donde es imposible la ubicación de un hombre. La impaciencia, el mal humor y la irritabilidad no han llegado, sin embargo, a producir impulsos o violencias peligrosas.

Llegamos a un punto esencial de la psicología de nuestra examinada. ¿Cuál es el estado de su juicio? ¿Qué influencia pueden tener en su elaboración el debilitamiento de su atención, su amnesia anterógrada y la parálisis de su afectividad? La consecuencia lógica, que, en la mecánica del espíritu, traen la disprosexia y la falta de la fijación de las imágenes, es la lentitud del proceso ideativo y la dificultad de la comprensión. En nuestra examinada predominan los juicios elementales y rudimentarios. Abundan los juicios espontáneos e intuitivos sobre los reflexivos o comparativos. El nivel de los razonamientos desciende poco a poco y las contradicciones y los sofismas aparecen cuando se prolonga durante un tiempo la conversación.

Le decíamos a la señora que el único móvil que sospechábamos en la actitud de la hermana al internarla en una casa de reposo era mejorar su estado nervioso y que dicho internado le costaba más del doble de la pensión que le pasaba para alquilar un departamento. Nos contestó "que la había internado para no molestarse en salir de garantía". "Que ella le molestaba con sus mudanzas y que cansada de salir de fiadora la había colocado en un manicomio". En una ocasión nos dijo "que su hermana se había portado generosamente con ella". Pocos días después nos manifestó "que era la mujer más avara y mala que había conocido".

Refiriéndose a las cualidades morales de los médicos nos dijo "que los antiguos galenos eran unos caballeros, que procedían siempre con honestidad y altura", sin apercibirse que ese juicio podía molestarnos. No llega nuestra examinada a comprender la significación humorística de un dibujo o de una frase, si nosotros no insistimos en que fije repetidamente su atención.

Si estudiamos las manifestaciones de la voluntad de la señora de S. comprobamos que ésta voluntad claudica progresivamente. Esta claudicación volitiva traduce los trastornos de su inteligencia, y de su afectividad. No olvidemos que en todos los estados de conciencia existe un elemento representativo que conoce, un elemento afectivo que siente y un elemento volitivo que quiere. La volición resulta, empero, del conocimiento y del sentimiento. Existiendo en esta enferma una disminución de su juicio y una afectividad cristalizada; es lógico constatar una abulia. Abulia por insuficiencia de la deliberación, por falta de decisión y por parálisis afectiva. La debilidad de su voluntad se registra en sus dos formas: en la forma positiva que es el querer y en la forma negativa que es el no querer. Se deja gobernar fácilmente por las personas que le rodean y realiza los actos que éstas le sugieren. "Yo soy así, no puedo resistir cuando me piden una cosa". "Me

dicen que firme un papel para arreglar un asunto y yo lo hago", "Me pidieron que les regalase algunas alhajas y les regalé los juegos de plata maciza de mi comedor". "También les regalé unos preciosos solitarios que dicen que valen algunos miles de pesos". Así se ha desprendido de valiosas alhajas y de otros objetos de arte, restos del naufragio de su antigua casa. Después de estas donaciones que revelan su sugestibilidad, ella misma se percibe de su blandura y considera "que es una picardía lo que han hecho". Ha soportado, sin embargo, estos pseudo despojos, por timidez y por miedo al abandono.

El estudio médico psicológico que hemos efectuado en nuestra examinada, nos permite entrar en la discusión del diagnóstico y de su capacidad civil.

Discusión

Vejez y capacidad civil

El estudio médico legal de la vejez abarca interesantes y arduos problemas de orden clínico, psicológico y jurídico. La vejez ha tenido detractores pertinaces y apologistas apasionados, porque los primeros no vieron más que sujetos inválidos e inútiles, sumergidos en el crepúsculo de la senilidad mórbida o de la noche implacable de la demencia. Mientras que las segundas contemplan ancianidades gloriosas, iluminadas por la luz de la sabiduría, de la experiencia y de la bondad. Unos y otros tuvieron visiones particulares que les impidieron resolver el problema en su totalidad. Unos y otros fueron injustos, porque unos y otros tuvieron la mitad de la verdad. Entre los dos extremos, entre los ancianos que han vuelto a la infancia y los ancianos lúcidos y capaces, existe, una zona intermedia que es una realidad clínica y psicológica. Son precisamente los sujetos que están en los límites de esta zona intermedia con las zonas de luz y de las sombras, con la normal y la francamente patológica, los que suscitan interminables controversias. Se trata, en estos casos, de lo que podríamos llamar una "cuestión de límites", entre lo psicológico normal y lo psicológico mórbido.

El primero que estudió bajo el punto de vista médico legal estos tres estados fue Legrand du Saulle, el más eminente médico-legista del siglo pasado. El distinguía el estado fisiológico, el estado mixto y el estado patológico. En el estado fisiológico la mentalidad del viejo no tiene mayor poder de asimilación, pero su nivel no ha descendido, y puede todavía, bajo ciertos estímulos, ascender, a un alto grado. "El viejo es fino, penetrante, sagaz, reflexivo y prudente –dice Legrand du Saulle– circunspecto, desconfiado, meticoloso, instruido por la experiencia, fortificado por las pruebas, alumbrado por el conocimiento de los hombres y de las cosas, no sacrifica: nada a la quimera, tiene horror a lo desconocido, prevé el porvenir con cierta exactitud". En estos viejos parece que la arteriosclerosis se hubiese detenido a las puertas del cerebro, desde que cada órgano tiene su edad, en un mismo individuo. Advierte Grasset que no es raro encontrar un cerebro de 50 años y arterias de 70, en un hombre cuyo, estado civil es de 60 años. El aparato circulatorio suele ser atacado antes que el cerebro. Se explica esta predilección por los grandes aparatos, porque envejecen más pronto los que más rápidamente

llegan a su completo desarrollo. El cerebro es el último en envejecer en el hombre que envejece normalmente. Por eso la longevidad intelectual suele superar la longevidad somática. Numerosos ejemplos se pueden citar de hombres ilustres que vivieron edades avanzadas en plena actividad intelectual. En 1900, el Instituto de Francia, contaba con un nonagenario, 21 octogenarios y 89 septuagenarios. Los médicos prácticos tienen un alto índice de mortalidad en la mayoría de los países, pero hay que exceptuar a los médicos-legistas; Louis (Antonio) murió a los 69 años, Chaussière a los 82, Devergie a los 81, Tardieu a los 61, Tourdes a los 90, Brouardel a los 69, Lombroso a los 73, Thoinot a los 57. Los jurisconsultos arrojan un término medio de 70 años. Los humoristas, los filósofos y los historiadores son longevos. Guizot, a los 83 años escribió los cuatro primeros volúmenes de la "Historia de la Francia contada a mis nietos". Ante estos ejemplos de vejez fisiológica y de gran lucidez mental, recordamos las palabras de Cicerón: "Se dice que la vejez nos hace incapaces para nuestros asuntos. ¿Cuáles? Los que interesan a la juventud y exigen fuerza; ¡pero ninguno de los otros puede dejar de realizarlos un anciano con el espíritu sano en un cuerpo debilitado!".

El estado mixto corresponde a esa zona intermedia entre lo fisiológico y lo patológico. Ese estado no es la normalidad y la salud, pero tampoco puede considerarse como el desequilibrio psíquico y la alienación. "En los ancianos –decía Charcot– el estado fisiológico y el estado patológico parecen confundirse por transiciones insensibles". Es este estado de transición, este crepúsculo con mayor o menor claridad el que suscita ardientes controversias médico legales. No hay en el estado mixto la integridad de las facultades mentales; es evidente, en cambio, la viscosidad mental; pero no es posible afirmar la demencia senil. Limitación del campo de las ideas misonéismo por inadaptación al presente; dismnesia de fijación y evocación; repetición monótona de las mismas viejas historias; adherencia intelectual y afectiva a las pequeñas, cosas en detrimento de las grandes y realmente importantes; carácter apático o turbulento; voluntad debilitada en el esfuerzo y en la inhibición; fácil sugestibilidad del medio ambiente; tales los rasgos psicológicos del estado mixto. ¿Y a un anciano con este obscurecimiento inicial de la conciencia, que camina a tientas por la vida, que se deja guiar en uno u otro sentido, podemos considerarlo capaz? Si clínicamente no es todavía un alienado, ¿podemos concederle todos los atributos de la capacidad. O con el objeto de protegerlo de la voracidad de los parientes, del despojo de los servidores, de las sugerencias de los interesados, ¿debemos declararlo insano, y absolutamente incapaz? Esta alternativa dolorosa es la que, desgraciadamente, plantea a los peritos nuestro Código Civil.

El problema lo resuelven fácilmente aquellas legislaciones que han adoptado el principio de la graduación de las incapacidades, graduación de las incapacidades que implican adaptar las normas jurídicas a las realidades clínicas. Los estados de semi-alienación son de una evidencia que sólo con sofismas es posible discutirlos y a ellos deben corresponder las normas de la semi-interdicción que existen en las legislaciones civiles de Francia, Alemania, Suiza, Italia, etc. En el caso particular de la vejez, los tres estados de Legrand du Saulle, el fisiológico, el mixto y el patológico, corresponden respectivamente, a la capacidad, a la semi-interdicción con el con-

sejo de familia y a la incapacidad absoluta. Entre nosotros el doctor Raitzin, y en el Perú el jurisperito Núñez Valdivia, han propuesto una medida más radical que debiera tenerse presente en las modificaciones que se proyectan en el nuevo Código Civil Argentino: establecer un límite para el ejercicio de la capacidad a los ancianos de edad propecta, del mismo modo que la establecida para la mayor edad. Propone el doctor Núñez Valdivia la edad de 80 años, como límite para el ejercicio de la capacidad, pasada la cual el anciano queda interdicto sin previo juicio. Cuando a pesar de esa edad el anciano conserva su integridad mental, propone un juicio de comprobación de la capacidad.

El problema de la psicología clínica, en el caso de la señora de S., consiste en determinar si se halla en el estado mixto o si se encuentra en la demencia senil. Es indudable que la examinada ha pasado ya los límites de la zona intermedia. El edificio de su personalidad mental se va disgregando desde la cúspide a los cimientos. Sólo el aspecto exterior puede engañar a los inexpertos, por su modo habitual de vida, su vestimenta correcta, el juego mecánico de sus gestos, la marcha fisiológica dentro de su edad, el lenguaje fácil, la cortesía estereotipada por el tiempo. Todo eso persiste gracias al automatismo psicológico. Es la fachada exterior del edificio mental que oculta la ruina y el derrumbe interior. Es la máscara sonriente que la cultura, la educación y el automatismo colocan delante de la miseria psicológica. ¡Cuántas veces el descenso del nivel intelectual, la parálisis afectiva y la apatía moral imprimen un sello de serenidad, de calma y de placidez en el rostro de los ancianos, dándonos la ilusión de estados de alma tan distintos de la realidad!

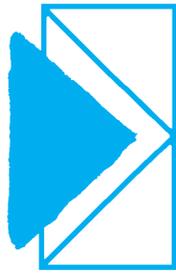
El debilitamiento progresivo de su memoria, que la lleva cada vez más lejos en el pasado y le hace abandonar el presente, con los riesgos para la tranquilidad y seguridad de su vida actual; el debilitamiento de su atención espontánea y voluntaria que contribuye a crearle ilusiones de la memoria y cometer errores de juicio sobre personas y cosas; el cambio lógico y brusco de sus actitudes afectivas y el desarrollo cada vez más lujurioso de los sentimientos egoístas; su voluntad espasmódica por debilidad y sugestibilidad crecientes; el dominio tiránico del instinto de conservación, que se traduce por la gula y la avaricia; el insomnio nocturno y la somnolencia diurna que expresan la ansiedad y el embotamiento: todo esto es el cuadro típico de una demencia senil en su primer período. Estos síntomas han de acen-



tuarse más tarde y el cuadro clínico se hará más sombrío. Pueden aparecer también, como consecuencia de su arteriosclerosis, accidentes cerebrales, e igualmente germinar, sobre ese terreno demencial en formación, diversas formas delirantes. Algunas veces la integridad relativa de los grandes aparatos, sostenidos por una severa higiene, prolongan la vida del enfermo durante años. El organismo es entonces un barco viejo que navega sin timón ni gobierno. Y después del aniquilamiento, absoluto de la inteligencia, llega la caquexia orgánica que es el último acto del drama biológico.

Conclusiones

- I. La señora D. C. de S. se encuentra afectada de alienación mental que reviste la forma de demencia senil (Primer período).
- II. La señora D. C. de S. es civilmente incapaz y todas las medidas legales de protección están justificadas.
- III. El estado actual de la señora de S. no exige su internación. Puede ser tratada en el medio familiar ■



confrontaciones



**“Cuando la leyenda se convierte en
hecho, publica la leyenda”**
**Estudio de campo sobre aspectos éticos de la
práctica psiquiátrica en la Argentina**

Pedro Pieczanski

*R3 de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Díaz Velez 676 4 “C”, La Lucila, Provincia de Buenos Aires, 4799-4921,
pieczanski@gmail.com.*

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría, Coord. Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. dmatusevich@ciudad.com.ar

Andrés Ragusa

R2 de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Calle 164 n° 2364, Berisso, Provincia de Buenos Aires. (0221)461-4214. andresragusa@hotmail.com

Eric Goyos

Sociólogo. 4865-6555. ericsebas@hotmail.com

Carlos Finkelsztejn

Médico Especialista en Psiquiatría, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires

Resumen

El siguiente trabajo constituye el último de una serie de tres, cuyo objetivo principal consiste en reflexionar sobre la práctica psiquiátrica actual y acerca de las cuestiones éticas que de ella se desprenden. Exponemos los resultados de un estudio de campo, realizado a partir de una encuesta a una población de psiquiatras de la Argentina, que problematiza nuestra realidad intelectual y clínica. Describimos el estado de diferentes características, algunas de las cuales consideramos esenciales para la práctica clínica actual e intentamos determinar la relevancia que poseen para los psiquiatras encuestados la formación y las lecturas en ética, junto con la importancia otorgada a los aspectos sociales y antropológicos de nuestra especialidad en el momento de la atención del paciente.

Palabras clave: Ética – Psiquiatría – Ciencias Sociales – Epistemología – Antropología – Encuesta.

ETHICAL ASPECTS OF PSYCHIATRIC PRACTICE IN ARGENTINA: A SURVEY

Summary

The following paper is the last one of three, whose primary target consists of reflecting on the present psychiatric practice and about the ethical questions that of her are given off. We expose the results of a study, made from a survey to a population of psychiatrists of Argentina that investigate our intellectual and clinical reality. We describe the different characteristics, some of which we considered essential for the clinical practice and tried to determine the relevance that formation and readings in ethics have for the psychiatrists, along with the relevance granted to the social and anthropological aspects of our specialty at the moment of clinical attention.

Key words: Ethics-Psychiatry – Social Sciences – Epistemology – Anthropology – Survey

"He aquí lo que yo he hecho dice mi memoria.
Yo no he podido hacer esto, dice mi orgullo,
que permanece inflexible. Y, en último término,
la memoria es la que cede, más allá del bien y del mal".
F. Nietzsche(10).

Introducción

El siguiente trabajo constituye el último de una serie de tres, cuyo objetivo principal consiste en reflexionar sobre la práctica psiquiátrica actual y acerca de las cuestiones éticas que de ella se desprenden.

En la comunicación inicial realizamos una revisión histórico-bibliográfica que aborda el lugar de la psiquiatría durante la Alemania nazi en la primera mitad del siglo XX, describiendo los programas de higiene racial e indagando en las experiencias y procedimientos utilizados por los psiquiatras de la época para llevarlos a cabo(11).

En el segundo trabajo analizamos la matriz disciplinar subyacente a dichas prácticas, tratando de aportar algunas ideas en la compleja interacción que se establece entre la psiquiatría, las teorías y la ideología. Uno de los ejes de este análisis consistió en que los aspectos éticos de la práctica son de fundamental importancia, ya que la misma se ve influenciada inevitablemente por cuestiones políticas, económicas, sociales e ideológicas, que terminan por enmarcarla y modificarla(12).

Planteamos que en determinados contextos, la posición ética adoptada por el profesional quizás sea el único hilo que lo mantenga unido a una práctica apropiada que ponga en primer plano las necesidades y los derechos de los pacientes como eje fundamental del acto médico psiquiátrico. Estamos de acuerdo con Szasz cuando llama la atención acerca de que ciertos métodos podrían llegar a constituir lo que él dio en llamar "violaciones médicas a la libertad individual"(15) poniendo énfasis en la falta de libertad de los pacientes a la hora de rechazar ciertas prácticas debido a que las mismas están avaladas por el discurso médico dominante.

En el presente trabajo exponemos los resultados de un estudio de campo, realizado a partir de una encuesta a una población de psiquiatras de la Argentina que problematiza nuestra realidad intelectual y clínica. Exploramos la importancia que los mismos le adjudican a la formación y a las lecturas en ética, junto con la relevancia otorgada a los aspectos sociales y antropológicos de nuestra especialidad en el momento de la atención del paciente.

Objetivo

"...es en verdad una situación sin precedentes el que numerosos profetas acreditados por el Estado, en lugar de predicar por las calles, en las iglesias y en otros lugares públicos se arroguen el derecho a soltar desde las cátedras unos veredictos decisivos y en nombre de la ciencia..."
M. Weber 1971(16).

1. Describir en una población de médicos que ejercen la psiquiatría en la Argentina el estado actual de diferentes características, algunas de las cuales consideramos esenciales para la práctica clínica actual: sexo; lugar de trabajo; trabajo en instituciones y tipo de institución;

cargos desempeñados; práctica privada de la psiquiatría; títulos que posee; años de ejercicio de la psiquiatría; antecedentes de formación en ética, filosofía, sociología y antropología.

2. Determinar a partir de los datos obtenidos la relevancia que poseen para los psiquiatras encuestados las siguientes áreas:

- Educación continua con especial énfasis en los aspectos éticos
- Percepción del espacio concedido a las minorías, el rol de los estereotipos y la marginación.
- Recepción crítica del discurso científico dominante.
- Relación entre las prácticas y el contexto político y económico.

Consideramos que dichos enfoques atraviesan la trama psiquiátrica influenciando ineludiblemente nuestra actividad.

Material y métodos

"¿...se trata de fraudes conscientes, de autoengaño o, tal vez, de una mezcla de ambas cosas?"
A. Sokal, J. Bricmont, 1999(14).

El presente es un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se utilizó una encuesta escrita, autoadministrada y anónima, con un cuestionario estructurado con 22 preguntas (cerradas y abiertas) diseñadas *ad hoc*, que indagaban las siguientes variables: sexo; lugar de trabajo; trabajo en instituciones y tipo de institución; cargos desempeñados; práctica privada de la psiquiatría; títulos que posee; años de ejercicio de la psiquiatría; antecedentes de formación en ética, filosofía, sociología y antropología (ver Encuesta).

La encuesta se repartió a 500 médicos que ejercen la psiquiatría, asistentes al XX Congreso Argentino de Psiquiatría, organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) realizado en la ciudad de Mar del Plata entre los días 22 y 25 de Abril de 2004, cifra que corresponde a más de un 10% de la población de psiquiatras del país*.

La encuesta era entregada por un encuestador, debía ser completada por el/la psiquiatra en el momento y ser devuelta inmediatamente.

No era necesario que todos los ítems fueran respondidos para incluirla en el análisis; fueron excluidos del estudio los médicos que se negaron a participar, así como también fueron eliminadas del análisis las encuestas no devueltas o aquellas entregadas luego de pasada una hora o más.

La pregunta constituida por libros y/o autores apócrifos fue creada tomando como guía una experiencia llevada a cabo por Sokal; este autor publicó en el año 1996 en la revista *Social Text* un artículo llamado "Transgredir las fronteras: Hacia una hermenéutica transformadora de la gravedad cuántica" que consistía según sus propias palabras en "...una parodia del tipo de trabajo que han venido proliferando en los últimos años a una revista cultural americana de moda"(14).

Dicha publicación estaba plagada de absurdos, no tenía lógica alguna y carecía del más absoluto sentido. Así

* Cifra referida por el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro, el domingo 6 de junio de 2004, en el diario *Página 12* (página 20).

y todo fue aceptada y publicada, generando una gran polémica y un gran escándalo en diversos ámbitos intelectuales que aun hoy persiste; es preciso aclarar que si bien compartimos con él su inquietud acerca de la evolución actual del conocimiento científico para nada acordamos con las críticas que vierte en otros textos de su autoría sobre las ciencias sociales*.

García Canclini relata otra experiencia similar realizada por Bon Bonzá, doctor en Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, quién envió a varios congresos tres ponencias con nombres falsos, párrafos plagados de insultos racistas escondidos en citas en alemán. Uno de los firmantes era un supuesto profesor titular de la inexistente Universidad politécnica de Münchengladbach. Al develar el plagio, dijo que los trabajos, aceptados por comités de especialistas y editados en los CD-Rom de tres universidades importantes, revelaban "los teatros inverosímiles en que se han convertido las ferias de vanidades académicas"(4).

Resultados

"...hay una minoría apreciable de intelectuales humanistas que se cree facultada para pontificar sobre estos temas a pesar de su ignorancia confiando, quizás, en que sus lectores sean igualmente ignorantes"
C. Snow, 1963(13).

En la redacción de los resultados los porcentajes que se presentan entre corchetes, corresponden a los que no han respondido ese ítem. Se encuestaron un total de 500 médicos, 153 encuestas fueron eliminadas del análisis.

Del total de los incluidos (n=347), el 46% eran hombres y el 50% mujeres [4%].

El 58% ejerce su profesión en la capital federal o el gran Buenos Aires y el 37% en el resto del país [5%]. El 86% (n=299) trabaja en instituciones, 51% lo hace en instituciones privadas, 17% en públicas y 32% en ambas, desempeñando el cargo de jefe de servicio en un 13%, jefe de área 13%, médico de planta 27%, residente 21% y otros cargos en un 13% [13%].

El 77% del total de los encuestados analizados (n=347) trabaja de forma particular, mientras que el 19% no [4%].

El 50% posee título de especialista en psiquiatría, el 18% de médico psiquiatra, 10% de psicoanalista, 18% otro título y el 1% el título de Médico [3%].

El 33% ejerce la psiquiatría desde hace 1 a 5 años, el 14% desde hace 6 a 10 años y 49% desde hace más de 11 años [4%].

El 82% consideró a la ética como muy importante para su práctica clínica, el 14% como bastante importante, 1% algo importante [3%]; el 63% contestó afirmativamente haber recibido contenidos de ética durante su formación, mientras que el 36% nunca los había recibido [1%], consistiendo dicha formación en lectura

* El mismo Sokal manifestó en una entrevista reciente que "...tengo que subrayar que la gran mayoría de investigadores en ciencias humanas ha sabido hacer un trabajo serio y no cayó en palabrerías vacías. El libro que escribí con Bricmont no constituye en ningún modo una acusación contra las ciencias humanas, sino que es una denuncia específica de abusos cometidos por determinados intelectuales" [*N Revista de Cultura*, 16 de abril 2005-04-18, Pág. 30].

personal en un 88%, materias de pre o postgrado en un 70%, 70% en charlas aisladas, 56% en cursos y 35% en grupos de estudios*. Se obtuvieron 79 respuestas sobre libros o autores de ética que hayan sido leídos por los encuestados; el 45% del total (n=347) mencionó conocer libros que no existen.

El 43% de la muestra tuvo que cursar materias en el grado o en el postgrado de filosofía, sociología o antropología y 56% no [1%]. El 60% las considera muy importantes para su práctica clínica, 32% bastante importantes, 6% algo importantes, 1% poco importantes [1%].

El 66% de los médicos consideró que los valores, creencias e ideas personales influyen en la atención psiquiátrica de la misma manera que en la atención médica general, mientras que 33% considera que influyen de manera diferente [1%].

Con respecto a la formación y actualización permanente el 32% realiza cursos 1 vez al año, 41% 2 ó 3 veces al año y 21% más de 4 veces al año (6%); el 95% reflexiona sobre sus prácticas de forma habitual y 1% no lo hace [4%]. El 78% intercambia opiniones sobre aspectos de su práctica terapéutica (medicamentos, tratamientos, investigaciones) con otros colegas de forma habitual, 17% a veces y 1% nunca intercambia opiniones sobre dichos temas [4%]. El 34% utiliza los libros como principal medio de información el 15% las revistas científicas, 7% Internet, 6% los congresos, 4% los boletines y 4% se informa principalmente por otros medios [30%].

El 18% respondió que siempre obtienen consentimientos informados de sus pacientes, 23% la mayoría de las veces, 39% a veces y 18% nunca [2%].

El 29% de los encuestados considera la visión psicodinámica como la más importante al atender un paciente, el 18% a la perspectiva biológica, 12% al enfoque psicoanalítico, 9% a una visión cognitiva, 5% a la orientación farmacológica y 2% a la genética [25%].

Discusión

"Si no conoces la respuesta, discute la pregunta"
C. Geertz,(5)

Si bien la muestra no es representativa ya que para su confección no se realizó randomización, debido al importante número de encuestas realizadas que alcanzan el 10% de los psiquiatras del país, nos permite obtener algunos datos importantes para su análisis y esbozo de hipótesis provisionarias.

La mayoría de los psiquiatras encuestados son mujeres, que ejercen en la Capital Federal o el gran Buenos Aires, que trabaja tanto en instituciones como de forma particular y posee título de especialista en Psiquiatría.

Nuestro trabajo muestra que solamente el 10% no trabaja en alguna institución, lo que podría deberse a la inmensa cantidad de instituciones dedicadas a la salud mental en nuestro país o a que los profesionales que trabajan en instituciones concurren más a los congresos. Este dato refleja la gran atomización que existe en el campo *psi* por lo que es imprescindible tenerlo en cuen-

* Los porcentajes suman más de un 100% porque se admitía para este ítem más de una respuesta.

ta debido a que cada escuela posee su línea teórica, su institución, sus centros de formación, sus líderes de opinión y sus libros de difusión que influyen en la tarea del clínico.

Los resultados revelan claramente que si bien los encuestados consideran a la ética importante para la formación profesional (96%), o muy importante en un 82% del total, sólo el 63% recibió durante su formación contenidos de ética, siendo las lecturas personales el principal medio de estudio (88%); a pesar de esto, finalmente solo 63 encuestados, sobre un total de 220 que recibieron contenidos sobre ética (28%), pudieron citar algún libro o autor de esas lecturas realizadas. Es importante recalcar que el 45% del total de encuestados (n=347) mencionó conocer libros que no existen, porcentaje que aumenta considerablemente si tomamos solamente a los 220 que recibieron formación.

Esto tal vez pueda deberse a una dificultad para reconocer que si bien la ética es considerada importante, no es donde se hace hincapié, lo que se enmarca en lo planteado previamente sobre la adherencia a las modas científicas como criterio de formación(12).

Es posible que el anonimato de la encuesta haya facilitado la aparición en los encuestados de una desresponsabilización de sus respuestas; estos datos llevan no solamente a plantear la posibilidad de desconfiar de los mercados –aún en los de bienes científicos como plantea Bonzá(4)– sino también de la propia subjetividad de los sujetos.

En relación con la educación continua es interesante destacar que a pesar de la proliferación de Internet y de diferentes boletines informativos, siguen siendo los libros la principal vía para la formación –el 62% de los encuestados además realiza 2 o más cursos por año– e intercambiar opiniones con otros colegas es una práctica habitual en el 78%. La consulta con otros colegas es una de las herramientas más importantes para prevenir el abuso por parte del psiquiatra e implica un control externo a nuestra actividad individual, lo mismo que la práctica de la supervisión; otra herramienta para fortalecer dicho control necesario es el consentimiento informado; actualmente aun más de la mitad de los profesionales no lo toman en cuenta en su práctica habitual. Si bien el auge de la utilización del mismo surge desde la medicina defensiva, creemos que es momento de reforzar la discusión sobre los mismos, desde una visión social y disminuir así el riesgo que tenemos de participar del *continuum* de abuso planteado por Kleinman(8). La supervisión individual e interna mediante la reflexión sobre nuestras conductas es necesaria pero no suficiente; la psiquiatría necesita control externo, no puede establecer sus propias normas éticas. No es una cuestión de paradigma o política sino de la práctica cotidiana.

La biologización de la psiquiatría y el considerarla una rama más de la medicina como plantean los postulados del "neokraepelinismo"(9), neutraliza las diversidades y vuelve trivial los aspectos sociales de nuestra profesión. Esto podemos apreciarlo con claridad en nuestro estudio, cuando vemos que para el 66% de los encuestados, los valores y creencias personales influyen en la psiquiatría de la misma manera que para la práctica de la traumatología, urología o el resto de las especialidades médicas.

Llama la atención que poner un yeso o evaluar una

placa de tórax impliquen los mismos valores en juego que los involucrados en la escucha psiquiátrica que puede determinar la competencia de una persona, su estatus social, la pérdida de su libertad y colaborar hasta con imposibilitarle de hacer uso de sus bienes.

Al momento de atender a un paciente solamente el 18% considera la perspectiva biológica como la más importante, contradiciendo aquello de que el centro de gravedad de un médico que ejerce la psiquiatría debería descansar sobre los aspectos biológicos de las enfermedades mentales(7). Kleinman es terminante cuando plantea que uno de los objetivos claves de la biologización de la especialidad consiste en reivindicar a la psiquiatría elevándola desde el estatus marginal que ocupa dentro de la profesión médica(8). La importancia de los vínculos entre la práctica y el contexto político-económico que la rodea, queda evidentemente jerarquizado en este estudio ya que el 83% de los encuestados trabaja en instituciones privadas y el 26% desempeña cargos de jefaturas de servicios y de áreas, debiendo bregar entre los imperativos éticos, lo ventajoso para las necesidades y demandas del paciente y sus responsabilidades con la institución; el riesgo está implícito en que las prioridades institucionales se vuelvan rutinarias.

La formación en ciencias sociales es aún más baja que la formación en ética dentro de los encuestados ya que si bien el 92% las consideró importantes para su práctica cotidiana, solo 43% recibió algún tipo de formación en dichas áreas. Creemos que una perspectiva médica aislada, no vinculada con los aspectos socio-antropológicos, restringe de una forma importante las posibilidades de intervención clínica. Varias de las herramientas que nos aportan las ciencias sociales las utilizamos de forma cotidiana aún sin darnos cuenta, pero habitualmente caemos en el reduccionismo de creer que lo útil de las ciencias sociales puede ser adquirido de forma intuitiva por cualquier médico "sensible"(8).

Conclusión

"...y es que el objeto natural no coincide, no suele coincidir, con el objeto de ciencia.

Pero si el objeto de ciencia es uno tan proteico como la "conducta humana anormal", la complejidad cede su asiento a la desesperación."

P. R. Gorostiza, C. R. Altable(6).

Si bien en nuestra muestra podemos concluir que la formación en ética y en los aspectos sociales de nuestra actividad es aún deficitaria y que los impulsos biologizantes no han logrado captar la preferencia de la mayoría, no podemos extrapolar estos datos a la totalidad de la población de médicos que ejercen la psiquiatría en el país ni compararla con alguna otra muestra ya que no hemos encontrado estudios previos que indaguen sobre estos aspectos de la práctica con esta metodología.

La manera elegida comprendió un análisis histórico junto con la implementación de una encuesta, métodos que inevitablemente reflejan o construyen solamente una parte de la realidad.

La práctica clínica contemporánea de la Psiquiatría abarca actividades tan diferentes como la farmacología, la estadística, la epidemiología, las psicoterapias, el derecho o el estudio de imágenes cerebrales; todas manejan con-

ceptos y métodos muy disímiles(6). La educación continua de los psiquiatras debería abarcar las especialidades descritas, entre otras; muchos de los contenidos están satisfechos según los datos obtenidos, sin embargo es pobre la relevancia otorgada en la formación a los aspectos éticos o a diferentes ramas de las ciencias sociales como la filosofía, sociología o antropología. La crisis paradigmática que atraviesa la especialidad tal vez se manifiesta en el terreno de la ética, área donde las respuestas de los médicos reflejan las contradicciones y debilidades en las que se halla inmerso nuestro campo de trabajo.

Una de las características salientes de la formación en nuestra especialidad es la falta de sistematización y una de sus consecuencias no menores es, según nuestro criterio, la adherencia a los "saberes de prestigio" o paradigmas dominantes construidos en los centros de poder médico, de manera acrítica y sin tomar en cuenta las diversidades regionales y la subjetividad propia de nuestro campo de estudio. El sociólogo francés Pierre Bourdieu introduce en su obra de 1975 "El oficio del sociólogo" el concepto de vigilancia epistemológica; el autor explica que dicha vigilancia consiste en que el científico (en nuestro caso podemos agregar al clínico) debe interrogarse sobre la eficacia y el rigor formal de las teorías y los métodos y examinarlos para determinar los efectos que producen en su horizonte de intervención(1).

En nuestra muestra es muy relevante la vinculación entre las prácticas y el contexto político y económico en el que se llevan a cabo por la gran cantidad de encues-

tados con cargos en instituciones, por lo que se convierte en un ítem central el monitoreo de la tensión e interacción que se produce entre los principios de ética individual (que involucra tanto a decisiones clínicas como a las relaciones que se establecen, por ejemplo, con la industria farmacéutica) y los principios de ética social (que ponen en juego cómo se distribuyen los fondos que financian investigaciones o los gastos en los diferentes programas de salud mental).

Consideramos que el análisis de los datos nos habilita a cuestionar, junto con Ramos Gorostiza y Rejon Altable que la especialidad psiquiátrica actual no es el resultado de una evolución producida por el vertiginoso avance de las ciencias básicas del cerebro y la conducta(6); más bien consideramos que el pensamiento actual acerca del oficio del psiquiatra es un conglomerado de luces y sombras que en algunos casos pareciera tener "licencia para la frivolidad", negando el sentido histórico de cualquier práctica para obtener el dudoso premio de una identidad pensada y construida por otros.

Si, como plantea Foucault, al hecho de que el propio saber médico entraña un riesgo para el ser humano(3), agregamos que el mismo muchas veces se ve inadecuadamente influenciado por factores internos y/o externos a las ciencias médicas, y tomando en cuenta, además, la falencia que implica una deficiente formación en los aspectos éticos de nuestra actividad, tal vez podamos, a través de estas observaciones y de los supuestos antes planteados, continuar en el análisis de la crisis del paradigma psiquiátrico actual ■

Referencias bibliográficas

- Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *El oficio del sociólogo*, México, Siglo XXI, 1987.
- Eyman S, Duncan P. (Ed) *John Ford, Filmografía completa, Las dos caras de un pionero 1894-1973*, Barcelona, Taschen, 2004.
- Foucault M. *La vida de los hombres infames*, La Plata, Altamira, 1996.
- García Canclini N. *Diferentes, desiguales y desconectados: Mapas de la Interculturalidad*, Barcelona, Gedisa, 2004.
- Geertz C. *El antropólogo como autor*, Barcelona, Paidós, 1989.
- Gorostiza P, Altable C. *El esquema de lo concreto, Una introducción a la psicopatología*. Madrid, Triacastela, 2002.
- Hoff P. La psiquiatría como ciencia clínica: De Emil Kraepelin al neokraepelinismo, *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, 2004;XV(55):42-47.
- Kleinman A. *Rethinking Psychiatry, From cultural category to personal experience*, New York, The Free Press, 1991.
- Klerman G. "The evolution of a scientific nosology". En: Shershow JC, *Schizophrenia: Science and Practice*. Harvard University Press, 1978.
- Nietzsche F. *Aforismos*, Barcelona, Edhasa, 1994.
- Pieczanski P, Blanco M, Ragusa A, Matusevich D, Finkelsztein C. Primero no dañar: el rol de la psiquiatría durante la Alemania Nazi (I), *An. Psiquiatría* (Madrid), 2004;20(1):36-40.
- Pieczanski P, Matusevich D, Blanco M, Ragusa A, Finkelsztein C. Teoría e ideologías: el rol de la psiquiatría durante la Alemania Nazi (II), *An. Psiquiatría* (Madrid) 2004;20(6):282-5.
- Snow C. *The two cultures: and a second look*, New York, Cambridge University Press, 1963.
- Sokal A, Bricmont J. *Imposturas intelectuales*, Barcelona, Paidós, 1999.
- Szasz T. *La teología de la medicina*. Archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura (Madrid) 1996;25:47-50.
- Weber M. *Sobre la teoría de las ciencias sociales*, Barcelona, Península, 1971.



Proyecto ATUEL
Estudio, Prevención, Diagnóstico
y Asistencia de las Adicciones
Asoc. Civil s/f.d.l.

- ✓ Tratamientos Ambulatorios
- ✓ Consultorios Externos ampliados
- ✓ Centro de Día
- ✓ Atención médica, psicológica y ocupacional
- ✓ Prestador de organismos gubernamentales

Dirección Médica: Dr. Martín Porthé
Director de Programa Terapéutico: Lic. Gabriel Mattioni
Área Psicosocial: Lic. Liliana Paganizzi, T.O.

Correa 2520. Ciudad de Bs. As. Telefax: 4702-8739
E-mail: lacasa2520@hotmail.com

Variable	Resultados* (n=347)						
	1	2	3	4	5	6	
Enfoque según escala de importancia al atender pacientes	Biológico	18	19	10	14	9	6
	Cognitivo	9	11	17	15	14	8
	Genético	2	5	11	13	17	27
	Farmacológico	5	15	19	18	11	7
	Psicoanalítico	12	12	10	10	14	17
	Psicodinámico	29	13	8	5	10	10
	No sabe/No contesta	25	25	25	25	25	25
Recibió contenidos sobre ética	Si						63
	No						36
	NS/NC ****						1
En que consistió dicha formación**	Cursos de ética						56
	Grupos de estudio						35
	Lectura personal						88
	Materias (pre/posgrado)						70
	Charlas aisladas						70
	NS/NC						58
Cuáles de estos libros conoce***	A						9
	B						12
	C						10
	D						22
	E						8
	F						1
	Ninguno						55
Cuál es la importancia de la ética para la formación	Muy importante						82
	Bastante importante						14
	Algo importante						1
	Poco importante						-
	Nada importante						-
Cursó filosofía, antropología o sociología durante su formación	NC						3
	Si						43
	No						56
	NC						1
Que importancia tienen para su práctica	Mucha importancia						60
	Bastante importancia						32
	Algo de importancia						6
	Poca importancia						-
	Sin importancia						1
	No contesta						1
Los valores, creencias e ideas personales influyen en psiquiatría de la misma manera que en la atención médica general	Si, influyen de la misma manera						66
	No, influyen de manera diferente						33
	NC						11
Frecuencia con la que obtiene consentimientos informados	Siempre						18
	La mayoría de las veces						23
	A veces						39
	Nunca						18
	No sabe/ No contesta						2
Medios a través de los que se informa en escala de importancia		1	2	3	4	5	6
	Libros	34	11	11	6	6	1
	Revistas	15	29	15	8	3	1
	Boletines	4	8	13	17	25	5
	Congresos	6	8	17	24	14	5

	Internet	7	14	13	13	18	1
	Otros	4	-	1	2	4	4
	NC	30	30	30	30	30	30
Frecuencia con la que realiza cursos de formación	Una vez al año	32					
	Dos o tres veces al año	41					
	Más de cuatro veces al año	21					
	No sabe/ No contesta	6					
Suele reflexionar sobre sus prácticas	Si	95					
	No	1					
	No sabe/ No contesta	4					
Frecuencia con que intercambia opiniones con colegas	Habitualmente	78					
	A veces	17					
	Nunca	1					
	No sabe/ No contesta	4					
Sexo	Masculino	46					
	Femenino	50					
	No contesta	4					
Lugar del país donde ejerce	Ciudad Bs.As. y GBA	58					
	Resto del país	37					
	No contesta	5					
Trabaja en alguna institución	Si	86					
	No	10					
	No contesta	4					
En qué tipo de institución	Pública	17					
	Privada	51					
	Ambos	32					
Cargo que desempeña	Jefe de servicio	13					
	Jefe de área	13					
	Médico de planta	27					
	Residente/Concurrente	21					
	Otros	13					
Ejerce la práctica privada	No contesta	13					
	Si	77					
	No	19					
	No contesta	4					
Títulos que posee	Médico	1					
	Especialista en psiquiatría	50					
	Médico psiquiatra	18					
	Psicoanalista	10					
	Otros*****	18					
	No contesta	3					
Tiempo en el ejercicio de la psiquiatría	1 a 5 años	33					
	6 a 10 años	14					
	Más de 10 años	49					
	No contesta	4					
	<p>Resultados pregunta 6 (ver anexo 1): Total de encuestados que respondieron algún libro o autor: 79 No respondieron ningún autor o libro: 268 El análisis por libro o autor excede los objetivos de este trabajo</p> <p>* Los resultados están expresados en porcentaje. ** El total de los resultados suma más de 100% porque se permitía más de una respuesta. *** Para ver a que libro corresponde cada letra remitirse a la encuesta adjuntada a este trabajo como Anexo 1. Los resultados suma más de 100% porque se permitía más de una respuesta. **** NS = No sabe; NC = No contesta ***** Los residentes/concurrentes respondieron en esta pregunta la opción otros o no contestaron</p>						

ENCUESTA

Teniendo en cuenta la participación de Médicos Psiquiatras de todo el país en el XX Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, le pedimos un breve instante de su tiempo para completar en forma totalmente anónima la presente encuesta, con el objetivo de recoger una información que nos permita reflexionar acerca de las condiciones ético-teóricas que acontecen en la práctica cotidiana de la profesión.

1. Ordene los conceptos que se encuentran a continuación con una escala de importancia de 1 a 6 (donde 1 representa lo considerado más importante y 6 lo menos importante), según el criterio que Ud. utiliza al atender a un paciente:

- Biológico (a) Cognitivo (b) Genético (c) Farmacológico (d) Psicoanalítico (e) Psicodinámico (f)

2. Con relación a su formación para la práctica clínica, ¿recibió contenidos sobre ética?

- Sí (a) Pase a la pregunta siguiente No (b) Pase a la pregunta nro. 4

3. ¿En qué consistió dicha formación?

- Cursos de ética (a) Grupos de estudio (b) Lectura personal (c) Materia de pre o post grado (d) Charlas aisladas (e)

4. ¿Cuáles de los siguientes libros sobre ética y medicina conoce?

- "La ética en Psiquiatría en el nuevo Siglo". Demetrio Barcia Salorio (a) "Interface between psychiatry, sociology and anthropology: a common ground". Arthur Kleinman(c) "Ethical dimensions of clinical psychiatry. From molecular to clinical practice". Harold Kaplan-Benjamin Sadock (e)
- "Apuntes para una Psiquiatría ética" Juan Jose Lopez Ibor (Comp.) (b) "Ethics, psychiatry and medicine". Robert Trumphelberg. (d) "Psychiatric ethics: Insanity & rational Autonomy?". Dyer Allen (f)

5. Según su opinión, ¿cuál es la importancia de la Ética para la formación profesional?

- Muy importante (a) Bastante importante (b) Algo importante (c) Poco importante (d) Nada importante (e)

6. Escriba tres libros o autores que halla leído que traten sobre ética y medicina

7. ¿Tuvo que cursar filosofía, antropología o sociología durante sus estudios de grado o postgrado?

- Sí (a) No (b)

8. ¿Qué importancia considera que poseen para su práctica clínica?

- Mucha importancia (a) Bastante importancia (b) Algo de importancia (c) Poca importancia (d) Sin importancia (e)

9. Considera usted que los valores, creencias o ideas personales influyen en la atención psiquiátrica de la misma manera que los valores, creencias o ideas personales influyen en la atención médica general?

- Si, influyen de la misma manera (a) No, influyen de manera diferente (b)

10. ¿Con que frecuencia Ud. obtiene consentimientos informados de sus pacientes?(no tener en cuenta el consentimiento para el uso de clozapina)

- Siempre (a) La mayoría de las veces (b) A veces (c) Nunca (d)

11. Ordene los medios a través de los cuales Ud. se informa habitualmente de las novedades de su profesión con una escala de 1 a 6, dónde 1 representa el medio más utilizado y 6 lo menos utilizado:

Libros (a) Revistas (b) Boletines (c) Congresos (d) Internet (e) Otros (f)

12. ¿Con qué frecuencia Ud. realiza cursos de formación?

Una vez al año (a) Dos o tres veces al año (b) Más de cuatro veces al año (c)

13. ¿Suele reflexionar sobre diferentes aspectos de sus prácticas terapéuticas tales como medicamentos, tratamientos, investigaciones, etc.?

Sí (a) No (b)

14. ¿Con qué frecuencia suele Ud. intercambiar opiniones sobre éstos mismos aspectos con sus colegas?

Habitualmente (a) A veces (b) Nunca (c)

Datos profesionales del entrevistado

15. Marque con una "X" el sexo que corresponda

Masculino (a) Femenino (b)

16. ¿En que lugar del país ejerce?

Capital y GBA (a) Resto del país (b)

17. ¿Trabaja en alguna institución?

Sí (a) Pase a la pregunta siguiente No (b) Pase a la pregunta nro. 19

18. ¿En qué tipo de Instituciones?

Institución Pública (a) Institución Privada (b)

19. ¿Qué cargo desempeña en esa/s Institución/es?(si desempeña más de uno marque todos)

Jefe de servicio (a) Jefe de área (b) Médico de planta (c) Residente/Concurrente (d) Otros (e)

20. ¿Ejerce la práctica privada?

Sí (a) No (b)

21. ¿Qué títulos posee? Si posee más de uno, marque todos los que posea

Médico (a) Especialista en psiquiatría (b) Médico psiquiatra (c) Psicoanalista (d) Otros (e)

22. Indique cuánto tiempo hace que ejerce la psiquiatría:

De uno a cinco años (a) De seis a diez años (b) Once años o más (c)

Muchas gracias por su colaboración



LECTURAS

Perspectivas en Psicología, Revista de Psicología y Ciencias afines, editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, N° 1, 2004, 96 págs.

Con la Dirección de María Cristina Bellocq, y un Comité Editorial formado por Rubén Ledesma, Mercedes S. Minnicelli y, nuestra amiga y autora de un precioso y recordado estudio bibliométrico de Vertex, Patricia Weissmann, apareció, a fines de 2004 el primer número de la revista "Perspectivas en Psicología, Revista de Psicología y Ciencias afines", editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Un nutrido Comité Científico (nacional e internacional) acompaña a la Redacción.

Siguiendo el camino marcado por tan sólo un puñado de Facultades de Psicología de la Argentina que han ido publicando sus revistas en los últimos años (entre las que se cuentan las Universidades de San Luis, Tucumán, Rosario y Buenos Aires), su surgimiento es digno tanto de mención como de celebración. No es casualidad que uno de los centros de investigación en psicología más importantes de la región como lo es la Facultad de Psicología de la UNMDP, cuyos trabajos se publican en revistas nacionales e internacionales, sea promotor de esta magnífica iniciativa.

Como suele suceder con los primeros números de las escasas revistas nacionales de psicología que han ido surgiendo a lo largo del último tiempo, hay que detenerse en su Editorial. En éste nos encontramos con la explicación de su propósito: "La publicación de trabajos origina-

les que representan un aporte empírico, clínico y/o teórico al estado del conocimiento en un área, tema o problema específico de la Psicología y Ciencias Afines. Su creación expresa un posicionamiento institucional activo frente a la producción de conocimiento y a un compromiso con el desarrollo de la investigación y la difusión de sus interrogantes y resultados".

El contenido de los trabajos publicados es coherente con la propuesta editorial y ofrece una variedad de abordajes y temas difíciles de abarcar y justipreciar por un único lector. Sus trece artículos atienden los intereses más diversos (por supuesto la psicología clínica, pero también los bordes y cruces con la sociología, la etnología, la arquitectura y el derecho) conservando la exigencia de un elevado nivel en las producciones publicadas. Sus autores provienen de la Universidad de Mar del Plata, de la Universidad de Buenos Aires, de la de Rosario y de una universidad norteamericana.

Su edición es cuidada, con un buen tamaño y lomo cuadrado, que luce y es práctico a la hora de buscarlo en la biblioteca. La ausencia de propaganda, y por ende de cualquier otra fuente de financiación externa a su venta y al subsidio de la institución que la publica, realza los méritos de la edición y nos invita a centrarnos exclusivamente en su contenido.

El reglamento de publicaciones especifica los cuatro tipos de aportes que se reciben en la revista: 1) artículos de investigación, 2) revisiones, aportes teóricos o metodológicos, 3) reseña de libros y 4) debates. Es algo llamativo que se acepten trabajos en inglés, portugués o francés, además de, por supuesto, en castellano. Para quien desee contactar a la Redacción de Perspectivas en Psicología transcribimos su E-mail: perspect@mdp.uba.ar.

Deseamos a este nuevo emprendimiento cultural la mejor de las suertes y estamos seguros de que pronto se transformarán en una referencia obligada para todos los investigadores de habla hispana de la Psicología y ciencias afines.

Vertex

Alberto Godino, Ana Gómez Centurión, Graciela Richardet (Compil.). **El desembarco, la salud mental en hospitales polivalentes de alta complejidad.** Comunic-arte Editorial, Córdoba, 2004, 168 págs.

Durante la presentación de este libro, en ocasión del reciente Congreso de APSA en Mar del Plata, uno de los panelistas, Armando Bauleo, comentó que se había sorprendido al encontrar un primer Capítulo que no solamente introducía conceptualmente la obra desde una perspectiva técnica sino que estaba realizado con un estilo literario que correspondía al de un excelente escritor. Al leer, posteriormente, este texto, coincidimos plenamente con esa opinión: Alberto Godino escribe esas páginas iniciales transmitiendo una vivencia propia y del equipo de interconsulta del Hospital Italiano de Córdoba que trasluce, de manera bella y comprometida, el atravesamiento cognitivo y emocional que les significó "El desembarco" y el trabajo posterior en esa institución. Godino nos lleva de la mano, fascinados por una escritura colorida y eficaz en las metáforas por esos pasillos y salas en las que "muerte y locura" los habían convocado. Luego viene el meollo de la obra: en "La entrevista de admisión" la Lic. Ana Inés Gómez Centurión, explica los criterios que utiliza y la técnica de dicha entrevista que tiene como objetivo no el de "meter -siempre- al paciente hacia el tratamiento psicoterapéutico" sino el de realizar un "diagnóstico diferencial presun-

tivo", que conduzca hacia un tratamiento psicoterapéutico, a veces indicado, o permita la orientación y derivación a otros servicios del hospital u otras instituciones. En el Capítulo siguiente, partiendo del análisis del complejo chamánico postulado por Levi-Strauss, Mariano Horenstein estudia los sistemas actuales de salud, sus límites y funcionamiento, haciendo hincapié en el fenómeno de transferencia tanto individual como institucional. Lillian Ferreyra da cuenta en dos brevísimos Capítulos (no por breves menos profundos, aunque el lector hubiera querido seguir obteniendo más ideas de la evidentemente experimentada autora) de dos tópicos centrales: "La psicoterapia hoy en

el hospital" y la "Interconsulta". A partir de allí se desgranar una serie de temas que entran en las particularidades de la tarea de interconsulta en un hospital general. Aparecen así, sucesivamente, la "Fecundación asistida. Nuevas formas de abordar la esterilidad", de Gómez Centurión; "El papel de los profesionales de salud mental en el trasplante", de Octavio Gil; "Trabajo social en una unidad hospitalaria de trasplante de órganos" de Marcela Uribe Echevarría; La "Psicooncología" y el "Estrés y [el] cáncer", estudiados por Graciela Richardet, y el "Asma bronquial" de los doctores Graciela Gino de Vucovich y Pedro Vucovich. Sendos Capítulos, de corte terapéutico sobre "Grupos de au-

toayuda en pacientes psicósomáticos", de Gómez Centurión en coautoría con Juan Pedro Baena Cagnani y "Cesación del tabaquismo", de Gabriela Mondino, cierran la obra, que termina con el relato de una experiencia de trabajo educacional –presentado por la psicopedagoga Sandra Cantelmi– en una escuela de la comunidad, realizado desde el Servicio de Salud Mental del hospital. En su conjunto este libro, que viene a ilustrar un tema poco tratado entre las publicaciones argentinas, constituye un aporte singular y necesario cuya lectura y estudio recomendamos calurosamente.

J.C.S.

SEÑALES

V CONGRESO INTERNACIONAL DE TRAUMA PSÍQUICO Y ESTRÉS TRAUMÁTICO

Organizado por la Sociedad Argentina de Psicotrauma (SAPSI)

Afiliada a The International Society for Traumatic Stress Studies

23 al 25 de Junio de 2005

Hotel Sheraton Libertador - Av. Córdoba 690, Buenos Aires - Argentina

"Desde el nombre del Congreso puede advertirse su doble vertiente; el Trauma Psíquico, tema central del psicoanálisis desde hace más de un siglo y el Estrés Traumático, englobando la neurobiología, la terapéutica farmacológica y los tratamientos cognitivo-conductuales y las terapias innovadoras"

Índice Temático: Los Docentes como mediadores de la Salud Mental en Situaciones Críticas y de Desastres – Desgaste Emocional, Traumatización y Síndrome Depresivo en el Personal de Emergencias Sanitarias, de Seguridad y Medios – Impacto acumulativo del "Microtrauma" cotidiano de la emergencia – Programas de Prevención de la Violencia en la Escuela – Derechos Humanos, Tortura y Traumatización – Trauma y Estructuras Básicas de la Personalidad – Prevención e Intervención extra-incidente – Grupos Vulnerables: Infancia y Tercera Edad – Evaluación Diagnóstica: Test y Escalas – Abuso Sexual y Violencia Doméstica – El trauma y los medios de difusión – Memoria Traumática y Disociación – Traumatización Indirecta o Vicaria – Trauma Bélico - Ex Combatientes – Tratamiento Psicofarmacológico – Psiquiatría y Psicología Forense – Inseguridad Urbana y Violencia – Transmisión Transgeneracional – Estrés Docente y Educacional – Desastres y Víctimas en Masa – Maltrato y Abuso Infantil – Abordajes Psicoterapéuticos – Violencia en las Aulas – *Burn Out* y Estrés Laboral – Trauma y Género – Trauma Migratorio – Neurobiología – Duelo y Pérdida – *Bullying, Mobbing* y "Acoso Moral" Laboral

Inscripción e Información General: info@psicotrauma.org.ar - Telefax. (5411) 4903-0493

Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines



“Intervenciones Tempranas Respaldao el Futuro”

11 al 13 de Agosto de 2005

Buenos Aires - Sheraton Hotel

Entre el 11 y el 13 de Agosto de 2005 se realizará en Buenos Aires el XII Congreso de AAPI, Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines.

Su nombre, **“Intervenciones Tempranas Respaldao el Futuro”**, avala la idea de desarrollar formas de Diagnóstico Precoz y Tratamiento Temprano que favorezca un futuro en Salud.

Nuestros disertantes serán integrantes de AAPI Central y de sus sedes Córdoba, Cuyo y Noroeste y colegas invitados de varias instituciones.

Nos acompañarán Profesionales de otras áreas: Pediatría, Neurología, Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, etc.

Psiquiatras de Chile han confirmado su presencia y esperamos que lo hagan otros profesionales de Latinoamérica.

Los temas programados son todas las patologías psiquiátricas de la infancia.

Retardo mental

Trastorno Generalizado del desarrollo

Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Trastorno de Tics

Trastorno del Estado de Animo: Depresión, Bipolaridad

Trastorno de Ansiedad: Fobias, Estrés post Traumático, etc.

Violencia, Maltrato y Abuso

Adopción

Genética y Psiquiatría. Genética y Psicofarmacología

Psicofarmacología

Diagnóstico por Imágenes

Secretaría e informes:

Av. Córdoba 2302 6° “K” (C1120AAS) Capital Federal

Tel: (54-11) 4951-8139 Fax: (54-11) 4952-4501

E-mail: aapi@bayfem.com.ar

Web site: www.aapi.com.ar

**VI° CONGRESO EUROPEO DE LA ASOCIACION
DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA**

**EUROPEAN ASSOCIATION FOR
THE HISTORY OF PSYCHIATRY (EAHP)**

PARIS, FRANCIA

22, 23 & 24 Septiembre 2005

CENTRO HOSPITALARIO SAINTE ANNE
1, Rue Cabanis, París 75014

Información, inscripción y presentación de trabajos, dirigirse a
Secretaría E.A.H.P.: - EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr
23 Rue de La Rochefoucauld, 75009 Paris
Tél. : 54 (1) 49-70-88-58 Fax : 54 (1) 42-81-11-17

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E



Casa de medio camino y hostel
Rehabilitación de la salud mental en una institución
de puertas abiertas

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

Paysandú 661 - Ca405ANE Ciudad de Buenos Aires
Tel. (11) 4431-6396 - www.centroaranguren.com