

Dedicatoria

*A todas las personas que examinamos
para que produjáramos un dictamen en
psiquiatría forense.
Ellas se vieron envueltas en algún proceso penal
para enseñarnos*

Los autores

Lisandro Antonio Durán Robles. Doctor en Medicina y Cirugía Universidad Nacional de Colombia, 1972. Especialista en Psiquiatría Universidad Nacional de Colombia, 1978. Especialista en Antropología Forense Universidad Nacional de Colombia, 2000. Especialista en Prevención del Maltrato Infantil Pontificia Universidad Javeriana, 2005. Psiquiatra Forense Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1980-2004). Jefe de la Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2002-2004). Jefe Grupo de Psiquiatría y Psicología Forense Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1982-1985, 2003-2004). Profesor Asistente Universidad Nacional de Colombia (1986-1993). Profesor Asistente Pontificia Universidad Javeriana (1993-2001). Ha sido catedrático en las Universidades de la Salle, Católica, Militar Nueva Granada; actualmente en la Universidad Santo Tomás.

Autor de los artículos: Características del homicidio determinadas por trastorno mental grave. Trastorno mental y conducta delictiva en la mujer. Trastorno mental transitorio como circunstancia de inimputabilidad. Análisis Psiquiátrico de 18 casos de filicidio. Motivos y justificación de las solicitudes de peritación Psiquiátrico Forense. Erotomanía. Aspectos Médico Forenses de la Drogadicción. Aspectos Médico Psiquiátricos del problema de la delincuencia. Psiquiatría Dinámica Vs. Psiquiatría Forense. Dos casos de interdicción contrarios a lo esperado. Dos modalidades terapéuticas para el manejo de las neurosis. Prevención de la drogadicción en opiáceos. Factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas. Batalla entre géneros, con María Idalid Carreño. Estructuración y Desestructuración de la Pareja. Capítulo de Psiquiatría Forense, con María Idalid Carreño Salazar En: Gómez, Carlos y otros: Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, adolescentes y adultos. 2002 Bogotá: Centro Editorial Javeriano. Visión Psicoanalítica del trastorno mental frente a otras condiciones psicológicas en el Código Penal Colombiano.

María Idalid Carreño Salazar. Doctora en Medicina y Cirugía Universidad Nacional de Colombia, 1977. Especialista en Psiquiatría, Universidad Militar Nueva Granada. 1984. Terapeuta Familiar Sistémica del Kensington Consultation Center Londres y Sistemas Humanos- Bogotá. 1998 Especialista en Antropología Forense Universidad Nacional Bogotá 2000 y Docencia Universitaria- Universidad Cooperativa de Colombia 2006. Diplomada en Gerencia en Salud con énfasis en salud mental (1995) y Habilidades Gerenciales con énfasis en servicio Universidad Javeriana (2003) . Diplomada en Evaluación Psicológica Infantil Universidad del Bosque (2001) y Pruebas Psicológicas Universidad Piloto de Colombia (2002).

Psiquiatra Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal (1984 –2000), Subdirectora de Servicios Forenses (2002-2003) y Subdirectora de Investigación Científica del Instituto Nacional de Medicina Legal (2004-2005).

Autora y coautora de publicaciones, artículos académicos y proyectos de investigación relacionados con los temas psiquiátrico forenses.

Contenido

Capítulo 1

Historia

Capítulo2

Generalidades.....

- 2.1 Mente.....
- 2.2 Normalidad.....
- 2.3 Salud
- 2.4 Salud mental.....
- 2.5 Madurez psicológica.....
- 2.6 Síntoma y signo
- 2.7 Personalidad
- 2.8 Psiquiatría
- 2.9 Psicología.....
- 2.10 Psicoanálisis
- 2.11 Psiquiatría Forense
- 2.12 Manuales de Clasificación
- 2.13 Cadena de Custodia

Capítulo3

Semiología.....

- 3.1 Apariencia general.....
- 3.2 Conciencia.....
- 3.3 Orientación.....
- 3.4 Atención
- 3.5 Memoria
- 3.6 Sensopercepción.....
- 3.7 Pensamiento.....
- 3.8 Afecto.....
- 3.9 Inteligencia.....
- 3.10 Conación
- 3.11 Prospección
- 3.12 Introspección.....
- 3.13 Juicio
- 3.14 Raciocinio

Capítulo4

Personalidad

- 4.1 Histórico
- 4.2 Topográfico.....
- 4.3 Estructural.....
- 4.4 Genético

Capítulo5

Trastornos de Personalidad

- 5.1 Personalidad paranoide.....
- 5.2 Personalidad ciclotímica o afectiva
- 5.3 Personalidad esquizoide
- 5.4 Personalidad explosiva (agresiva).....
- 5.5 Personalidad anancástica (compulsiva)

5.6	Personalidad histérica.....
5.7	Personalidad asténica (pasivo-dependiente).....
5.8	Personalidad pasivo-agresiva
5.9	Personalidad narcisista
5.10	Trastorno límite de personalidad

Capítulo 6

El Sociópata, Psicópata o Personalidad Antisocial

.....

Capítulo 7

Trastornos y Desviaciones Sexuales.....

7.1	Bestialidad.....
7.2	Pedofilia.....
7.3	Travestismo.....
7.4	Exhibicionismo
7.5	Transexualismo.....
7.6	Trastornos de la identidad sexual...
7.8	Frigidez e impotencia
7.9	Otras desviaciones sexuales

Capítulo

Drogadicción.....

8.1	Dependencia física
8.2	Dependencia psíquica.....
8.3	Abuso de drogas
8.5	Clasificación de estas drogas
8.6	Marihuana
8.7	Cocaína
8.8	Anfetaminas.....
8.9	Alucinógenos
8.10	Derivados del opio.....
8.11	Barbitúricos.....
8.12	Metacualona
8.13	Benzodiacepinas.....
8.14	Escopolamina (Burundanga)
8.15	Nicotina
8.16	Cafeína

Capítulo

Alcoholismo.....

9.1	Generalidades.....
9.2	Causas del alcoholismo.....
9.3	Psicosis alcohólicas.....
9.4	Alcohol e imputabilidad

Capítulo12

Neurosis

.....

10.1	Ansiedad.....
10.2	Sentimientos de culpa
10.3	Asco como motivo de defensa
10.4	Vergüenza como motivo de defensa.....
10.5	Inhibición de algunas funciones del YO.....
10.6	Sensaciones dolorosas por tensión y falta de descarga.
10.7	Síntomas específicos de cada neurosis

Capítulo11

Psicosis Funcionales

11.1Psicosis Esquizofrénica

11.2 Psicosis Afectivas.....

11.3 Psicosis paranoide.....

Capítulo 12

Epilepsia.....

12.1Crisis generalizadas

12.2Crisis parciales

Capítulo13

Electroencefalograma.....

Características anormales del EEG

EEG e Inimputabilidad.

Trazados electroencefalográficos.....

Colocación de Electrodos

Capítulo 14

Utilidad Clínica del Electroencefalograma para

el Psiquiatra Forense.....

Patrones electroencefalográficos de importancia clínica,.....

Capítulo 15

Demencia

15.1Demencias Corticales.....

15.2Demencias sub-corticales.....

15.3Demencias apicales.....

15.4Demencia mixta.....

15.5Demencias degenerativas.....

15.6Vasculares.....

15.7Inflamatorias e Infecciosas.....

15.8Tóxicas.....

15.9Convulsivas.....

15.10 Neoplasias.....

15.11 Traumatismos Cráneo-encefálicos.....

15.12 Otras entidades neurológicas

15.13 Metabólicas y endocrinas

15.14 Psicológicas.....

15.15 Últimas investigaciones sobre la demencia

15.16 Las demencias y la Ley.....

Capítulo16

Retardo Mental

16.1 Causas del retardo mental.....

16.2 El retardo mental ante la Ley

Capítulo17

Inimputabilidad

17.1 Trastorno Mental.....

17.2 Inmadurez psicológica.....

Capítulo18

Usos y Abusos del concepto de inimputabilidad.....

Análisis

¿Por qué siempre inimputabilidad?

Miedo insuperable	
Estado de emoción y pasión excusables	
Temor intenso	
Inferioridad psíquica	
La víctima	
Conclusiones.....	

Capítulo 19

Estupefacientes.....

Marco Teórico.....	
Muestra de examinados.....	
Discusión.....	
Conclusiones.....	

Capítulo 20

Conductas Sexuales Delictivas.....

Metodología.....	
Muestra.....	
Presentación y análisis de resultados.....	

Capítulo 21

Delitos Sexuales.....

Capítulo 22

Análisis Psiquiátrico del

Incesto.....

Capítulo 23

Homicidio y Enfermedad mental.....

Capítulo 24 Lesiones Personales.....

Entre la Perturbación Funcional y la Pérdida Anatómica y/o Funcional.....	
Lesiones simples y Lesiones calificadas.....	
Deformidad.....	
El Psiquiatra y la Salud Mental.....	

Capítulo 25

Perturbación Psíquica

Definición.....	
Diagnóstico clínico.....	
Integración Bio-Psicosocial.....	
Actitud del Perito.....	
Salud mental del Perito.....	

Capítulo 26

Familia

Relación de pareja.....	
-------------------------	--

Capítulo 27
Psicopatología en Soldados de las Fuerzas Armadas

Capítulo 28
Epílogo

Capítulo 29
Glosario

Capítulo 30
Bibliografía general.....

Prólogo

Siendo la psiquiatría una especialización de la medicina, los textos pertinentes están escritos en un lenguaje técnico y con léxico abundante y profundo, solamente comprensible para el especialista, pero confuso y árido para el neófito. No existen textos comprensibles para el personal sin entrenamiento médico. Esta es una de las razones para escribir en un lenguaje más accesible, breve y ceñido a los conocimientos científicos.

Queremos proporcionar a los Abogados, Médicos, Psicólogos y estudiantes el conocimiento de la semiología y la patología psiquiátrica más relevante para el ejercicio de su profesión. Es decir, aquella que les permita, entre otros, el entendimiento de los factores mentales que intervienen en la inimputabilidad, imputabilidad, interdicción, la situación del farmacodependiente ante la Ley y los procesos de familia.

Aportaremos unos elementos mínimos y esenciales para la comprensión de textos más avanzados en esta misma materia.

La práctica psiquiátrica forense nos ha demostrado que existe un bajo nivel en el conocimiento de los conceptos psicológicos que los profesionales del derecho deberían tener, ya que su profesión está relacionada con la conducta humana. Un abogado en ejercicio debe saber el por qué, el cómo, el cuándo y que clase de valoración psiquiátrica o psicológica solicitar. A veces se recurre innecesariamente al psiquiatra forense y en otras no se le consulta oportunamente.

Se retardan los procesos esperando un resultado psicológico, cuando no se ha hecho mención de algún síntoma o indicio de enfermedad mental dentro del proceso. En forma tardía y con carácter urgente se solicita valoración dentro de una causa antigua para una persona con innumerables síntomas desde el comienzo. Llegó en una ocasión la petición de practicar biopsias de todos los órganos de un sindicado haciendo incisiones propias de las autopsias para conceptuar sobre farmacodependencia.

Pretendemos ser una fuente actualizada de conceptos modernos pues aun encontramos en algunos estudiantes y profesionales información revaluada por la psicología actual como por ejemplo que no existe el criminal nato que describió Lombroso.

Las ciencias psicológicas están basadas en situaciones abstractas, pero no por ello irreales. Trabajamos a diario con conceptos tales como el afecto, amor, alegría, euforia, insomnio, pensamiento, atención, etc., realidades todas, pero que no podemos medir, pesar ni cuantificar. Esta condición de intangibles hace que esta rama de la medicina sea difícil aun para el médico. Por ello el estudiante y el

mismo profesional del derecho deben redoblar sus esfuerzos en la lectura, estudio y comprensión de la materia.

Los temas psicológicos parecen fáciles de comprender a la simple lectura o en una clase magistral, pero al querer reproducir el concepto que se cree aprendido hay confusión, imprecisión y es necesario volver a la fuente de la lectura o a la explicación del docente. La psicología es una ciencia que muchos creen saber y todo ser humano cree llevar dentro de si un psicólogo y un psicoterapeuta.

Las evaluaciones, en nuestra práctica docente, han reflejado un alto grado de dificultad para el aprendizaje de estos temas.

Los primeros 16 capítulos describen conceptos básicos de la psiquiatría clínica con algunos elementos forenses. Los demás capítulos son más específicos en el tema forense.

1. Historia

En la época prehistórica, la maldad existía fuera del cuerpo y entraba en él para atacarlo (Kaplan). La enfermedad era producto de espíritus malignos que querían hacer daño y se introducían en el cuerpo.

Hacia el año 10.000 A.C. el hombre trepanaba el cráneo de las personas enfermas para que por el orificio salieran los espíritus malignos. La trepanación no siempre mataba, pero si ocurría en el Faraón, el médico era enterrado con él.

Los egipcios tenían igual creencia y atribuían la enfermedad a los espíritus, de los que habían muerto.

Entre los babilonios y asirios (2.500 a 500 A.C.) los pacientes muertos por el bisticurio eran vengados con la amputación de la mano del cirujano. También para ellos la enfermedad era producida por demonios y había que exorcizar al poseso. En otros, los dioses enviaban la enfermedad como castigo a una transgresión moral, pecado o ritual. En este sentido el hombre enfermo era un pecador.

Los judíos no iban más allá y la enfermedad, era para ellos, un castigo por el pecado de desobedecer a Dios o sus leyes. Los pecados colectivos eran castigados con plagas. El Levítico (cap. 18), describe los actos inmorales prohibidos la mayoría de ellos de índole sexual incestuoso y su correspondiente pena (cap. 20). Hoy en día pensamos que en la mujer, que tiene relaciones sexuales con su hijo, debe sospecharse una psicosis esquizofrénica: "Lukianowics describió tres casos: de las tres madres, una era esquizofrénica, otra neurótica y la tercera desarrolló una depresión involutiva tras el incidente. De los tres hijos, uno era esquizofrénico, otro subnormal y el tercero, aparentemente normal" (Henderson).

Volviendo a los judíos, sobre las impurezas físicas dice el Levítico 15.19: "Cuando la mujer tuviere flujo de sangre, y su flujo fuere en su cuerpo, siete días estará apartada; y cualquiera que la tomare será inmundo hasta la noche". Entre los indígenas Ticuna, en nuestra época, del trapezio amazónico, la monarquía (primera menstruación) es festejada con ritos y alegría. En nuestra cultura aun escuchamos decir que la menstruación es una enfermedad y que cuando no se presenta (retraso menstrual) "esa sangre se sube a la cabeza y la mujer puede volverse loca". Nada hay de cierto y científico en ello. Sin embargo, una vez se nos consultó sobre una mujer sindicada de dar muerte al esposo, que tenía la menstruación y si debido al sangrado genital se había enloquecido.

En la antigua Grecia se creía que las alteraciones mentales eran debidas a causas sobrenaturales. Las personas que sufrían la enfermedad estaban poseídas de espíritus malignos personificados por los dioses Manía y Lisa; habían sido enviados por los dioses en un estado de cólera. Como la conducta antisocial era considerada un castigo de los dioses, el criminal enajenado era perdonado de cualquier responsabilidad legal por sus acciones. Platón (428-348

A.C.), sugería que se les exiliara de la ciudad, a ser sometidos a ritos de purificación o a casas de corrección durante 5 años. No existían psiquiatras, ni la psiquiatría se había desarrollado, pero en los casos de matrimonio, divorcio y adopción los conceptos eran solicitados a los guardianes de la Ley y no a los médicos.

Lo enfermos mentales cometían actos violentos o al menos así lo daba a entender Esquilo (525-456 A.C.) en las Euménides cuando Orestes da muerte a la madre. El tema se repite en Ifigenia, de Eurípides. Sófocles (496-406 A.C.) relata como Ajax en un acto de violencia se suicida. Heracles de Eurípides mata a sus hijos. Ovidio, en las metamorfosis, relata como Medea perturbada por la infidelidad de Jasón, da muerte a sus dos hijos y los sirve como alimento a aquel.

Los romanos tomaron la cultura griega y se preocuparon por la arquitectura, la economía y la jurisprudencia. Según las Doce Tablas (451-450 A.C.), a los enajenados se les privaba de la libertad de acción y eran juzgados incompetentes para controlar sus asuntos personales y sus negocios (interdictos).

En los primeros años después de Cristo, el texto romano Corpus Juris Civilis, describía las diferentes condiciones como locura, embriaguez que si el individuo los presentaba en el momento del hecho criminal, podían disminuir su responsabilidad. Esto fue equiparable a la condición mental del niño también aquejado de incapacidad para controlar su conducta. Estas personas carecían de sus derechos de ciudadanos y por lo tanto no había sentido castigar sus transgresiones sociales.

Los romanos en su ley civil describieron la pérdida de capacidades como "non compos mentis".

Galeno (130-200 D.C.) retomó los conceptos de los griegos y de Hipócrates y consideró que la enfermedad era producto de los cuatro humores desestabilizados: "el humor atrabiliario en exceso engendra la melancolía, el humor de la bilis negra producida por la combustión de la bilis amarilla provoca delirios feroces... Los sanguíneos poseían las cuatro propiedades (fuego, tierra, agua, aire), en cantidad igual, pero el agua era mas abundante en los flemáticos, el fuego en los coléricos y la sequedad que acompañaba a la bilis negra en los melancólicos" (Ristich).

En la Edad Media (500-1500) la enfermedad es considerada otra vez como acciones de espíritus, demonios, brujas y pecados. "Lucifer y Belcebu, Satán y Asmode, eran las estrellas máximas de un infierno superpoblado que contaba, según Jean Wier, espíritus de los más independientes de su época, con 7.450.926 demonios divididos en 1.111 legiones sometido este ejército a 72 príncipes" (Ristich).

Grandes hogueras iluminaron Europa y los enfermos mentales eran quemados con los herejes, los alquimistas y los nigromantes. "Las gentes que murieron en la hoguera pudieron haber sido casos de demencia precoz, psicosis seniles, parálisis general y melancolía involutiva. Otros fueron incluso más liberales en sus criterios e incluyeron casos de manía, histeria, epilepsia, delirio, alcoholismo..." (Mora, George). El Papa Inocencio III en 1199 estableció la Santa

Inquisición Romana con el objeto de exterminar la herejía; al poco tiempo, la herejía, crimen castigado con la muerte, fue transferida a la Ley Civil de todo el Imperio Romano. En el año 1484, el Papa Inocencio VIII en su bula decía: "Hemos oído decir que hay una gran cantidad de personas de ambos sexos que se niegan a abandonar el comercio carnal con los demonios y muchas otras que no lo rechazan" (Ristich). Dos años después los dominicos Jakob Sprenger y Heinrich Kramer publicaron un libro al respecto que "era tan rico en detalles sexuales que muchas veces puede considerarse como un manual de psicopatología sexual" (Mora, George).

Llegó el Renacimiento (1500-1700) y el concepto de la enfermedad cambió con el estudio de la anatomía y la fisiología: la enfermedad se originaba por alteración de la materia. Se llegó a la conclusión de que sólo la materia existía y generaba todo lo llamado espíritu. Cannabis afirmó que, así como el hígado secreta bilis, el cerebro secreta pensamientos. Se había disociado la mente del cuerpo y la mente era objeto de estudio de la filosofía. Sin embargo, la enfermedad se equiparó a la insania moral y había que dar correcciones morales a las personas que delinquían. Dice Foucault que Brissot de Warville (París 1781) en su Teoría de las leyes penales "muestra que el escándalo constituye el castigo ideal, siempre proporcionado a la falta, libre de todo estigma físico e inmediatamente adecuado a las exigencias de la conciencia moral. Retoma la antigua distinción entre el pecado, infracción al orden divino, cuyo castigo esta reservado a Dios, el crimen cometido en detrimento del prójimo, y que debe ser castigado mediante suplicio, y el vicio, 'desorden que sólo es relativo a nosotros mismos', y que debe ser sancionado por la vergüenza". Según esto el vicio es el crimen mismo originado en el corazón de los hombres. "En efecto, los vicios son a las costumbres lo que los crímenes son a las leyes, y el vicio siempre es el padre del crimen; es una raza de monstruos que como en esta espantosa genealogía del pecado descrita por Milton, parecen reproducirse los unos a los otros. Veo un desventurado dispuesto a morir. "¿Por qué sube al patíbulo? Seguid la cadena de sus acciones, veréis que el primer anillo casi siempre ha sido la violación de la barrera sagrada de las costumbres" (Brissot). Ahora la psiquiatría moderna cataloga esa conducta inmoral, como una manifestación de alguna enfermedad mental.

Al respecto dice Foucault: "Es extraño que la psicología del crimen, en sus aspectos aun rudimentarios -o al menos el afán de remontar hasta sus orígenes en el corazón del hombre- no haya nacido de una humanización de la justicia, sino de una exigencia suplementaria de la moral, de una especie de estatización de las costumbres, y como de refinamientos de las formas de indignación. Esta psicología es, antes que nada, la imagen invertida de la justicia clásica".

La psicología de la pasión comienza a separarse de la moral de la pasión en el siglo XVIII. "Es en 1792 cuando el abogado Bellart debe defender, en apelación, a un obrero llamado Gras, de cincuenta y dos años, que acaba de ser condenado a muerte por haber asesinado a su amante, sorprendida en flagrante delito de infidelidad. Por primera vez se plantea una causa pasional en audiencia pública, y ante un jurado; por primera vez, el gran debate del crimen y de la alienación salía a plena luz del día, y la conciencia publica trataba

de trazar el límite entre la asignación psicológica y la responsabilidad criminal". (Foucault). Bellart se adelanta al psicoanálisis cuando al defender a su cliente dice: "Quien quiera que haya conocido, en su infancia, una educación sana, y haya tenido la dicha de conservar sus principios en una edad más avanzada, puede prometer, sin esfuerzo, que ningún crimen semejante a los primeros - los de las almas gangrenadas - manchará nunca su vida. Pero "¿quién sería el hombre bastante temerario para atreverse a asegurar que nunca, en la situación de una gran pasión, no cometer los segundos? "¿Quién se atreverá a asegurar que nunca, en la exaltación del furor y de la desesperación, no se manchará las manos de sangre, y quizás de la sangre más preciosa?" (Foucault).

Descartes separó el alma del cuerpo. Freud el padre del psicoanálisis en el siglo XIX las volvió a unir. En 1930 Freud escribió un comentario sobre la Peritación Forense en el proceso Haismann. En el peritazgo se decía que el homicida había sido afectado por el mecanismo de defensa de la represión. Freud anotó: "Por mi parte, debo declarar que sería una rareza de primer orden encontrarse con semejante represión inesperada, producida sin anuncio previo en un adulto que no presenta signo alguno de una neurosis grave".

La Psiquiatría Forense en Bogotá

El ilustre Profesor Guillermo Uribe Cualla (1895-1977), dirigió el Instituto de Medicina Legal (Bogotá), desde su fundación en 1948 hasta el año 1973 cuando se retiró. Impulsó la Medicina Legal y la Psiquiatría Forense. Publicó la primera edición de su obra "Medicina Legal y Psiquiatría Forense" en 1934. El texto fue usado durante varios años para la enseñanza en las facultades de Medicina y de Derecho (Rosselli). Durante su administración fue nombrado para el cargo de psiquiatra forense el Dr. Camilo Arango (q.e.p.d.). Lo sucedió el Dr. José Manuel Prada Sarmiento (q.e.p.d.). Los médicos legistas de esa época realizaban peritazgos médico legales y también peritazgos psiquiátricos. El mismo Dr. Uribe Cualla, con calidad y maestría, en su época, realizaba peritazgos psiquiátricos. Los dos primeros psiquiatras nombrados por concurso fueron los Drs. Luis Alejandro Cárdenas y Luis Carlos Taborda, pero también ellos debían realizar peritazgos médico legales.

Las obras sobre Psiquiatría Forense escritas en Colombia por Médicos y Abogados son abundantes. Rosselli en la Historia de la Psiquiatría en Colombia, cita un sinnúmero de obras. Tal vez las más renombradas son: Medicina Legal y Psiquiatría Forense (1934) de Guillermo Uribe Cualla; Compendio de Medicina Legal y Psiquiatría (1928) de Pablo A. Llinas; Compendio de Medicina Legal (1943) de Carlos Solarte; Manual de Psiquiatría Forense (1943) de Roberto Serpa Florez; Manual de Psiquiatría Forense y Reflexología (1967) de Marco A. Castro Rey; Medicina Forense (1978) de César Augusto Giraldo, quien ha continuado actualizándola y las últimas ediciones contienen un capítulo sobre psiquiatría forense escrito por el psiquiatra Pedro Luis Sánchez Gaviria; Fundamentos de Medicina, Psiquiatría (1986) de Ricardo Toro y Luis Yepes, tiene un capítulo sobre psiquiatría forense escrito por Ricardo Mora Izquierdo, Fundamentos de Psiquiatría Clínica, Niños, Adolescentes y Adultos (2002) Editor Carlos Gómez-Restrepo, tiene un capítulo sobre psiquiatría forense escrito por Lisandro Durán y María Idalid Carreño

En el año 1973 siendo director del Instituto de Medicina Legal el doctor Guillermo Restrepo Isaza fue fundada la Sección de Psiquiatría Forense y nombrados en tal cargo los doctores Jaime Gaviria Tres Palacios (1973-1977) y Danilo Murcia Arana (1973-1987). Ellos iniciaron una labor de organización de la naciente Sección. Elaboraron un esquema de peritazgo psiquiátrico forense; archivo, tarjetero, libros y demás necesarios; su dedicación fue exclusiva a dictaminar sobre psiquiatría. La Sección creció y aumentó a varios Psiquiatras y Psicólogos Forenses. No existiendo por esa época la subespecialización universitaria en Psiquiatría Forense ni en Psicología Forense, los pioneros de la naciente organización se constituyeron en los maestros de los que vendrían. Así el Dr. Danilo Murcia Arana fue el profesor y el maestro de muchos de los forenses. A su vez Patricio Villalba Bustillo, Alvaro Rodríguez Gama, Ricardo Mora Izquierdo, María del Socorro Arrubla, Lisandro Durán Robles, María Idalid Carreño Salazar, Dagoberto Díaz Osorio y Jorge Buitrago fueron y han sido los profesores y maestros de las últimas generaciones de forenses. En el campo y desarrollo de la Psicología Forense es de resaltar la labor de la doctora Victoria Eugenia Villegas Mejía quien ha sido la profesora y maestra de las actuales generaciones de psicólogos forenses.

El grupo de Psiquiatría y Psicología Forense de Bogotá además de emitir informes en materia penal, civil, militar, contencioso administrativo y derecho de familia, entre otros, también colabora con la Escuela de Medicina Legal del Instituto de Medicina Legal ofreciendo capacitación a los futuros psiquiatras y psicólogos forenses en Bogotá; de la misma manera, seminarios y cursos de actualización para Jueces, Fiscales y Ahogados litigantes.

Los Psiquiatras y Psicólogos han comparecido a las audiencias públicas cuando han sido solicitados para aclarar sus dictámenes, ampliarlos y dar respuestas a lo interrogado por el Señor Juez, Fiscal, los Apoderados y otros participantes en las audiencias públicas; en algunas ocasiones, enfrentados con peritos traídos por los Señores Apoderados. Ahora con el nuevo sistema penal acusatorio, que entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2005, comparecerán al juicio oral y público para ser interrogados y contra interrogados en relación con los informes periciales que hubiesen rendido o para que los rindan en la audiencia. El capítulo 35 amplía los aspectos pertinentes relacionados con el juicio oral.

2. Generalidades

Para poder hablar a profesionales y estudiantes de derecho y medicina sobre aspectos de salud o enfermedad mental, es necesario precisar algunos conceptos. Estos son mente, normalidad, salud mental, madurez psicológica, signo, síntoma, síndrome, personalidad.

2.1 Mente

Es la respuesta integrada del organismo al complejo de fuerzas fisiológicas, psicológicas y socioculturales que obran sobre él. La expresión de la mente es la conducta. Esta es la suma de respuestas a los estímulos que se originan tanto dentro como fuera de nosotros mismos.

2.2 Normalidad

Etimológicamente la palabra anormal indica una desviación de la norma o regla. La psiquiatría moderna demuestra que la conducta anormal sigue reglas fijas y puede ser explicada por causas y efectos.

El método estadístico considera normal a la persona común y depende de la sociedad de la que se tomen los datos.

El método cuantitativo dice que la diferencia entre normal y anormal es cuestión de grado. El normal alberga y manifiesta al anormal en miniatura y controlado.

Según la norma cultural, son anormales aquellos individuos que no siguen el tipo de conducta aceptado generalmente por su sociedad, clase y edad.

El punto de vista normativo considera la normalidad como un ideal perteneciente al dominio de la moral y de los patrones éticos.

Según otro criterio la normalidad debe juzgarse de acuerdo al conocimiento son normales estructuralmente y otras son estructuralmente anormales.

El concepto de unidad psicosomática indica que ciertas pautas psicológicas son normales estructuralmente y otras son estructuralmente anormales.

Alvaro Villar define normalidad como: "lo deseable, así como lo necesario y además lo posible, en forma conjunta para la persona y para la sociedad, para su mutuo y progresivo mejoramiento".

Hay otros dos criterios de normalidad: El del término medio y el del ideal.

Criterio de termino medio: este criterio es defendido por el psiquiatra KURT SCHNEIDER. Lo normal es lo corriente.

El hombre normal es el término medio. Hombre anormal o síntoma anormal será todo aquel que se aparte de ese término medio, de lo ordinario y frecuente. Este criterio tiene una objeción: lo corriente es que el hombre tenga caries, y, sin embargo, todos sabemos que no es normal tenerlas, que las caries dentarias son una anormalidad.

Quetelet estudio la talla de muchos individuos y estableció una talla normal. AJURIAGUERRA dice que la critica principal de este modo de ver las cosas es la siguiente: no debe confundirse el promedio, lo mas frecuente, con la norma. La mayor frecuencia

es un concepto cuantitativo; la norma es un concepto cualitativo; pero desgraciadamente, ambos conceptos se confunden con frecuencia.

El mismo SCHNEIDER reconoce que es imposible trazar delimitaciones entre lo normal y lo anormal sin que intervenga una valoración. Para él por tanto, el concepto de "normalidad media" es una "idea directriz", pero no supone una rígida determinación cuantitativa.

Según este criterio, será anormal una persona más bondadosa que el promedio de sus semejantes. Ser anormal el hombre que posea una inteligencia superior a ese promedio, etc.

JASPERS dice que "casi nunca se sabe lo que es término medio". Para el normal será todo aquello que corresponde a un ideal. Tenemos un criterio establecido de lo que es un hombre normal y todo lo que se separe de ese ideal será anormal.

Sabemos que las caries dentarias no entran dentro de ese concepto que tenemos de hombre normal. Toda desviación se establece según JASPERS, refiriéndola a ese concepto.

KURT SCHNEIDER hace, por su parte, una crítica de ese criterio. La imagen ideal la establecemos según nuestra personal jerarquización de valores o según la jerarquización de valores de cada época o lugar. Para unos, el hombre ideal será GOETHE; para otros, BISMARCK. De este modo no puede tener lugar la discusión científica.

Sin embargo, este autor admite que ambos criterios, del ideal y del término medio, se entrelazan. Aunque nos guiemos por el criterio del término medio, siempre valoramos.

2.3 Salud

La Organización Mundial de la Salud en 1948 definió salud como el estado de bienestar psicológico, biológico y social de un organismo y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Para Lopategui la **salud** es el *completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente*. El concepto **bienestar** se refiere a la *adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad*. Esto implica que se puede experimentar bienestar, ya sea que te encuentres enfermo o saludable. La salud no es perfecta, pero se encuentra dentro de una escala que clasifica a la salud en niveles.

2.4 Salud mental

Menninger la define como "el ajuste de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con el máximo de efectividad y felicidad. No se trata sólo de eficiencia o de satisfacción o del don de obedecer alegremente las reglas del juego: es todo eso junto, una conducta socialmente considerada y una disposición feliz".

2.5 Madurez psicológica

Yampey describe lo que considera como madurez psicológica. La teoría del ciclo vital de Erikson nos complementa el concepto

así:

1. La personalidad madura se rige por el principio de placer y de realidad. Satisface sus tendencias instintivas sin lesionarse o lesionar a los demás. Acepta las experiencias nuevas y se enriquece con ellas. Renuncia a los deseos irrealizables y cambia y alterna el ocio con el negocio.

2. Tiene un ideal del YO con valores de cierta duración. Emplea el mecanismo de la sublimación. Se gobierna por normas y principios y mantiene la autoestima. Es fiel a sus valores y rechaza el totalitarismo y el fanatismo.

3. Tiene un SUPERYO maduro que no tiraniza, ni persigue. Apoya y estimula y protege al YO del peligro. Sigue los principios de la autoridad y rechaza el autoritarismo y el moralismo.

4. Es independiente, autónomo, con criterio propio, creativo

5. Es dependiente. Comprende la interdependencia humana; es capaz de recibir y pedir ayuda.

6. Emplea el instinto agresivo al servicio de la autodefensa; agrede razonablemente y cuando lo hace no tiene sentimientos de culpa. Tolerancia y acepta comprensivamente en cierto grado las deficiencias de los demás.

7. Su YO dispone de una amplia gama de mecanismos adaptativos y defensivos.

8. Se ha identificado con el padre del mismo sexo. Su genitalidad es activa y placentera.

9. Es capaz de amar a otra persona sentida con características diferentes a sí misma. Goza de las relaciones sociales y comprende las necesidades afectivas de los demás.

10. Está adaptado al trabajo (estudio). Encuentra placer en sus ocupaciones, no se fatiga en exceso, no necesita cambiar con frecuencia y es eficaz. Tiene una prospección clara y realista.

2.6 Síntoma y signo

En la medicina orgánica es más fácil detectar y objetivizar los signos y síntomas. Esto no ocurre en la psiquiatría, porque son aspectos difícilmente medibles.

El síntoma en psiquiatría es la respuesta psicobiológica del organismo ante estímulos del afuera o provenientes del interior de la persona. Los estímulos del afuera son el medio ambiente y las relaciones interpersonales. Los provenientes del interior de la persona son los conflictos entre las tendencias innatas de ella como el amor, el odio, la envidia, los celos, la hostilidad, el mal genio, la agresión en interacción con el mundo externo.

No siempre un síntoma debe interpretarse como nocivo. Al contrario, hay síntomas que son respuesta favorable para ese organismo. Por ejemplo el miedo ante una situación de peligro inminente hace que el individuo tome las medidas necesarias para defenderse.

El síntoma es la manifestación subjetiva de esa respuesta psicobiológica. El signo es la respuesta que es detectable por el observador. El conjunto de signos y síntomas constituye un síndrome. No debe interpretarse un signo o un síntoma aisladamente. Por ejemplo no puede afirmarse que una persona con fiebre tiene gripe o que un sujeto con ansiedad es un enfermo mental.

2.7 Personalidad

Dice Noyes: "La personalidad se considera como las pautas de conducta, características de cada individuo. Estas pautas, exclusivas de la persona se manifiestan como respuestas a las tensiones súbitas y persistentes de la vida".

La organización de los rasgos, actitudes o hábitos distintivos del individuo (Freedman).

En la personalidad hay que tener en cuenta el temperamento y el carácter. El temperamento es la parte biológica o heredada de la personalidad. Al carácter corresponden lo adquirido. La biotipología guarda correlación con el temperamento.

Desde la época de Hipócrates y luego Galeno se veía cómo lo biológico influía en el comportamiento del individuo. Así se habló de los flemáticos, sanguíneos, coléricos, cerebral, digestivo. Actualmente se prefiere el uso de la tipología de Sheldon: endomórfico (viscerotónico), ectomórfico (cerebrotónico), mesomórfico (somatotónico), displásico (deforme). Esto sigue los conceptos antiguos de Kretschmer: pícnico (endomorfo), asténico (ectomórfico), atlético (mesomorfo) y displásico.

En un estudio longitudinal realizado en New York con cerca de 231 niños, teniendo en cuenta desde la infancia hasta la adolescencia, Thomas, Chess y Birch (1968) identificaron nueve aspectos relacionados con el temperamento, los cuales aparecen en el recién nacido. Incluyen: nivel de actividad; regularidad en el funcionamiento biológico, (hambre, sueño, eliminación); disposición para aceptar personas y situaciones nuevas; adaptabilidad al cambio; sensibilidad al ruido, a la luz y a otros estímulos sensoriales; humor (alegría y tristeza) intensidad de sus respuestas; distractibilidad y persistencia.

2.8 Psiquiatría

Especialización de la medicina que se ocupa de las manifestaciones y los tratamientos de las enfermedades mentales, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad. Existen múltiples orientaciones del pensamiento y ciencia psiquiátrica para explicar la enfermedad mental. Dependiendo de que factores etiológicos se consideren más importantes surgen las escuelas biológica, comportamental, psicodinámica, culturalista, del Yo, transaccional, etc. Las subespecialidades de la psiquiatría depende de su objetivo: infantil, geriátrica, forense, de familia, enlace, comunitaria, militar, administrativa, transcultural y del adolescente.

2.9 Psicología

Ciencia que estudia el alma, la mente y el comportamiento. Como estudio del alma comenzó con Aristóteles. Como estudio de la mente se remonta a finales del siglo pasado. Como estudio del comportamiento es más reciente (50 o 60 años).

Como áreas de investigación tiene que ver con la psicología experimental, fisiológica, comparativa, evolutiva, social, de la personalidad, de lo anómalo. En el campo de la aplicación: clínica, industrial y educativa. Uno de sus instrumentos son los test o pruebas psicológicas. Los más conocidos en nuestro medio son el WAIS (mide la inteligencia mediante el C.L.); el Rorschach (diagnóstico de personalidad); Machover (dibujo de la figura humana para diagnóstico de personalidad); Bender (cómo percibe, reestructura,

y exterioriza información).

2.10 Psicoanálisis

Método freudiano de investigación psíquica y forma de psicoterapia. Como técnica para explorar los procesos mentales, incluye el uso de asociaciones libres y el análisis de la resistencia, transferencia y los sueños. Es un procedimiento de larga duración en el tiempo (varios años). Por ello es inadecuado que una autoridad Judicial solicite un psicoanálisis a un sindicado u ofendido. Lo pertinente es solicitar un examen psiquiátrico o psicológico para emitir un diagnóstico forense.

2.11 Psiquiatría Forense

Rama de la Psiquiatría centrada en los aspectos legales de la enfermedad mental. Como instrumento emplea la entrevista psiquiátrica que permite luego de un cuidadoso examen verbal y no verbal formular un diagnóstico. Puesto que la mayoría de las veces el psiquiatra forense tiene que dictaminar sobre hechos psicológicos que se investigan en un proceso, debe contar con la copia del expediente o sumario correspondiente.

2.12 Manuales de Clasificación

DSM-IV y CIE-10: Ver Glosario.

A partir del año 1992 entró en vigencia el CIE-10 y desde 1994 el DSM-IV y desde el año 2000 el DSM-IV-TR.

El CIE-10 modifica la denominación de algunas entidades que siguen conservando la descripción clínica. P. E. el CIE-9 denomina psicosis paranoide y estados paranoides a lo que el CIE-10 denomina trastorno de ideas delirantes. El CIE-9 denomina homosexualidad y el CIE-10 lo denomina trastorno psicológico y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

Los cambios surgieron por influencia del DSM, por los puntos de vista de distintas escuelas psiquiátricas, para corregir ambigüedades, para superar anglicismos y barbarismos. Nosotros agregamos que hay diagnósticos que se han vuelto peyorativos, que son un estigma y que son mal interpretados en la vida cotidiana. Además cuando el diagnóstico pasa a otras disciplinas se corre el riesgo de alteraciones en ese diagnóstico.

Ambos manuales como su nombre lo dice son manuales para la clasificación y no textos de clínica psiquiátrica. Por lo mismo con alguna frecuencia citamos otras formas de clasificar y otros modelos que no comparten el manual de la APA (American Psychiatric Association) esto es, el DSM

2.13. Cadena de custodia

La cadena de custodia es el procedimiento mediante el cual se asegura la autenticidad de los elementos materia de prueba dentro de un proceso penal. Garantiza a la administración de justicia que los elementos son los mismos que se recolectaron, acredita su identidad y estado original, condiciones de recolección, embalaje y envío; lugares y fechas de permanencia y los cambios hechos en ella por cada custodio. Su registro conlleva a la historia

exhaustiva y documentada de cada traspaso del material de prueba entre los distintos custodios.

La cadena de custodia garantiza tres componentes: preservación de los elementos, integridad y seguridad de los mismos. Se aplica a los elementos materiales de prueba como el cadáver, muestras de la víctima o sospechoso, documentos o cualquier otro elemento relacionado con un hecho típico y antijurídico investigado. Los elementos o elemento fue recolectado o fue allegado a la investigación previa.

La conforman los servidores públicos y particulares (incluso el personal de salud cuando es el caso) que tengan relación con los elementos de prueba. La cadena de custodia inicia con el funcionario judicial que recolectó los elementos materia de prueba y termina con el juez y los diferentes funcionarios judiciales.

Los custodios tienen la responsabilidad de velar por la integridad, preservación y seguridad de los elementos. Cerciorarse en conocer y ejecutar los procedimientos de cadena de custodia. Registrar su actuación como responsables del control de transferencia de la custodia.

En Psiquiatría y Psicología Forense es pertinente la cadena de custodia. ¿Es la persona a examinar la enviada? o ¿es otra?. La presunta víctima ¿ha sido aleccionada? o ¿ha pasado por otros exámenes, entrevistas o tratamientos?.

3. Semiología

En psiquiatría se evalúa el funcionamiento psicológico teniendo en cuenta la estructura de la personalidad y el examen de las facultades mentales. Los capítulos siguientes describirán la personalidad y los trastornos de la personalidad.

Este capítulo tratará del examen mental o facultades mentales. Funciones autónomas del Yo, dice el psicoanálisis. En términos de Luria son las facultades mentales superiores. Examen mental para la semiología psiquiátrica. Otros (López) sostienen que ya no se denominan de esa manera sino de otra forma. Y los que han sido Psiquiatras Forenses (Gaviria) dicen cognoscitivo y volitivo: "Lo que se demanda del trastorno es su situación devastadora sobre los procesos cognoscitivos y volitivo, procesos en los cuales se involucran casi todas las funciones psíquicas, tomadas aisladamente. Puesto que la cognición es la acción y efecto de conocer, es el conocimiento, es el averiguar por el ejercicio de las facultades mentales, es el entender, el percibir y distinguir; y la volición es el acto de la voluntad, el hacer o no hacer a la elección de la cosa, el admitir o rehuir, el determinarse libremente" Hernández dice: Psicopatología aplicada al examen mental.

En fin, en psiquiatría se estudia la semiología de diversas áreas que nos informan sobre el estado mental. Esas áreas son: apariencia general, conciencia, orientación, afecto, pensamiento, inteligencia, juicio, raciocinio, memoria, atención, conación, sensopercepción, introspección, prospección.

3.1 Apariencia general

Porte y actitud: (apariencia, porte y actitud del paciente y la manera como se comporta con respecto al examinador y al ambiente en el que se realiza el examen). Cómo se relaciona con el entrevistador, signos fisiológicos, actitudes que asuma, peculiaridades en el hablar, caminar, y vestir: "el traje a menudo revela bastante acerca de la personalidad". Algunos de los datos que se registran al comenzar la entrevista se modifican con el curso de la misma.

3.2 Conciencia

Claridad y viveza mental que permiten el conocimiento del propio yo y del mundo externo. Es necesaria la sensopercepción para darse cuenta del ambiente, tiempo, lugar y personas. Entiende preguntas y reflexiona sobre ellas.

"La función psíquica de más alta jerarquía, exclusiva del hombre, posible gracias a su desarrollo biológico (características cuantitativas y cualitativas del encéfalo) y social, mediante la cual se percata de lo que ocurre en sí mismo y en su ambiente y raciocina en forma adecuada ante lo que acontece".

Las alteraciones de la conciencia son:

3.2.1 Obnubilación

Empañamiento o enturbiamiento de la lucidez de la conciencia.

La persona esta somnolienta, se distrae fácilmente, en ocasiones irritables. Puede haber leves fallas en cuanto a su persona y medio que lo rodea.

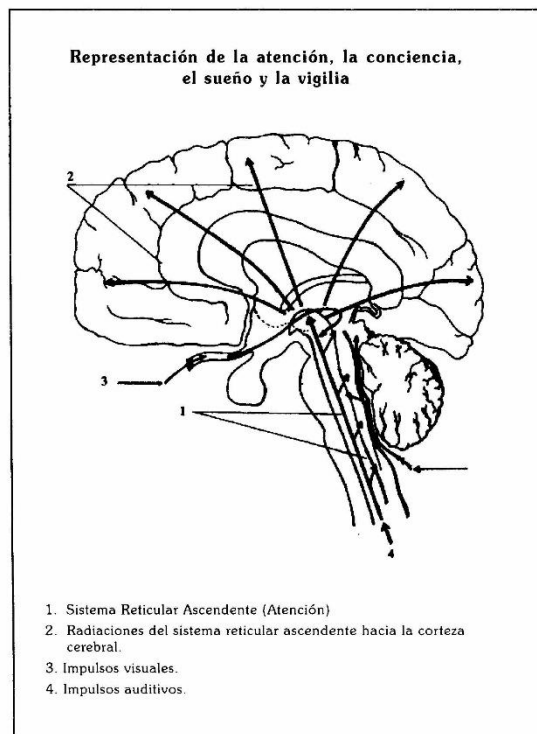
3.2.2 Confusión

Alteración del sensorio, dificultad para captar, desorientación temporoespacial, falsos reconocimientos y perplejidad ansiosa. La conciencia est mas alterada que en el anterior.

3.2.3 Delirium

Obnubilación y confusión acompañada de ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, agitación motora y fiebre. Se observa con frecuencia en problemas tóxicos o en fenómenos de privación de alcohol o sedantes.

LISANDRO DURAN R./MARIA IDALIS CARREÑO S.



3.2.4 Estado Onírico y de fuga

Similar al delirium, pero más intenso y sin fiebre. Se observa

en la crisis histérica disociativa y en el estado postictal epiléptico (postictal: periodo de recuperación después de un ataque epiléptico).

3.2.5 Estupor

La persona no tiene contacto consigo misma ni con el medio que la rodea. Sólo responde a estímulos fuertes; localiza dolor y no es capaz de mantener conversación.

3.2.6 Coma

Estado similar al sueño en el cual la persona no responde a ningún estímulo. Cuando la causa es psicológica se denomina catatonia.

3.3 Orientación

Expresión del conocimiento que tiene la persona de sí misma y del medio ambiente que la rodea, en un momento determinado. La orientación autopsíquica o en persona es la función que da cuenta de la identidad del individuo. La orientación alopsíquica o temporoespacial indica la ubicación en tiempo y espacio o lugar.

La alteración de esta función se denomina desorientación y se clasifica de acuerdo con el tipo de orientación comprometida.

3.4 Atención

Reacción consciente, selectiva, por medio de la cual el sujeto examina el mundo externo y extrae datos útiles. La atención es necesaria para los fenómenos intelectuales, la memorización, selectividad en el aprendizaje, aumento de la claridad, exactitud y elaboración de procesos mentales (juicio, raciocinio, pensamiento). La atención es el indicador de la actividad vigil (alerta) de la corteza cerebral, la cual a su vez está siendo mantenida mediante la estimulación del sistema reticular activador ascendente.

Alteraciones de la atención:

3.4.1 Distractibilidad

Incapacidad para concentrar la atención.

3.4.2 Disminución de la atención

Es el caso de la fatiga física o del retardo mental.

3.4.3 Sin atención

Incapacidad de fijar la atención como en la manía.

3.4.4 Hiperselectividad de la atención

Se concentra en un sólo estímulo y hace caso omiso de los demás. Por ejemplo el jugador de ajedrez o el paciente que sólo está atento al motivo de su delirio.

3.5 Memoria

Es la recepción y registro (fijación) de una impresión mental; la retención (elaboración) de la impresión adquirida y la reproducción o recuerdo (evocación) de la impresión. Para un registro adecuado es necesario la conciencia lúcida, la atención, la integridad del sistema

sensorial, la actitud y el estado afectivo. Para la retención o elaboración de la impresión se necesita de la integridad del sistema nervioso central (especialmente del lóbulo temporal). El recuerdo o memoria propiamente dicha es resultado de los estímulos que desencadenan la evocación.

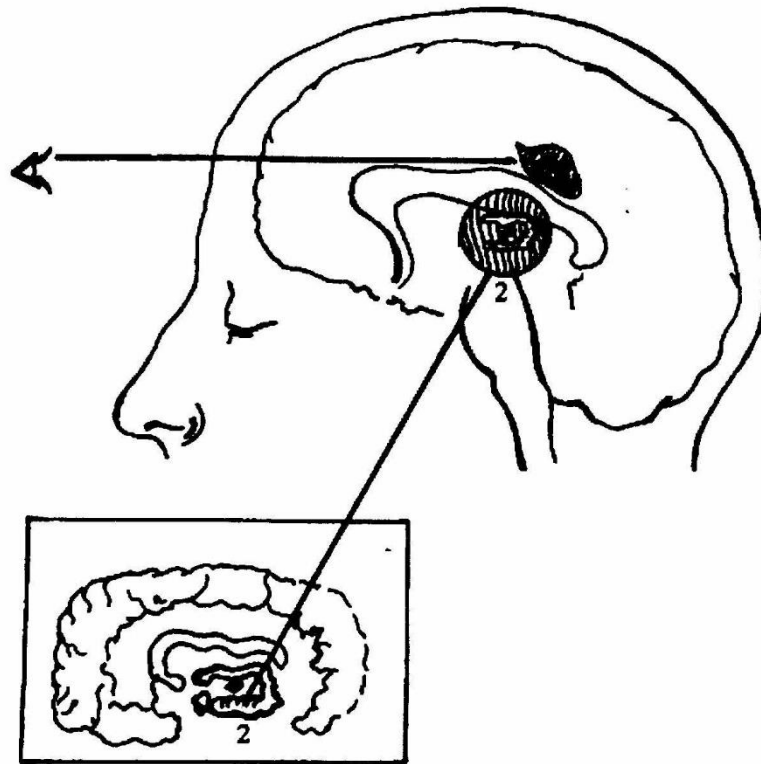
Alteraciones de la memoria:

3.5.1 Amnesia

Incapacidad para recordar sucesos. Hay diferentes clases y se debe a alteraciones orgánicas o emocionales (represión). La amnesia puede presentarse en cualquiera de las tres etapas mencionadas registro, retención y recuerdo.

Así por ejemplo, el hombre embriagado podrá departir y comportarse socialmente, pero luego no recordar lo ocurrido porque la obnubilación de la conciencia impide el adecuado registro; el tóxico

Localización de la Memoria



1. Impulsos visuales
2. Región hipocámpica (en Lóbulo temporal)

(alcohol) actúa sobre el sistema nervioso central bloqueando la retención.

Una persona sometida a variadas vivencias puede recordar en forma clara y reprimir el recuerdo de las desagradables. En este caso habría alteración en el recuerdo.

Un hombre que sufra un trauma craneano en accidente de tránsito podría no recordar cómo fue llevado al hospital y la asistencia médica que recibió; hablaríamos de amnesia anterógrada. Podría suceder también que no recuerde hechos o sucesos anteriores al accidente; llamamos a esto amnesia retrógrada. Cuando existe alteración de la memoria para un hecho circunscrito a horas o días, se habla de amnesia lacunar (laguna).

En las valoraciones de los ancianos se tiene en cuenta la memoria remota, o sea para hechos del pretérito; y memoria reciente para eventos del presente; siendo esta memoria la que más se altera en la senectud. De ahí que el anciano prefiera vivir en el pasado.

3.5.2 Hipermnesia

Grado exagerado de retención y recuerdo. Se observa normalmente en personas que tienen entrenamiento especial. Ejemplo los intelectuales. Patológicamente en los maníacos o retardados mentales; en este caso la hipermnesia no es de utilidad (ej. Aprender el directorio telefónico).

3.5.3 Paramnesia

Es la falsificación de la memoria. Se observan los siguientes fenómenos.

3.5.3.1 Confabulación

Relleno inconsciente de lagunas en la memoria con relatos imaginarios. Ejemplo: el alcohólico deteriorado que ante la falla de la memoria cuenta a sus interlocutores hechos y personajes precisos. Minutos después al ser interrogado relata otros hechos y personajes diferentes apartándose del relato inicial y sin percatarse de ello.

3.5.3.2 Falsificación retrospectiva (Pseudología fantástica)

Es la evocación de recuerdos distorsionados con falsos detalles.

3.5.3.3 Falsos reconocimientos

3.5.3.3.1 Deja Vú (lo ya visto)

Es la sensación de que una vivencia nueva ya ha sido experimentada anteriormente. El sujeto cree que ya antes había estado en ese lugar o que ya antes había escuchado eso.

3.5.3.3.2 Jamáis Vú {lo jamás visto}

Es la impresión de no haber visto nunca algo que en realidad ya es bien conocido.

Falsos sentimientos de extrañeza ante situaciones que en realidad ya se han experimentado.

3.6 Sensopercepción

Es la precursora de la memoria, mediante la cual se tiene conocimiento de los objetos a través de los sentidos. Es además la interpretación de ese conocimiento. Gracias al funcionamiento de los órganos de los sentidos llegan al cerebro imágenes visuales, auditivas,

olfativas, gustativas, táctiles, cenestésicas cuyo significado depender de las experiencias que tenga el individuo en su pretérito.

Las alteraciones de las sensopercepciones, a grandes rasgos, están representadas por alucinaciones e ilusiones.

3.6.1 Ilusión

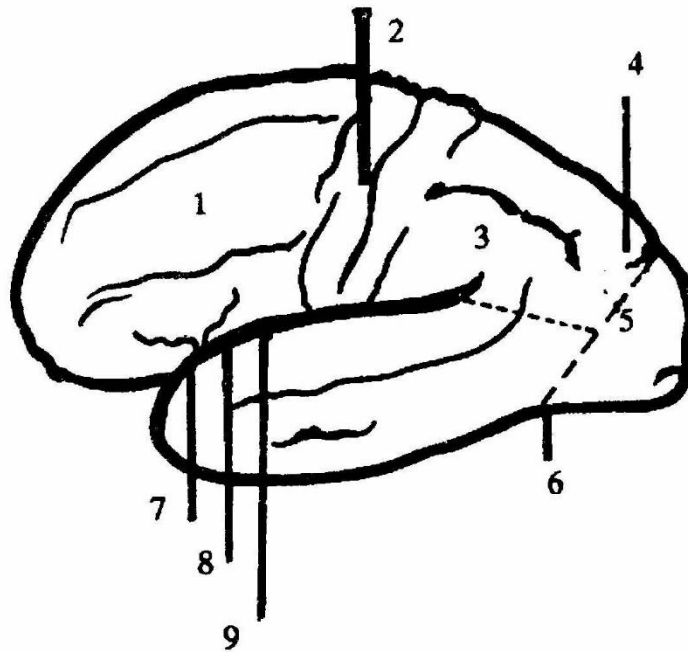
Es la distorsión de una experiencia sensorial externa real. Es el caso de la persona que ante un estado de ansiedad interpreta la sombra de un árbol como si fuera un atacante, o la persona que pisa unas hojas e interpreta este ruido como voces que lo llaman.

3.6.2 Alucinaciones

Falsa percepción sensorial sin que exista estímulo externo concreto. Los sueños de las personas normales son un prototipo de las alucinaciones del enfermo mental.

Algunas personas tienen alucinaciones en el momento que concilian el sueño (alucinaciones hipnagógicas) y se consideran

Lóbulos del Hemisferio Cerebral



1. Lóbulo frontal
 2. Surco central
 3. Lóbulo parietal
 4. Fisura parieto-occipital
 5. Lóbulo occipital
 6. Muesca pre-occipital
 7. Lóbulo temporal
 8. Rama anterior horizontal
 9. Rama anterior ascendente
 10. Rama posterior
- } Fisura lateral

normales. Patológicamente pueden ser producidas por tóxicos (alcohol, cocaína, LSD), factores emocionales (psicosis) o causas orgánicas (tumor occipital).

Las alucinaciones reciben su nombre de acuerdo con el órgano sensorial que escoja, así habrá alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, táctiles, gustativas, cenestésicas (o de alteración del esquema corporal, o de la posición y el movimiento del cuerpo).

3.7 Pensamiento

Unión entre una y otra idea por medio de la imaginación, concepción, inferencia y otros procesos y la formación de nuevas ideas. El pensamiento requiere de la percepción de los estímulos y es también un aplazamiento de la acción.

El pensamiento se estudia de acuerdo a la forma, curso y contenido.

3.7.1 Forma

De acuerdo con la forma u origen el pensamiento es lógico, racional, si sigue los postulados aristotélicos: espacialidad, temporalidad, causalidad, identidad y contradicción.

La espacialidad se refiere a la heterogeneidad en el espacio que admite la materia sin separación ni superposición de sus partes. La temporalidad hace referencia al tiempo, se opone a perpetuo y eterno.

La causalidad es el antecedente necesario e invariable de un efecto. La identidad es un concepto que representa la esencia total del sujeto.

La contradicción afirma que una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo y bajo el mismo aspecto.

El pensamiento lógico es un proceso secundario de pensamiento con flujo de ideas o asociaciones que tienen una meta, buscan solucionar un problema o tarea y conducen a una conclusión adaptada a la realidad. Cuando se altera la forma del pensamiento puede llamarse ilógico, autista, irracional, dereístico, mágico, etc.

3.7.2 Curso o progresión

El curso del pensamiento está dado por la velocidad, ritmo, progresión y el tipo de actividad asociativa de las ideas, que se investiga de acuerdo al lenguaje verbal o escrito del individuo.

Sus alteraciones básicamente son:

3.7.2.1 Fuga de ideas

Aumento en la actividad asociativa y rápida divagación de una idea a otra.

3.7.2.2 Retardo

Lento en el fluir y habitualmente en tono bajo.

3.7.2.3 Prolijidad o circunstancial

Es un discurso adornado con demasiados detalles antes de dar la idea central. Es una digresión fatigante.

3.7.2.4 Incoherencia o disgregación

Una idea se superpone a otra sin sucesión lógica.

3.7.2.5 Perseverante

Repetición persistente de una idea.

3.7.2.6 Bloqueo o intercepción

Súbitamente cesan la expresión y progresión del pensamiento; con continuidad o no de la idea cuando el individuo recobra el discurso.

3.7.3 Contenido del pensamiento

O la esencia del pensamiento. Está representado por el cúmulo de ideas, que debe estar ajustado a los principios de realidad (principios aristotélicos) y respaldados por una carga afectiva adecuada.

Las alteraciones en el contenido del pensamiento son:

3.7.3.1 Idea predeterminada

Sobreestimada o prejuicios. Es el caso de los fanáticos que por la carga afectiva presuponen sin muchos elementos de juicio.

3.7.3.2 Idea delirante

Falsas creencias e interpretaciones de hechos independientemente de su real significado. No se corrige con el raciocinio lógico. Ejemplo, el individuo que se cree Napoleón.

3.7.3.3 Idea suicida

Pensamientos de autodestrucción.

3.7.3.4 Idea hipocondríaca

Excesiva y morbosa preocupación por la salud física. El que cree estar enfermo del corazón, sin estarlo, o el que cree que no tiene cerebro (en este caso es delirante).

3.7.3.5 Idea obsesiva

Idea que aparece constantemente en la conciencia acompañada de ansiedad, vivencia extraña y contra la cual se lucha para alejarla de la conciencia.

3.7.3.6 Idea fóbica

Temor irracional ante una situación u objeto determinado, del cual el sujeto se defiende evitándolo. Idea fija acompañada de angustia y evitación.

3.7.3.7 Idea de referencia

Interpreta ideas o acciones de otros como si tuvieran relación con su persona. Es el caso del que oye un grupo de personas reír e interpreta que se burlan de él.

3.7.3.8 Delirio

Idea delirante sistematizada desarrollada ampliamente y con conclusiones ordenadas.

3.8 Afecto

El afecto es la variación, modulación y expresión intensa y temporal de los sentimientos. La emoción corresponde a la respuesta fisiológica que acompaña al afecto. Los sentimientos son vivencias y estados del Yo. Los sentimientos se derivan de los instintos o pulsiones, pero son más diferenciados. Algunos sentimientos son la ira, el odio, la tristeza, los celos, la envidia, la esperanza, la gratitud, el miedo, la hostilidad, la soledad, la inferioridad.

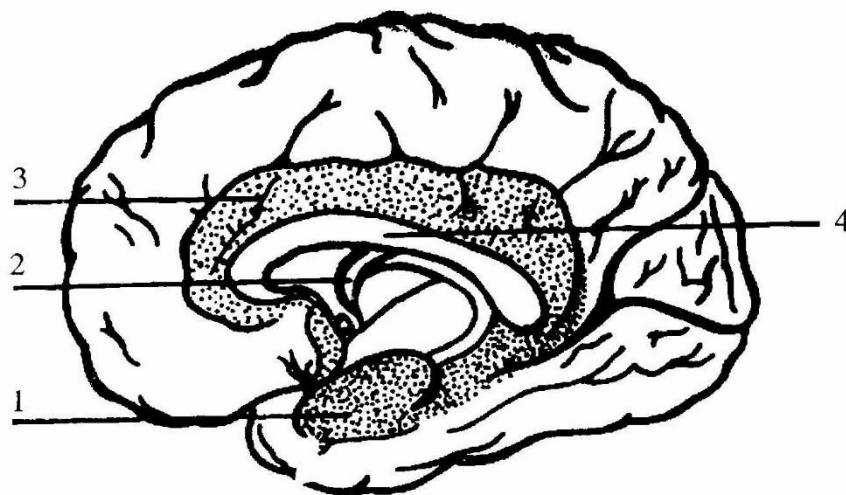
La afectividad penetra y matiza toda la vida psíquica. Determina la actitud general, ya sea de rechazo o aceptación, en relación con cualquier experiencia. La afectividad tiene un componente dinámico que influye en el contenido del pensamiento y en la voluntad o conducta.

Las alteraciones del afecto son:

3.8.1 Euforia

Afecto moderadamente placentero que supera un estado normal de alegría.

Localización del sistema (lóbulo) límbico



1. Giro parahipocámpico
2. Fornix
3. Girocingulado
4. Cuerpo calloso

3.8.2 Júbilo

Afecto placentero más intenso que la euforia y que fácilmente se torna en irritabilidad.

3.8.3 Exaltación

Júbilo intenso acompañando de ideas de grandeza.

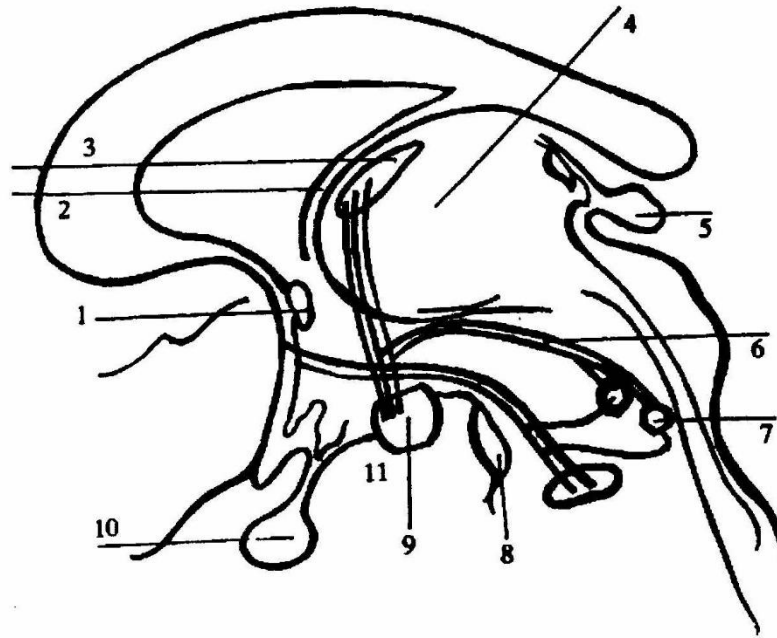
3.8.4 Éxtasis

Estado tranquilo de meditación con sensación de poder.

3.8.5 Ansiedad

Estado desagradable con sensación de peligro amenazador, malestar, tensión, aprensión determinado por conflictos intrapsíquicos inconscientes. La respuesta fisiológica o descarga del sistema nervioso autónomo como taquicardia, taquipnea, sudoración, palidez etc. que acompañan a la ansiedad, se denomina angustia. Una ansiedad más intensa con componentes de terror, desastre inminente y pérdida del control recibe el nombre de pánico.

Esquema de las áreas y vías límbicas



1. Área septal
2. Fórnix
3. Grupo de núcleos anteriores del tálamo
5. Glándula pineal
7. Núcleo tegmental dorsal
8. Núcleo interpenduncular
9. Cuerpo mamilar
10. Hipófisis
11. Amígdala

Vías:

4. Tracto o vía mamilotalámica
6. Tracto mamilotegmental

3.8.6 Depresión

Estado de aflicción y abatimiento similar a la tristeza, acompañada de disminución en la actividad motora y sentimientos de culpa.

3.8.7 Afecto inadecuado

Empobrecimiento y falta de modulación de la vida sentimental. Incapacidad para expresar los sentimientos. Afecto pobremente modulado.

3.8.8 Afecto inapropiado

Falta de concordancia entre el estímulo y la respuesta. La persona ríe cuando la situación social requiere expresión de tristeza.

3.8.9 Afecto ambivalente

Expresión de dos sentimientos o emociones opuestas. Amor y odio a la vez.

3.8.10 Labilidad afectiva

Expresión brusca y repentina de un sentimiento ante estímulos leves o de poca importancia.

3.8.11 Apatía

Carencia total de afectividad.

3.9 Inteligencia

Si definir es una tarea compleja, cuando pretendemos definir que es inteligencia (facultad que organiza y elabora las definiciones) la dificultad es mayor. Porque no encontramos una definición que abarque todos los aspectos del ser inteligente.

No obstante, transcribiremos algunas (tomado de Luzuriaga):

Claparede: "Capacidad para resolver por el pensamiento problemas nuevos"

William Stern: "capacidad de adaptarse a condiciones nuevas".

Thorndike: "capacidad para reaccionar correctamente desde el punto de vista de la verdad de los hechos".

Stoddard: "habilidad para aprender ciertos aspectos o para ejecutar otros nuevos que sean funcionalmente útiles".

Calvin: "capacidad para adaptarse al ambiente de uno".

Kanner: "capacidad de pensar, resolver problemas y analizar las situaciones de la vida".

Piaget: "el estado de equilibrio hacia el cual tienden todas las adaptaciones sucesivas de orden sensomotor y cognoscitivo, así como todos los intercambios asimiladores y acomodadores entre el organismo y el medio".

El médico psicólogo Artidoro Cáceres dice: "procesos neuro-psicológicos gracias a los cuales se conoce, se comprende, se establecen relaciones y se resuelven problemas buscando soluciones que constituyen y fortalecen el bienestar individual y colectivo, tales procesos son factibles de ser medidos por los llamados 'test', medidas o pruebas de inteligencia".

3.10 Conación

La conación o volición es la expresión motora de la personalidad de un individuo; la volición es un acto motor de la voluntad que comprende tres momentos: deliberación, decisión y ejecución. La decisión implica toma de determinación y resolución. La conación no puede considerarse separada del pensamiento ni de los afectos.

El componente afectivo de una idea determina la fuerza y dirección de la acción que sigue a esa idea.

Las alteraciones de la conación o volición son:

3.10.1 Aumentada

O hiperactividad; hay exageración en la necesidad de estar ocupado. El individuo camina de un lado para otro, se coge las manos, etc. Los niños hiperquinéticos se tornan destructivos impulsivos y excitables.

3.10.2 Disminuida

O hipoactividad. Hay lentitud en la expresión motora. El sujeto parece fatigado y su postura es de futilidad.

3.10.3 Repetitiva

O estereotipia y manierismos. Se repite constantemente e innecesariamente un movimiento. Al estar sentado se mueve una pierna rítmica y repetidamente. Cuando se habla por teléfono se hurga en el hueco de la pared.

El manierismo se refiere más que todo a la serie de movimientos repetitivos de todo el cuerpo al caminar o hablar.

3.10.4 Automática

Se obedece a toda **sugestión o** repetición los actos ordenados o mandados.

3.10.5 Negativismo

La resistencia u oposición a toda sugerencia.

3.10.6 Tics

Movimiento espasmódico repetitivo **involuntario** de músculos **voluntarios**.

3.10.7 Compulsión

Necesidad apremiante, morbosa de ejecutar un acto aparentemente irracional de manera repetitiva.

Por ejemplo cleptomanía (compulsión a robar), monomanía (preocupación por un solo tema), ninfomanía (necesidad del coito en la mujer), satiriasis (necesidad del coito en el hombre), tricotilomanía (compulsión a arrancarse el cabello), egomanía (preocupación patológica de sí mismo).

3.10.8 Catatonía

Inmovilidad prolongada. Puede acompañarse de la flexibilidad cérica: la persona mantiene la posición corporal (a veces incómoda) en la que se le coloca.

3.10.9 Ecopraxia

El sujeto imita patológicamente los movimientos de otras personas.

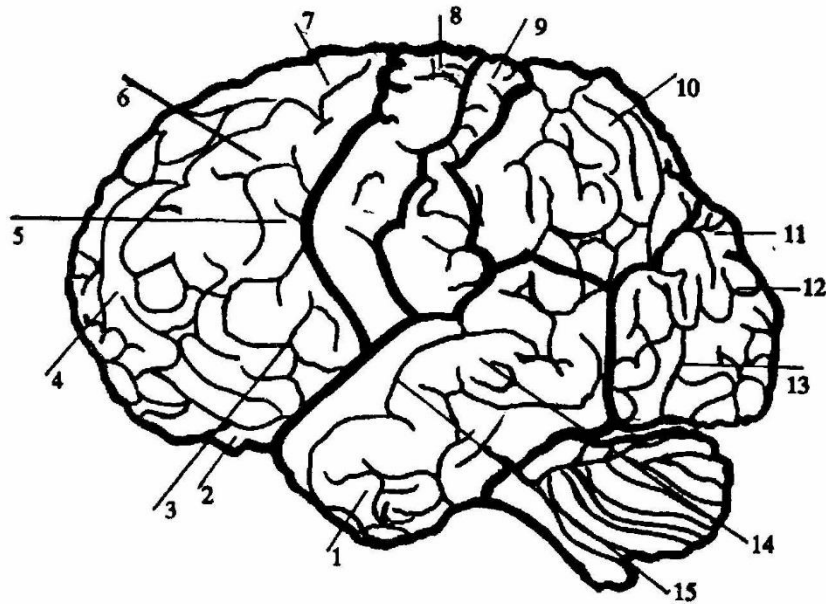
3.10.10 Sonambulismo

O andar dormido. Actividad motora durante el sueño.

3.11 Prospección

Tipo de proyectos que la persona señala para el futuro y su viabilidad de acuerdo a sus propios medios. La prospección puede ser adecuada o inadecuada (no viable) de acuerdo con la realidad externa. Puede estar debilitada o incluso ausente (incierta).

Lóbulos y áreas cerebrales



1. Lóbulo temporal
2. Olfatorio
3. Área de Broca
4. Área frontal
5. Campo visual
6. Corteza premotora
7. Área motora suplementaria
8. Corteza motora
9. Corteza somato-sensorial
10. Lóbulo parietal
11. Lóbulo occipital
12. Área primaria visual
13. Área asociación visual
14. Área asociación auditiva
15. Área auditiva primaria

3.12 Introspección

Grado en el cual la persona se da cuenta de que está enferma, reconoce la naturaleza de su enfermedad. Puede observarse y entenderse a sí misma. Reconoce sus imitaciones adaptativas. Las alteraciones dependen de ese grado descrito (ausente, negativa, parcial).

3.12 Introspección

Grado en el cual la persona se da cuenta de que está enferma, reconoce la naturaleza de su enfermedad. Puede observarse y entenderse a sí misma. Reconoce sus imitaciones adaptativas. Las alteraciones dependen de ese grado descrito (ausente, negativa, parcial).

3.13. Juicio

Capacidad para comparar hecho o ideas, entender su relación y sacar de

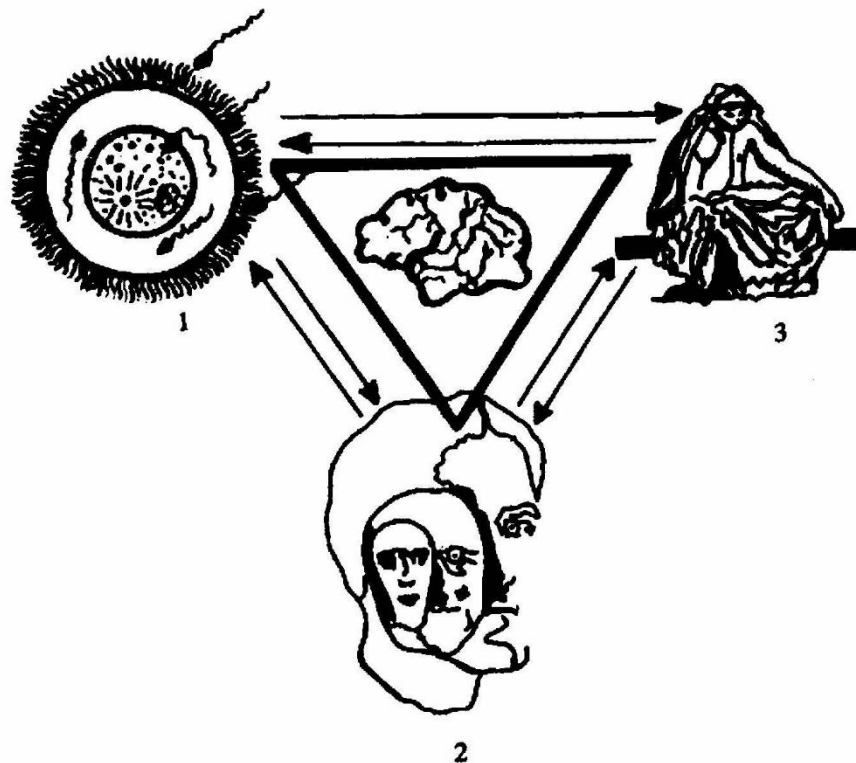
ello conclusiones.

El juicio en buena medida depende de las características de la personalidad y está de manera importante influenciado por la vida afectivo emocional. Por lo anterior cuando existe alteración en el afecto como en el caso de las neurosis el juicio estará alterado pero no totalmente alejado de la realidad externa. En los casos de psicosis encontraremos graves alteraciones en el juicio de la realidad externa. En estos casos el paciente no puede diferenciar entre su realidad interna y la externa.

3.14. Raciocinio

Unión de juicios que guardan concordancia unos con otros con el fin de obtener conclusiones, comprobar o demostrar algo. Se deduce de lo anterior que si el juicio está alterado, el raciocinio también lo estará.

Factores que intervienen en procesos mentales



1. Factores biológicos
2. Factores sociales
3. Factores psicológicos

4. Personalidad

“El concepto de personalidad es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambientales, sociales, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño”(Bransky).

La personalidad puede estudiarse desde diferentes puntos de vista como el histórico, genético, el topográfico y el estructural, entre otros.

4.1 Histórico

Evolutivo o histórico estudia el desarrollo de la personalidad desde el nacimiento (o antes del nacimiento con la psicología prenatal), pasando por la infancia, la niñez temprana, la niñez intermedia, la adolescencia, la juventud y la vejez. Cada etapa se caracteriza por fuerzas básicas como la esperanza, la voluntad, la finalidad, la competencia, la fidelidad, el amor, el cuidado y la sabiduría, o por contrafuerzas o ritualismos como el idolismo, el legalismo, el moralismo, el formalismo, el totalitarismo, el elitismo, el autoritarismo y el dogmatismo (Erikson).

4.2 Topográfico

El punto de vista topográfico completa tres espacios virtuales o ideales: consciente, preconscious e inconsciente. El consciente es lo que captamos y conocemos espontáneamente en estado de vigilia. Se emplea la sensorio-percepción y la conciencia neurológica. Mediante el consciente se tiene una vivencia de sí mismo (YO) y del mundo que nos rodea. El preconscious es un espacio intermedio entre el consciente y el inconsciente. Contiene dos barreras que permiten o impiden el acceso al consciente o al inconsciente. Allí el Yo establece la censura del material inconsciente que quiere hacerse consciente; para ello emplea una serie de mecanismos adaptativos como la simbolización, condensación, represión, etc. Cuando tratamos de recordar algo y decimos "lo tengo en la punta de la lengua", ese algo está en el preconscious. Si logramos recordar ese algo, entonces se hará consciente. Pero si no logramos recordar, ese algo se hará inconsciente gracias al éxito del Yo en emplear la represión.

El inconsciente corresponde al espacio virtual más profundo de la personalidad. Contiene ideas, imágenes, sucesos, emociones, deseos y energía psíquica. "No hay sentido del tiempo, ni orden, ni lógica en el inconsciente y las contradicciones coexisten, sin anularse entre sí" (Freud). El inconsciente se expresa mediante los sueños (actividad onírica), los chistes, las bromas, la creación artística, los mitos, la religión.

Freud en su obra *Psicopatología de la vida cotidiana* ilustra de manera amplia una serie de actos de las personas normales que son manifestación del inconsciente como el olvido de nombres propios, olvido de palabras extranjeras, olvido de nombres y series de palabras; equivocaciones orales, de lectura y escritura, olvido de impresiones y propósitos, torpezas o actos de término erróneo, errores de la memoria, recuerdos infantiles y recuerdos encubridores, creencia en la superstición y otros. Dice Freud: "El carácter común a los casos benignos y a los graves, carácter del cual participan también los actos fallidos y causales, yace en la posibilidad de referir los fenómenos a un material psíquico incompletamente reprimido, que es rechazado por la consciencia, pero al que no se ha despojado de toda capacidad de exteriorizarse". El inconsciente se manifiesta de manera dramática mediante los síntomas de la enfermedad mental.

4.3 Estructural

El punto de vista estructural contempla tres instancias hipotéticas dotadas de energía dinámica: ELLO, YO y SUPERYO. El ELLO comprende los instintos o pulsiones; son de origen biológico y constituyen el origen de una gran parte de la conducta. El impulso sexual, la agresión, la necesidad de seguridad constituyen ejemplos de tales tendencias. Los impulsos agresivos como la defensa, el egoísmo, el mal genio, la bajeza, la voracidad, los celos, la hostilidad y la violencia. Freud habló de dos instintos básicos: Eros y Tanatus. EL ELLO topográficamente es inconsciente.

El Yo es la parte de la personalidad que constituye el contacto con el mundo externo mediante las funciones autónomas (conciencia, pensamiento, afecto, memoria, etc.). Es el órgano ejecutivo de la mente que media entre las demandas del ELLO, los valores condicionados socialmente (SUPERYO) y las exigencias externas de la realidad. Emplea los mecanismos adaptativos y/o de defensa:

represión, identificación, simbolización, introyección, proyección, desplazamiento, regresión, condensación, racionalización, intelectualización, incorporación, sublimación, supresión, clivaje, externalización, evitación, fantasía, formación reactiva, anulación, aislamiento, idealización, fijación, compensación, vuelta contra sí mismo, negación, conversión, somatización, disociación, etc.

Topográficamente el YO tiene representaciones consciente, preconsciente e inconsciente.

El SUPERYO es el portador de los valores éticos: la consciencia moral. Implica normas de lo que está bien o mal. Censura, reprime, castiga o estimula. Favorece el desarrollo del YO o impide su expresión al tornarse sádico y cruel contra el YO. Es el responsable de los accidentes. De acuerdo con la teoría psicoanalítica los accidentes son provocados inconscientemente por el YO para acallar los sentimientos (inconscientes) de culpa. Estos a su vez son originados por el SUPER YO. Topográficamente tiene representación consciente, preconsciente e inconsciente.

4.4 Genético

La libido es una energía biológica del instinto sexual. Para Freud, la sexualidad es placer. Hay que diferenciar sexualidad de genitalidad; no son sinónimos. La sexualidad es oral, anal y genital. La libido

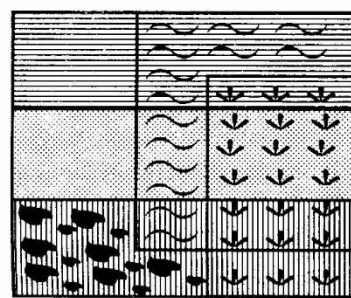
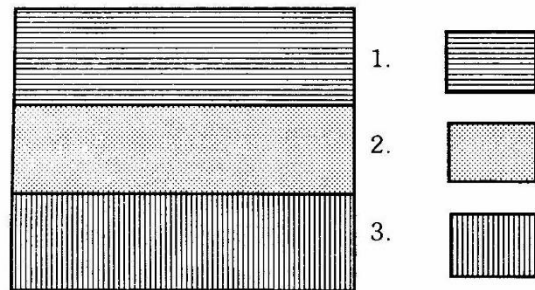
evoluciona (génesis) a lo largo de las etapas oral, anal y genital. La etapa oral va desde el nacimiento hasta los dos primeros años; allí mantiene su predominio mediante la lactancia. Durante los dos primeros años, el niño experimenta placer (sexual) a través de la boca. Pero no solamente la boca es oral. También lo son los ojos, los oídos y en general los cinco sentidos. Oral es lo que entra a nuestro organismo biopsicológico. Mediante los cinco sentidos ingresan todas las sensaciones. El adulto continúa disfrutando de la sexualidad oral cuando degusta una buena comida, es melómano, "devora" un libro, fuma, es alcohólico o drogadicto. La etapa oral se subdivide en dos: succionadora y canibalística. La segunda implica una incorporación más activa gracias al uso de los dientes. La libido se puede fijar en la etapa oral y predispone a la psicosis maníaco depresiva, psicosis esquizofrénica, psicosis paranoide, personalidad depresiva, neurosis depresiva, trastornos psicosomáticos, alcoholismo y drogadicción.

Normalmente la libido evoluciona de la etapa oral a la anal. Esta va desde los 1,5 años a los 3 años. Es la etapa del control de los esfínteres (vesical y anal). El niño experimenta placer al expulsar o retener la orina y las materias fecales. Lo anal guarda relación con el control de sí mismo, de los otros, de los objetos, de lo social. Existe relación entre lo anal y las conductas sádicas. También se relaciona con el dinero, la creatividad en la literatura, la música y el arte. Esta etapa se subdivide en dos: retentiva y expulsiva. La fijación en la etapa anal predispone a lo paranoide (segundo punto de fijación), a la personalidad anancástica, a la neurosis obsesivo compulsiva.

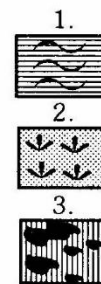
Entre el tercer y quinto año de la vida la libido se centra en el pene (falo) del niño y el clítoris de la niña. Se presenta el complejo de Edipo y el de castración. La fijación en el complejo de Edipo da la neurosis histérica y fóbica, las personalidades histérica, sociopática y fálica; el fetichismo, el exhibicionismo, la homosexualidad, la disociación mujer buena (madre) y mujer mala (prostituta), el parricidio.

El conflicto edípico se resuelve por la identificación introyectiva de la imagen positiva y permisiva del progenitor del mismo sexo. Da el predominio de la sexualidad a nivel genital.

Teorías de la Personalidad



Inter-relación teoría
topográfica y estructural



Teoría estructural

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Teoría topográfica:	Interrelación Teoría topográfica y estructural
1. Consciente	Teoría estructural
2. Pre-consciente	1. Super-yo
3. Inconsciente	2. Yo
	3. Ello

5.Trastornos de personalidad

Por personalidad entendemos una serie de importantes matices diferenciales de los seres humanos. Se basan también en ciertos atributos físicos también diferenciadores. Determina en gran medida la manera de actuar del ser humano, sus logros y realizaciones y la forma en que es visto por los demás. La unión de todos esos rasgos junto con los aspectos físicos da lugar al perfil de personalidad.

Los rasgos de personalidad no aparecen accidentalmente, ni son congénitos, sino que se desarrollan progresivamente como pautas mas o menos fijas y estereotipadas de actitud y respuesta ante los estímulos externos e internos.

Conceptualizando así que es la personalidad vemos que coincide en gran manera con el concepto del YO. Las pulsiones instintivas son, con algunas diferencias cuantitativas, las mismas para todos los individuos. Lo que varía, son las formas como estas pulsiones, en interacción con las exigencias y presiones del medio ambiente, se exteriorizan y satisfacen, se inhiben o se modifican y cambian sus fines. Cualquier forma de conducta es el resultado de la adecuación entre los impulsos y la realidad externa a través de la actividad del YO.

Todos los rasgos de personalidad pueden ser reducidos en esencia a tres tipos: los rasgos de tipo sublimado, la reacción caracterológica y la neurosis de carácter.

A) Los rasgos de tipo sublimado. Son el resultado de la labor organizadora del YO. Este ha logrado que los impulsos destructivos queden neutralizados por los eróticos o de vida. El predominio de estos rasgos es lo que da lugar a la normalidad psíquica.

B) Reacción caracterológica. Los rasgos son el resultado de un compromiso entre la pulsión (instinto) primaria y su represión por una contrapulsión, motivo por el cual se denominan también rasgos defensivos o reactivas de carácter o de la personalidad. Aquí la represión ha obtenido un mayor éxito que en la neurosis, pero pueden ser considerados, hasta cierto punto, como sustitutos o equivalentes de los síntomas neuróticos.

Los síntomas neuróticos son siempre consecuencia de un fallo de la represión. Muchos individuos presentan así durante suficiente tiempo un carácter reactivo, sin síntomas neuróticos, hasta que con ocasión de una sobrecarga emocional (fracasos, éxitos, cambios existenciales importantes, climaterio, enfermedades, accidentes, etc.) aparece la neurosis manifiesta.

El carácter o personalidad de tipo reactivo, es rígido e inmodificable, poco eficiente, pues tiene como una especie de coraza en la cual quedan encerradas las aptitudes y capacidades creadoras del individuo. Los impulsos rechazados se abren paso entre las defensas caracterológicas y se mezclan de alguna forma con ella, lo

que intensifica la constante actitud de control y vigilancia en que desgastan el Yo de estas personas.

De acuerdo con las diferentes formas de reacción caracteriológicas existen tipos de personalidad con una estructura patológica, entre los cuales mencionaremos la personalidad: paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, anancástica, histérica, asténica y pasivo-agresiva.

5.1 Personalidad paranoide

Hay excesiva sensibilidad ante los contratiempos y ciertas circunstancias como humillaciones y desaires, tendencias a distorsionar la experiencia por la elaboración errónea de las acciones de otros. Sentido combativo y tenaz acerca de los derechos personales. Puede haber propensión a los celos o en sentido excesivo de la importancia propia. Pueden sentirse víctimas a las acciones de otros. En todos los casos hay excesiva autorreferencia. Básicamente inseguro y con sentimientos de descontento e inadecuación acerca de sí mismo. Permanece alerta para defender su auto-imagen de las amenazas que cree percibir y naturalmente para evitar estos supuestos peligros, puede atacar. En algunas ocasiones sus actitudes y formas de comportamiento originan precisamente lo que tanto teme: la hostilidad y el rechazo de los otros, encerrándose así en grave círculo vicioso. Sus actitudes tienen como finalidad mostrar a los otros y así mismo su superior valor. Aún cuando suele ser realmente eficiente y con buena inteligencia, se pierden posibilidades por su inflexibilidad y su pobre autocritica e incapacidad para aceptar el criterio de los otros. Por lo general carece de humor y no sabe relajarse.

5.2 Personalidad ciclotímica o afectiva

Kahlbaum introdujo el término ciclotimia para designar la predisposición del individuo a alternar el estado de ánimo, pasando de la alegría y vivacidad a la depresión ligera. Chistopher Smart (1722-1721) poeta inglés dijo de sí mismo "tanto para la alegría como para la melancolía tengo un alcance mayor que el de cualquier otro"

Tiene un pensamiento, humor y capacidad de relación diferente al esquizoide. El ciclotímico es efervescente, realista y práctico. Entabla fácilmente relaciones y se satisface con ellas. Sabe expresar francamente sus sentimientos. Prefiere lo concreto a lo abstracto, la actividad a la fantasía, la compañía a la soledad. Pero su vida se ve perturbada por los cambios de humor que oscilan de la alegría desbordante a la tristeza, en algunos casos predominando uno solo de los polos. Estos cambios de humor, se diferencian del ser normal en algunos aspectos:

1. No parece obedecer a causas externas, conocidas, sino más bien a causas internas de las que el mismo no puede dar razón.
2. Estas oscilaciones son más intensas con profundidad y en frecuencia de las que suceden en personas normales.
3. Estas oscilaciones graves, hacen que los otros perciban el hecho como patológico, en cambio el ciclotímico no lo percibe y debido a ello no acude al psiquiatra.

Es una estructura de personalidad precursora de la psicosis maniaco depresiva.

5.3 Personalidad esquizoide

Bleuler la denominó esquizoide. Kretschmer la denominó esquizotímica. Presenta incongruencia de la vida afectiva, asociada a una personalidad con vida social deficiente. Carece de la resonancia y la simpatía de lo ciclotímico. Un rasgo fundamental es la tendencia a evitar relaciones interpersonales íntimas o prolongadas. El eje central de su vida consiste en el aislamiento que impide un adecuado proceso de socialización y de establecimiento de vínculos interpersonales durante la maduración del sujeto. Los niños con personalidad esquizoide son tímidos, dóciles y obedientes y padres y maestros estimulan esta forma patológica de ser.

El esquizoide suele ser extremadamente sensible y ante las ofensas reales o imaginarias rara vez responde con agresividad y más bien se refugia en fantasías de omnipotencia o en fría y distante resignación. Rara vez intenta resolver sus conflictos mediante la comunicación abierta, la expresión de sus necesidades o la discusión franca. La actitud de desapego emocional y alejamiento ayuda al esquizoide a soportar su soledad, pero al transmitir una impresión de frialdad desinterés, contribuye a aumentar su extrañamiento. Se comportan como observadores situados al margen. Evita la competición en actividades que demandan contacto físico o emocional con sus compañeros. Puede dirigir sus impulsos hacia animales, cosas o actividades que se pueden llevar a cabo en la filosofía o movimientos ideológicos a veces utópicos, o también puede sublimar sus impulsos en el arte y la literatura. Los libros pueden ser para el sustituto de la compañía humana. La mayor parte de los esquizoides presentan junto a una pobre y frágil genitalidad, una marcada disociación entre los impulsos y sentimientos de ternura y amor, por un lado, y los impulsos y necesidades de tipo acusadamente pre-genital, por otro lado. Esto hace que sólo mantengan relaciones sexuales, con personas por las que sienten desprecio e indiferencia, mientras que dirigen su capacidad de ternura hacia alguien que idealizan. En el matrimonio las relaciones sexuales pueden ser fuertemente intelectualizadas y desinvestidas de carga afectiva, siendo vividas fríamente, como una obligación contractual.

5.4 Personalidad explosiva (agresiva o con trastorno emocional de personalidad de tipo impulsivo)

Lyon la describe con "inestabilidad del ánimo, con tendencia a estallidos intemperados de ira, odio, violencia o afecto. La agresión puede expresarse por medio de palabras o violencia física. Los arrebatos no pueden ser controlados con facilidad por la persona afectada, que por lo demás, no es propensa a la conducta antisocial". La hostilidad se dirige especialmente hacia las personas revestidas de autoridad las cuales serán atacadas frontalmente o con campañas de desprestigio. Desde niños estos individuos han sido abiertamente hostiles contra su padre. Bajo su superficie puede descubrirse profunda dependencia. Frente a iguales e inferiores impera la necesidad de poder; y algunas veces actitudes destructivas. Son irritables, competitivos, ambiciosos y con resentimientos. Psicodinámicamente este tipo de personalidad deriva de la persistencia de los impulsos agresivos propios de la fase oral sádica. La necesidad de combatir y dominar a los demás, es, el resultado de una formación reactiva ante los sentimientos de desvalimiento, la ansiedad por la pérdida del objeto (madre) y la necesidad de dependencia.

5.5 Personalidad anancástica (compulsiva)

Son aquéllas cuyo Superyo funciona intensamente; suelen estar en duda constante respecto a lo que deben hacer y tienen que repasar las cosas una y otra vez. Son perfeccionistas. Dudan de sí mismas. Carecen de capacidad normal para descansar. Tienden a obedecer órdenes literalmente; tienen exagerado sentido del deber, los atormentan sus responsabilidades y escrúpulos. Son tercos. Con frecuencia los rasgos son defensas contra impulsos agresivos inconscientes y contra el sentimiento de culpa que acompaña a dichos actos. La tensión crónica de la personalidad compulsiva, compulsiva.

El principio fundamental que rige sus funciones es la necesidad de orden, claridad y perfección, sin tolerancia para la incertidumbre o modificación. Ello hace que les sea difícil afrontar situaciones en las que no exista programación previa y detallada. En trabajos que requieren constancia, atención, detallismo, centración y ajuste a un plan previo, destacan las aptitudes y cualidades de estos sujetos, siempre que sea dentro de un contexto social aceptable y seguro. Pero en cambio en circunstancias imprevisibles en donde es necesaria la improvisación, la flexibilidad mental y la capacidad de tomar decisiones, estos individuos, pueden fracasar estrepitosamente y sufrir un derrumbamiento psíquico importante. Su adaptación como jefes les resulta difícil. Habitualmente no toleran en sus subalternos diferencias en su estilo de trabajo. Molestan por los pequeños detalles, el cumplimiento exacto de las normas, la realización al pie de la letra de lo establecido, ahogando las posibilidades de espontaneidad, creatividad y libertad en la iniciativa. Todo ello hace que se comporten de una manera obstruccionista, pedante, orgullosa, desconfiada e irascible.

En el matrimonio hay frialdad, distancia y formalismo. Las personalidades obsesivas se muestran extremadamente y externamente como fuertes, seguras y confiadas en sí mismas. Es frecuente que las personalidades pasivo-dependiente se sientan atraídas por ellas y así forman una alianza donde el compulsivo impone sus pautas, sus reglas, sus formas de comportamiento, sus medidas de seguridad, haciendo que el matrimonio quede convertido en actos planeados, obligaciones, ritos y hábitos inmodificables.

5.6 Personalidad histérica

En los hombres el carácter de "Don Juan" representa este tipo de personalidad. Dicen Noyes y Kolb: "el impulso coercitivo de conquistar y el exhibicionismo a menudo tienen como base un sentimiento escondido de incompetencia masculina que se asocia a la necesidad de engañar, demostrar que es más listo que la otra persona y conquistar. El don Juan al repetir sus conquistas, hace evidente su falta de satisfacción en cada idilio sucesivo".

Son individuos vanidosos, egocéntricos y portadores de una afectividad lábil y superficial. Destacan en ellos la constante búsqueda de atención, admiración y solicitud por parte de los demás, para obtener lo cual pueden recurrir a la mentira (mitómanos). Eróticamente su comportamiento suele ser provocativo, especialmente cuando se trata de mujeres y pueden llevar vida sexual promiscua,

pero en realidad son personas frías y sin verdadera capacidad para dar o recibir placer sexual.

Son frágiles ante las situaciones que provocan impacto emocional como catástrofes. Expresan sus impulsos y sentimientos mediante fenómenos somáticos. Comparte con la personalidad sociopática el arte de manipular a los demás. En conjunto, esta clase de personalidad es más frecuente en mujeres, lo cual hace que los hombres que la poseen, sean juzgados como escasamente masculinos.

5.7 Personalidad asténica (pasivo-dependiente)

Expresan franca ausencia de seguridad y confianza en sí mismos; hay sentimientos de desamparo e indecisión. Rehuyen la agresión, son pasivos tímidos y temerosos. Tienen inconscientemente una hostilidad primaria cubierta por una coraza de timidez.

Durante los primeros años de su vida, el niño es un ser extremadamente dependiente. Los rasgos caracterológicos de los pares antitéticos pasividad-actividad, dependencia-autonomía, agresividad-amor, que se evidencian durante la vida del individuo dependen de la ecuación frustración-gratificación durante la fase oral (primer año) del desarrollo psicosexual. Las personas pasivo-dependientes se relacionan con los demás con una actitud de pasividad, demanda y petición de ayuda. Exigen amor y atención como algo que les es debido y que tienen derecho a esperar de quienes los rodean; al mismo tiempo que esta demanda infantil les sirve para controlar a aquellos a quienes dirigen sus peticiones. En la mayor parte de las culturas, se estimula en la mujer este tipo de conducta y por tal razón estos rasgos en el hombre se harán más evidentes.

Existen otros factores propiciadores de esta conducta como es el comportamiento sobreprotector de la madre: una imagen paterna poderosa y temida que inhibe la competitividad del niño. En determinados medios educativos se aplaude también la figura del niño y adolescente que se limitan a esperar órdenes, premios o castigos de sus maestros.

Cuando esta estructura de personalidad se vuelve ineficaz al individuo y éste se enfrenta a una divergencia entre sus necesidades y sus capacidades, puede caer en una actitud quejumbrosa, hipocondríaca, depresiva y de gran descontento.

Un subtipo de personalidad asténica es la personalidad inadecuada. Son personas que no logran adaptarse desde el punto de vista afectivo, familiar, ocupacional, económico, laboral y social. Todo esto a pesar de tener inteligencia normal (test psicométricos) y haber tenido oportunidades educativas y de otro tipo como cualquier individuo normal. Suelen ser personas ineptas, ineficaces aunque bondadosas y calmadas. Han sido definidas como "buenos para nada".

Carecen de perseverancia, previsión. No pueden trabajar ni esperar recompensa o placer diferidos, apareciendo por tanto como negligentes.

5.8 Personalidad pasivo-agresiva

La dosis de agresión es defensiva y pasiva. Algunos han sido temerosos o han mostrado hostilidad disimulada hacia su padre que fue dominante, rechazante y difícil de complacer.

La agresividad se expresa en forma encubierta y a través de los medios solapados y sutiles. La hostilidad tiene como principal finalidad conseguir la satisfacción de sus necesidades de dependencia y atención; pero sin que el sujeto llegue a ser consciente de las mismas, al mantenerlas siempre escondidas bajo las racionalizaciones y alegatos de sus derechos. Así mismo su agresividad es fundamentalmente desencadenada por las frustraciones de estos deseos. Por el contrario, cuando los mismos son satisfechos, se muestran tranquilos y sumisos. En conjunto podemos decir que bajo la apariencia del conformismo, aquí se esconde siempre una tenaz hostilidad.

5.9 El trastorno de personalidad narcisista

La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), esto es, el Diagnostic and Statistical Manual (DSM) la describe así:

1. tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. exige una admiración excesiva.
5. es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

5.10 Trastorno límite o borderline de personalidad

Kernberg nos ilustra y termina con la confusión que hay alrededor de la descripción del trastorno límite de la personalidad

- 1.-Presentan ansiedad crónica, difusa y flotante
- 2.-Pseudoneurosis: fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas múltiples conversivos, hipocondría, síntomas disociativos, fugas y estados de ensoñación.
- 3.-Sexualidad polimorfa perversa
- 4.-Estructuras de personalidad sobreagregada de tipo paranoide, esquizoide, hipomaniaca o ciclotímica. Esta estructura explica el tipo de psicosis en la cual el paciente irrumpe durante una crisis que parece trastorno delirante, esquizofrenia o trastorno afectivo.
- 5.-Pseudopsicopatía. Que lo lleva a las adicciones y conductas sociopáticas. Esto induce confusión cuando se trata por ejemplo de homicidios seriales a pensar en personalidad antisocial cuando podría ser un trastorno límite de personalidad.

C) Neurosis del carácter. Aquellos rasgos en los que parece que el YO ha fracasado, en su labor mediadora y las conductas representan la expresión directa, o casi directa, de los impulsos instintivos originales. En estos casos parece que el YO ha abandonado su función integradora y adaptativa para ponerse al servicio de determinados impulsos instintivos, muchas veces bajo el disfraz de racionalizaciones, proyecciones, idealizaciones, etc. El comportamiento en estos casos es disarmónico, impulsivo y desajustado a consecuencia del cual, el sujeto entra en repetido conflicto con la familia, la sociedad, el trabajo, su vinculación erótica, etc. En la neurosis y en las reacciones caracterológicas, la persona se esfuerza por su adaptación y cuando se ve perturbada por sentimientos e impulsos extraños, crea conciencia de enfermedad y puede pedir ayuda profesional.

En la neurosis de carácter, en cambio, se presentan trastornos menos definidos en los que participa todo el conjunto de la personalidad, no son sentidos como ajenos a sí mismo, sino egosintónicos y por tanto no producen conciencia de enfermedad. Los trastornos se manifiestan en la esfera del comportamiento y en muchas ocasiones son más molestos para la sociedad que para el sujeto mismo.

Mientras que en la neurosis y reacciones caracterológicas predominan los rasgos defensivos de carácter o personalidad, en la neurosis de carácter los rasgos son precisamente la expresión y descarga de las pulsiones instintivas no suficientemente evolucionadas ni armonizadas con el conjunto de la personalidad y con las demandas o necesidades de los otros.

Dentro de esta categoría podríamos distinguir tres formas fundamentales:

1. Personalidad sociopática, psicópata o personalidad antisocial
2. Trastornos o desviaciones sexuales
3. Toxicomanías: alcoholismo y drogadicción.

En la práctica estas tres formas, se entrecruzan y superponen continuamente entre sí. Dada la importancia de las neurosis de carácter en la implicación de conductas delictivas, serán tratadas cada una en capítulo aparte.

Finalmente, la casi total de la población podría ubicarse en cualesquiera de las reacciones caracterológicas descritas. Desde el punto de vista de la salud mental son el peldaño más cercano a la normalidad. Desde el punto de vista forense la presencia de uno o varios de estos rasgos descritos no constituye alteración importante y excepcionalmente podría llegar a constituirse en factor de inimputabilidad. Tampoco lo serían para interdicción judicial. En los procesos de familia se ubicarían como padres común y corrientes.

Cambios de una clasificación a la otra:

CIE 9	CIE 10
Psicópata o sociópata	Trastorno disocial de la personalidad

Explosiva y agresiva	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo
Histeria	Trastorno histriónico de la personalidad
Asténica	Trastorno dependiente de la personalidad

6. El Sociópata, Psicópata, o Personalidad Antisocial

Psicopatía es un término ampliamente utilizado por los periodistas, con el cual denominan indiscriminadamente todo tipo de alteración mental y preferencialmente si esta es violenta.

Seremos generosos en describir la sintomatología porque esta alteración representa el diagnóstico más frecuentemente hallado en delitos de diversa índole.

Hoy por hoy se utiliza más en psiquiatría el término Sociopatía, en substitución del más clásico de personalidad psicopática. La ventaja del primero consistiría en enfatizar la problemática social de esta entidad.

El Sociópata es asocial, al ser impulsado por tendencias de tipo primitivo y por un exagerado deseo de excitaciones. En su egocéntrica búsqueda de la satisfacción de sus tendencias ignora conciente j, voluntariamente las restricciones del medio en que vive. Es impulsivo, vive el momento presente desvinculado del pasado y del futuro. Sus acciones son improvisadas y guiadas por sus antojos. Es agresivo porque no ha aprendido formas socialmente aceptables para derivar sus frustraciones.

Puede cometer los actos más execrables y desestabilizar las

instituciones sin sentir remordimiento.

El Psychiatric Glossary de la American Psychiatric Association define las personalidades psicopáticas como predominantemente amorales y antisociales. Con acciones fundamentalmente impulsivas irresponsables y dirigidas a satisfacer sus inmediatos y narcisistas intereses, sin ninguna preocupación por las obvias e implícitas consecuencias sociales, con ausencia de manifestaciones externas de ansiedad o remordimientos por su conducta. Carece de capacidad para relacionarse lealmente con los otros hombres. Con alguna frecuencia adquiere habilidad en técnicas sociales, con lo que encubre parcialmente su falta de sentimientos comunitarios.

Hervy Cleckley en su obra *The Mask of Sanity* enumera los rasgos de la sociopatía así:

1. Superficial atractivo y buena inteligencia. En la práctica forense hemos visto desde inteligencia baja a inteligencia media.
2. Ausencia de ideas delirantes u otros trastornos del pensamiento,
3. Ausencia de manifestaciones psiconeuróticas.
4. Inconstancia.
5. Insinceridad.
6. Falta de vergüenza o remordimiento.
7. Conducta social inadecuadamente motivada.
8. Falta de ponderación e incapacidad de aprender con la experiencia,
9. Egocentrismo exagerado e incapacidad de amar.
10. Pobreza general de las reacciones afectivas.
11. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
12. Tendencia a la conducta fantástica y chocante con o sin libaciones.
13. Raramente realiza el suicidio.
14. Su vida sexual es impersonal, trivial y pobremente integrada,
15. No consigue persistir en un plan de vida.

Esta lista como puede observarse comienza con rasgos normales, casi atributos, luego excluye los síntomas de los trastornos neuróticos y psicóticos; precisamente porque los impulsos instintivos se han integrado al Yo, sin que exista el compromiso entre lo reprimido y la fuerza represora que origina el síntoma. Los sociópatas en sentido psicoanalítico no hacen síntomas, en general todas sus conductas son egosintónicas. Por tanto parecen casi normales.

La capacidad de empatía, entendida como "el sentir con", "identificarse y compartir los sentimientos y emociones de otros y sentir juntamente con ellos", se halla alterada en la psicopatía. La empatía es requisito esencial para el amor, el altruismo, la lealtad, educabilidad y adaptación al grupo social. El individuo con escasez de empatía no consigue sentirse a sí mismo incluido en el mundo de los otros, como tampoco podrá preocuparse por el mundo de los otros.

Al contrario se caracteriza por frío egoísmo, insensibilidad emocional, agresividad y violencia hacia los demás.

Debe diferenciarse el psicópata del delincuente profesional. La psicopatía predispone al delito, pero con frecuencia el delincuente profesional no suele ser un psicópata, ya que los códigos de conducta duros, estrictos y rígidos en la delincuencia profesional, serían incompatibles con la estructura de personalidad psicopática.

Se encuentran mecanismos psicopáticos en todo individuo. Examínese usted mismo. Cuando presuroso guarda el dinero excesivo que un cajero le devuelve en el restaurante, está ante un ejemplo de maniobra psicopática. Cuando estos mecanismos se convierten en el modo principal de funcionar hablamos de personalidad psicopática.

Un individuo sociopático muestra deficiencias en:

1. La manera de tratar sus impulsos
2. Su afectividad incluidas ansiedad, culpa y capacidad para el placer.
3. Sus relaciones de objeto
4. Patrones resultantes de la conducta manifiesta.

1. Impulsos

Son las representaciones mentales de necesidades y motivos que forman la fuerza impelente detrás de toda conducta. El psicópata es impaciente y hedonista y por tanto *puede ser agresivo si se le frustra* llegando a la crueldad y al sadismo sin presentar remordimientos por sus conductas. Sus episodios de agresividad pueden desaparecer repentinamente y no quiere comprender después por qué los demás atribuyen tamaño significado a su violencia.

2. Afectos

Sus actuaciones van encaminadas a evitar la ansiedad. Para esto requiere gratificación constante: la buscan en el alcohol, las drogas, los placeres sexuales, el dinero, el bienestar físico, las conductas temerarias, la rebeldía, la intolerancia a las normas. Si esto falla desencadena ansiedad, depresión, ira y conductas impulsivas. Los diversos autores convergen en que presenta una falta relativa de sentimiento de culpa. La fachada del individuo sociopático es a menudo convincente a primera vista pero los sentimientos que hay detrás son superficiales y producen poca empatía.

Los tipos psicopáticos exhiben una cálida simpatía. Personalidad amable, complaciente y subyugante hasta cierto punto, locuaces, bien hablados, pero en el momento propicio esta máscara dará paso a conductas violentas, frustrantes que dejarán en desconcierto a la víctima y al observador no comprometido. *Como su encanto inicial era actuado, sin el correspondiente compromiso afectivo*, no tendrá entonces sentimientos de culpa, de remordimiento ni vergüenza. Son personas que no guardan lealtad con nadie. El vacío interior de la vida del individuo lo desanima en su capacidad intelectual de abstraer, estimula su superficialidad y su falta de afectos.

3. Relaciones de objeto

El sociópata clasifica a las personas en dos: a. Aquellos que le dan placer, entonces se acerca a ellos, se aprovecha, los succiona y una vez que los siente empobrecidos los arroja, b. Aquellos que son fuente potencial de peligro; a estos los ataca físicamente o psíquicamente generándoles ansiedad.

Su interés emocional está centrado en sí mismo. Las demás personas son figuras transitorias en su vida: van y vienen, o las puede olvidar con poco sentimiento de pérdida. Se preocupa más por la manera de satisfacer sus necesidades, de modo que su estilo básico de relaciones interpersonales está en congraciarse, aprovecharse, explotar y manipular.

Existe una forma típica, una relación sado-masoquista entre el psicópata y uno de los dos progenitores. Cuando el psicópata se casa, esta actitud es desplazada hacia el cónyuge que se convierte tanto en la víctima como en el compañero silencioso de la conducta antisocial del sujeto.

Sus relaciones de pareja son cambiantes porque el espejismo de hallar el objeto amoroso idealizado, se convierte pronto, por su intolerancia, en desilusión. Establece lazos impersonales, falsos, superficiales, poco duraderos, ya que teme quedar dependiente del objeto de amor. Esto redundaría en incapacidad para amar y falta de permanencia en los afectos. Exhiben un funcionamiento sexual perverso, polimorfo y promiscuo, sin relación de objeto. Así el psicópata se manifiesta en lo que es: "verdadero explotador en forma continua de toda mujer u hombre que se encariña con él, o ella". Los PSICÓPATAS TIENEN UNA AGUDA SENSIBILIDAD PARA CAPTAR LA NECESIDAD NARCISISTA DE SUS INTERLOCUTORES Y UNA GRAN CAPACIDAD PARA APARENTAR SATISFACERLA EN LA MEDIDA EN QUE ELLOS LA REQUIERAN...; de esta manera atraen y cautivan a la víctima.

La necesidad del psicópata de castigar a "los que quiere" es universal. Le teme a la pasividad y algunos episodios de violencia pueden ser desencadenados por amenazas directas o simbólicas que hacen que se sienta pasivo. *Como sólo se interesa por el beneficio que puede obtener, elige a personas de influencia o posición. Su vida consiste en el juego del Impostor, en donde representa conscientemente una falta de identidad.*

En el ejercicio psiquiátrico cuando un individuo es entrevistado con cierta profundidad y se encuentra al parecer sin conflicto psicológico alguno, ni siquiera con las tensiones ni las fatigas de la vida normal, habrá que sospechar una psicopatía subyacente, indagando afectividad y relaciones de objeto.

4. Patrones de conducta antisocial

Comprende una diversidad de alteraciones tales como el mentir, hacer trampa, robar, agredir física y psíquicamente, estafar, sobornar, traicionar, hacer uso del alcohol, las drogas y prácticas sexuales desviadas. Buscan evitar el castigo y el inminente castigo es a veces el único factor que disuade su conducta. La incapacidad para diferir la satisfacción, su control deficiente de los impulsos, la falta de

sentimiento de culpa y la intolerancia de la ansiedad contribuyen a crear un ambiente propicio al delito, *pero sí existe el controlador externo (Jefes, superiores, autoridad, policía, padres... etc.) inhiben su comportamiento delictivo.*

Cuando sienten que sus malsanas motivaciones pueden ser descubiertas, apelan a despertar piedad y compasión. Buscan mediante la teatralización despertar lástima, conmiseración y auxilio en el otro, evadir la responsabilidad de su conducta y alimentar su narcisismo al conseguir que el otro se preocupe de él. Después se ríen por las lágrimas de cocodrilo con que engañaron al otro. "Son malos que ponen cara de buenos o enfermos". Recuérdese a Osear Wilde en su obra el retrato de Dorian Gray. El protagonista, un sociópata tuvo un destello de querer ser bueno y fue a mirar al retrato para buscar en él una señal de bondad, pero lo que encontró en el retrato fue una mueca de cinismo. Un sociópata sindicado de doble homicidio, acceso carnal violento y hurto decía al psiquiatra:

"ayúdeme doctor porque sino en la cárcel Yo me voy a volver malo". Haciendo auto-stop una pareja lo recogió como pasajero. Con arma de fuego amenazó al conductor para que se detuviera porque esto era un robo. Como éste opuso resistencia disparó contra la pareja. Condujo el automotor y se detuvo cuando percibió que la mujer aun estaba viva. Entonces la accedió carnalmente antes de morir.

El psicópata es maestro en el arte de manipular a la gente. La habilidad social, su encanto amable, sus maneras y modos cultivados hacen que tenga éxito superficial en el trato con otras personas. Al inexperto no le parece que sea sociópata.

"El observador se enfrenta con una convincente máscara de salud... lo que parece ser una firme y estructurada imagen de una persona sana y pensante" (Cleckley).

"El sociópata despierta en el entrevistador (Juez, Médico, etc.) sentimientos de admiración inconcientes los cuales representan la aprobación, también inconsciente, por la osadía del sujeto al actuar tendencias latentes y prohibidas para el entrevistador. Es como si dijera "qué maravilla de hombre, este hace lo que Yo no puedo hacer".

Los mecanismos sociopáticos, en algunos casos, pueden conducir a rasgos útiles. La falta de ansiedad podrá ir acompañada de auto-control y conducta osada, y así podrá destacar en algunas profesiones y actividades peligrosas.

El Psicópata cree que "tiene derecho" a hacer lo que hace aunque admite que los otros no estarán de acuerdo. Cree que ha sido tratado en forma injusta *ea* el pasado y que su conducta actual es una compensación.

Dice Mora Izquierdo que el psicópata "conserva el pleno uso de sus funciones mentales superiores y puede obrar con pleno conocimiento de causa y libre capacidad de volición y además puede medir las consecuencias de sus actos o sea que en él se da por completo el elemento subjetivo del delito".

Nosotros decimos que este funcionamiento sociopático pertenece a la vida psíquica consciente, con integridad de las funciones autónomas del Yo. Ignora voluntariamente las restricciones del medio ambiente; sus actuaciones están encaminadas a explotar, aprovechar y manipular a sus interlocutores.

Utiliza su aguda sensibilidad para atraer y, cautivar sus víctimas. Conscientemente exhibe una falsa identidad. Con especial encanto y

seducción arma un vínculo afectivo para después traicionarlo. Cuando actúa agresivamente lo hace como respuesta a la frustración y con clara motivación de venganza. Una vez descubierto en su conducta es maestro en esquivar y burlar la autoridad.

Para un mayor entendimiento ponga énfasis en los resaltados del capítulo. Ellos demuestran la buena capacidad del psicópata para comprender la ilicitud y autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión, aspecto importante en el derecho penal para la imputabilidad.

Finalmente, en Ñ.S.A. dice Rappeport: "Es cada vez mayor el número de jurisdicciones que pasan del criterio de Mc-Naghten al criterio del Código Penal del American Law Institute. Este criterio es:

1. una persona no es responsable de conducta criminal, si en el momento en que realiza esta conducta como consecuencia de una enfermedad o defecto mental, carece de capacidad real, ya sea para darse cuenta de la criminalidad (ilegalidad) de su conducta, o bien para adaptar su conducta a las exigencias de la Ley.
2. Los términos enfermedad o defecto mental no incluyen las anomalías que se manifiestan sólo por repetidas conductas criminales o antisociales". Una de las características del Psicópata es la repetida conducta antisocial por ello dentro del criterio mencionado "se decidió no incluir al sociópata" (Rappeport).

7.Trastornos y desviaciones sexuales

Hasta hace algunos años era fácil hablar de sexualidad normal y distinguirla de la anormal. Hoy en día existe gran controversia sobre el tema. Por ejemplo, la homosexualidad era considerada como una enfermedad en todas las clasificaciones. El DMS III revisado que entró en uso a partir de 1989 ha sacado

del manual de enfermedades a la homosexualidad que era considerada como tal de 1988 hacia atrás. El DSM IV TR aún considera el trastorno de la identidad sexual dentro de su clasificación en casos específicos.

Pero aún hoy en día continúa la controversia sobre la homosexualidad. Es por ello que le dedicamos un espacio a analizar el tema. La atracción sexual hacia personas del mismo sexo ha recibido los sinónimos de lesbianismo y la sodomía. Según la teoría psicoanalítica, esta conducta sexual se debe a una detención en el desarrollo psicosexual o a una regresión. En 1915 decía Freud: "La investigación psicoanalítica rechaza terminantemente la tentativa de separar a los homosexuales del resto de los humanos como un grupo diferentemente constituido. Extendiendo su investigación a excitaciones sexuales distintas de las manifiestas exteriorizadas, ha comprobado que todo individuo es capaz de una elección homosexual de objeto y la ha llevado, efectivamente, a cabo en su inconsciente".

El ser humano en su desarrollo psicosexual pasa por las etapas oral, anal y fálico-genital. Hay primacía de la sexualidad en cada una de estas etapas. Por lo tanto, ya que los fines de la sexualidad desviada son idénticos a la sexualidad infantil, la posibilidad de todo ser humano de transformarse en desviado (dependiendo de las circunstancias externas), radica en el hecho de haber sido niño alguna vez (Fenichel).

En una carta a destinatario desconocido (1935) escribía Freud:

"Sin duda, no representa el homosexualismo una ventaja, pero tampoco existen razones para avergonzarse de él, ya que no supone vicio ni degradación alguna. No puede clasificarse como enfermedad y consideramos que es una variante de la función sexual producida por cierto desarreglo en el desarrollo sexual".

La homosexualidad no obedece a causas endocrinas, genéticas o cromosómicas. Es cierto que se ha detectado casos de homosexualidad entre gemelos y pacientes con síndrome de Turner (cromosomas XO) o Klinefelter (cromosomas XXY o XXXXY), pero esto no puede generalizarse para toda la población de homosexuales.

Fenichel dice que el homosexual masculino se identifica con su madre frustradora en un aspecto particular: al igual que ella ama a los hombres. Luego de la identificación la evolución posterior puede tomar cinco direcciones:

- 1) El individuo narcisista que estando enamorado de sí mismo, busca a personas jóvenes que se le parecen. Es un homosexual homoerótico.
- 2) Por fijación anal y angustia de castración. No puede tolerar, inconscientemente, seres sin pene (cree inconscientemente que la mujer tuvo pene, pero lo perdió), porque eso le recuerda la posibilidad inconsciente de perder su propio pene. Además existe acá una rivalidad con la madre por el padre. Es como si el sujeto le dijera a su madre: "Yo también puedo tener a mi padre" (o a otro hombre que representa al padre).
- 3) Una combinación de las dos anteriores.
- 4) Cuando ha sido criado sin madre y reacciona al trauma de castración con la pérdida del interés en todas las mujeres y el regreso a objetos masculinos de su niñez.
- 5) Por identificación sobrecompensatoria con un hermano mayor a quien inconscientemente odia y envidia.

Los factores que originan la conducta homosexual femenina son similares a la masculina. Freud (1920) describió el caso de una mujer quien desarrolló homosexualidad ante el desengaño causado por el padre siendo ella una adolescente. Para vengarse del padre ofensor

se identificó con él y buscó mujeres que se parecían a la madre.

Hay otras teorías que dan importancia al marco familiar como generadoras de homosexualidad. Bieber y colaboradores (citado por Marmor en Freedman) en un estudio de 106 homosexuales concluyeron que el factor "más significativo en la génesis de la homosexualidad sería la constelación parental compuesta por un padre hostil y distante y una madre seductora que domina y minimiza al marido". Sin embargo, hay muchos hombres heterosexuales con familias similares en su niñez que no tienen comportamiento homosexual.

Finalmente, existirían factores de tipo social que determinarían en un momento dado la conducta homosexual como el de los chuchee en quienes el alto índice de homosexualidad está correlacionado con la dificultad para pagar el alto precio exigido por una esposa.

Dentro de la definición de sexualidad normal en la que contempla el objeto (persona adulta) y el fin (llegar al orgasmo genital con ese objeto), está el contexto. Pero este contexto también ha variado lo cual permite hablar de tres clases de sexo: "sexo como paternidad, sexo como intimidad total entre dos personas (sexo relacional) y sexo como juego físico (sexo recreativo) (Lief en Freedman). Por todo lo anterior resulta complejo contemplar el tema de los trastornos y desviaciones sexuales.

Tanto el CIE como el DSM consideran las siguientes desviaciones y trastornos sexuales: bestialidad, pedofilia, travestismo, exhibicionismo, transexualismo, trastorno de la identidad sexual, frigidez e impotencia, y otras.

Estas clasificaciones y otras contemplan las disfunciones sexuales como entidades definidas e independientes de otras patologías. Sin embargo, en nuestra cotidiana práctica profesional en el terreno de la psiquiatría estamos acostumbrados a observar por lo general tales trastornos como secundarios a otro tipo de trastornos así: retardo mental, los síndromes mentales orgánicos, las psicosis, las neurosis y los trastornos de la personalidad (especialmente la sociopatía).

7.1 Bestialidad

O zoofilia es la relación genital o anal con animales. Según el informe Kinsey la relación carnal con animales aparecía en los años preadolescentes vividos en medios rurales. Entre los adolescentes el uso del animal constituye un objeto transitorio que evita el incesto y los conflictos masturbatorios. Es abandonado cuando se socializa el individuo con personas del sexo opuesto. El animal simboliza el falo (pene). La psicodinamia implica una identificación con el animal quien a su vez representa al padre en la relación padre-hijo. Vemos también una incapacidad del sujeto para relacionarse con otro ser humano.

Los casos por nosotros observados corresponden a personas con trastorno de personalidad límite

7.2 Pedofilia

Es incorrecto el término paidofilia. Cuando un adulto tiene actividad sexual con un niño del mismo sexo o del sexo opuesto recibe el nombre

de pedofilico. El amor desviado por los niños tiene como base una elección narcisista de objeto. "Inconscientemente los pacientes se hallan narcisísticamente enamorados de sí mismos como niños, y tratan a sus infantiles objetos de la misma manera en que les hubiera gustado ser tratados, o bien de una manera completamente opuesta" (Fenichel). El pedofilico suele ser impotente con la mujer adulta e incapaz de conducirse normalmente con ella. Algunos pedofilicos han sido objeto de acceso carnal por otro adulto cuando eran niños. Hemos examinado sujetos con trastorno de personalidad de tipo paranoide o sociopatas sindicados de prácticas sexuales con niños.

7.3 Travestismo

Se obtiene placer sexual usando vestidos del sexo opuesto. Dice Fenichel que el travestista masculino adopta dos actitudes: la del homosexual masculino que sustituye el amor hacia la madre con una identificación con la misma y el negarse a reconocer que la mujer carece de pene. Fantasea inconscientemente que la mujer tiene pene y se identifica con esa mujer fantaseada. En el travestismo femenino al usar ropa masculina, la mujer tiene la fantasía de poseer un pene bajo la ropa.

Además juega a hacer de papá. Es una envidia del pene (Fenichel). Sadoff anota que algunos adolescentes travestistas fallecen por autoestrangulamiento al intentar alcanzar un orgasmo apretando el cuello con la ropa o las medias que representan al objeto amado (madre).

7.4 Exhibicionismo

El placer y la satisfacción sexual se obtienen mostrando los órganos genitales a una persona del sexo opuesto. El exhibicionista masculino busca aterrorizar a sus víctimas mostrando sus genitales. Por ello busca niñas o mujeres jóvenes que se atemoricen. Inconscientemente el mostrarse es defenderse contra el temor castratorio. Además tiene un significado de sadismo y masoquismo ya que: "el exhibicionista necesita también oponerse a la sociedad, desafiar sus usos, atraer en alguna forma a los agentes del orden publico" (Stolier).

7.5 Transexualismo

El individuo tiene la creencia fija que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a su persona. Como resultado de lo anterior intenta que le cambien su sexo interno mediante cirugía plástica y otras. Se extirpan los testículos y el pene, se crea una vagina artificial (neovagina) con la piel del escroto; la electrólisis elimina el vello del cuerpo, los estrógenos desarrollan los pechos y feminizan el contorno de su cuerpo. En el caso opuesto hay extirpación de los pechos, el útero, las trompas y los ovarios. La testosterona favorece la aparición de los vellos, cambia el tono de la voz. Con colgajos de piel y músculos de los muslos o los glúteos se "fabrica" un pene el cual no podrá tener las funciones del natural como la erección, eyaculación y micción. También se "fabrica" un par de testículos para dar la apariencia más estética al sujeto. Las causas del transexualismo no son muy claras aunque se describe una madre con personalidad bisexual en el caso del hombre (Stolier). Algunos casos de transexualismo corresponden a manifestaciones de psicosis esquizofrénica o problemas endocrinos congénitos.

7.6 Trastornos de la identidad sexual

Se presenta en preadolescentes de psicosexualidad inmadura de manera similar al travestismo y al transexualismo, pero sin asumir toda la psicodinamia. El uso de ropa del sexo opuesto es intermitente. La forma más común es el muchacho afeminado.

7.7 Frigidez (pérdida) del deseo sexual e impotencia (fracaso de la respuesta genital)

Es la incapacidad para alcanzar el orgasmo en la mujer o en el hombre. En este último se contempla la impotencia eréctil y la orgástica. En la eréctil no hay erección y por lo tanto no hay coito. En la impotencia orgástica a pesar de la erección, el coito y la eyaculación, no hay orgasmo. Uno u otro trastorno pueden corresponder a errores en la técnica del coito. Otros a trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos o psicóticos. La ninfomanía y la satiriasis son formas de frigidez e impotencia. La ninfómana es una mujer frígida que de manera fallida una y otra vez repite las relaciones sexuales sin obtener orgasmo. El sátiro tiene una y otra eyaculación de manera repetitiva sin alcanzar el tan deseado orgasmo.

La frigidez y la impotencia pueden ser selectivas. Hay falta de orgasmo con determinado hombre o mujer, pero lo hay con otro tipo de hombre o mujer. Impotencia con la mujer, pero orgasmo con otro hombre; frigidez con el hombre, pero orgasmo con otra mujer.

7.8 Otras desviaciones sexuales

El fetichista elige un objeto que representa al ser amado (prendas, ropa interior, zapatos). Los fetichistas blandos se centran en objetos consistentes de goma o cuero. Los fetichistas duros en plumas, tules y otros materiales de ese tipo (Sadoff). El sujeto alcanza el orgasmo mediante la masturbación con el fetiche.

El voyerista alcanza el orgasmo contemplando mujeres desnudas o parejas en relación sexual.

Desviaciones agresivas: La agresión se dirige hacia otro ser humano vivo o muerto, usando la sexualidad como vehículo agresivo y hostil. Incluye violación, el asesinato sexual, el sadomasoquismo, la necrofilia y la sodomía. De acuerdo con nuestra experiencia la mayoría de estos sujetos tienen personalidad alterada y la más frecuente, la sociopatía.

8. Drogadicción

La clasificación internacional de enfermedades define dependencia a las drogas como "un estado psíquico y algunas veces también físico, resultante del uso de una droga, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar producido por la abstinencia. Puede o no haber tolerancia".

Las siguientes definiciones son de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Fármaco o droga: toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o más de sus funciones.

Toxicomanía: la utilización indebida de una droga con carácter de estupefaciente, que crea necesidad física, sometida por lo tanto, a fiscalización y cuando es empleada sin finalidad médica.

Tolerancia: estado de adaptación a la droga, caracterizado por una respuesta atenuada a la misma droga o por la necesidad de aumentarla para experimentar los mismos efectos.

8.1 Dependencia física

Estado de adaptación del organismo a una droga o fármaco, de tal modo que cuando se suspende sobrevienen trastornos y alteraciones físicas que configuran el síndrome de abstinencia.

8.2 Dependencia psíquica

O habituación es la necesidad compulsiva a consumir una droga. No se da el síndrome de abstinencia.

8.3 Abuso de drogas

Es el uso excesivo, persistente o esporádico de una droga que el individuo usa por su propia iniciativa, con detrimento de su salud o de su funcionamiento social. En este caso no hay dependencia psíquica o física. Básicamente se puede abusar del alcohol, tabaco, marihuana, alucinógenos, barbitúricos y tranquilizantes, los derivados del opio, anfetaminas, antidepresivos, laxantes, vitaminas y en general el uso de drogas sin prescripción médica.

8.4 Etiología

Los adictos son sociópatas o con alteraciones de personalidad, pero también lo son algunos neuróticos y psicóticos. Visto así, la drogadicción constituye la expresión sintomática de otro tipo de patología.

Esto contradice lo que exponen otras personas quienes ven la drogadicción como un diagnóstico.

La adicción de las drogas se produce en:

- 1) personas con trastorno de personalidad que se vuelven adictos por contacto con otros que ya lo son.
- 2) neuróticos o psicóticos que encuentran alivio a través del uso de la droga.

- 3) personas que la recibieron durante una enfermedad.

Fenichel dice que los adictos a las drogas tienen "necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual sino también seguridad y evidencia de la autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma de la persona".

El drogadicto pretende volver a vivir una etapa temprana de su YO asociada a seguridad, libertad de ansiedad y felicidad. La mayoría de las personas buscan esto a través de un contacto humano estrecho y afectivo-sentimental. El drogadicto sustituye a los seres humanos por la droga. Esta no produce frustraciones, envidias, celos, hostilidad, resentimientos los cuales son inevitables en las relaciones interpersonales.

Pero el precio de la droga es el aislamiento social, la dependencia de ellas y los efectos indeseables (MacKinnon).

Un segundo factor no menos importante al psicológico es el ambiental con sus aspectos sociales, culturales, económicos y políticos. No trataremos de ellos acá. Se lo dejamos a los expertos en ese terreno. No obstante citemos en el control preventivo el informe de la National Commission on Marihuana and Drugs, 1973: "El principal error de esta medida radicó en la presentación de datos pueriles e historias de horror que no hicieron más que aportar una fascinación suplementaria a un tema que ya lo posee a los ojos de los jóvenes y que, por supuesto, nada hizo para que decreciese el consumo" (citado por Freedman). También en las medidas represivas del tráfico está el informe de la Ford Foundation Dealing with drug abuse, 1972: "No deja de ser irónico que nuestra policía nacional haya potenciado el mercado ilegal a base de imponer sanciones indiscriminadamente, incrementando de un modo en directo la criminalidad implícita en todo comercio clandestino" (citado por Freedman).

8.5 Clasificación de estas drogas

Este tipo de sustancias que inducen dependencia física o psíquica pueden ser clasificadas de acuerdo con el efecto que produzcan sobre

el sistema nervioso central, es decir, estimulantes o depresoras.

Las sustancias estimulantes del sistema nervioso central y que además producen dependencia psíquica son: marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos.

Los depresores del sistema nervioso central, que son sustancias que producen dependencia física son: alcohol, derivados del opio (morfina, codeína, heroína, metadona), barbitúricos, metacualona, tranquilizantes menores (benzodiacepinas).

Otras sustancias estimulantes del sistema nervioso central como la nicotina y la cafeína producen dependencia física.

Hay otro tipo de sustancias que tienen efecto alucinógeno y que producen dependencia psíquica: gasolina, éter, pegantes, betún.

8.6 Marihuana

Su origen es natural de las hojas y florescencia de la planta cannabis Sativa. La primera información sobre uso humano se halla en un compendio chino fechado 2.737 A.C. Fue traída a América por los llamados conquistadores y en el año 1611 en Virginia se producían miles de toneladas de cáñamo indio.

Entre los traficantes se la conoce como hierba, pot, Mary Jane, Cannabis, Juanita, mafafa, manteca, material, mota, trabuco, tabacos, tacones, rosamaría, joints. Su nombre químico es el tetrahidrocannabinol que recibe el nombre común de haschish. Los efectos buscados por los consumidores son euforia, incremento en la percepción visual y auditiva y relajación. La forma de uso es la inhalación del humo del cigarrillo de las hojas secas; también en preparados con agua de panela y chocolate. Farmacológicamente se clasifica como estimulante y alucinógeno. Actualmente no tiene uso médico, pero la tuvo hasta el año 1941 cuando aparecía en la farmacopea de Estados Unidos. Se usó en el tratamiento de la tos, fatiga, reumatismo, asma, delirium tremens, migraña y molestias menstruales. También se ha informado de efectos anticonvulsivos y anticonceptivos.

El Psiquiatra Walter Bromberg en 1934 hizo la descripción de los efectos psíquicos de la marihuana así: "la intoxicación se inicia con un breve período de ansiedad 10 a 30 minutos después de haber fumado... al cabo de unos minutos empieza a calmarse... se vuelve hablador animado, desinhibido... incontrolada y explosivamente... tiene la impresión de que su conversación es aguda y brillante... puede tener alucinaciones visuales... tras un período se va apagando, cae en un estado de somnolencia y despierta sin efectos fisiológicos". (citado por Grinspoon en Freedman, Kaplan) La marihuana no produce dependencia física. Tampoco conduce a la violencia y al crimen como se ha pretendido divulgar. Tampoco es afrodisíaca; más bien hay estudios que demuestran un debilitamiento leve del deseo sexual. Lo que se experimenta como un aumento de la excitabilidad sexual corresponde a la distorsión en la percepción del tiempo que hace interpretar el tiempo psicológico más prolongado que el tiempo real.

8.7 Cocaína

Su origen es natural de las hojas de la planta Erytroxylum coca especie originaria de América del Sur, donde los indígenas tenían

por costumbre mascar hojas de coca. Entre los traficantes se la conoce como nieve, polvo de la felicidad, pájaros de nieve, perico, pizzicata. Su nombre químico es el metil ester de benzol-ecogomine. Los efectos buscados por los consumidores son: euforia, excitación, energía física. Se usa masticada (mambeo), ingesta, aspiración por la nariz, inyección vía venosa, fumada (basuco), frotación en rea genital. La aspiración vía nasal a la larga produce atrofia de la mucosa y perforación del tabique nasal que nos hace recordar la lepra, lúes y leishmaniasis. Farmacológicamente se clasifica como estimulante y anestésico local o tópico. Actualmente no tiene uso médico, pero se empleó como anestésico local. Produce dependencia psíquica, no produce dependencia física. Los efectos por estimulación del sistema nervioso central y similares a los producidos por las anfetaminas: dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura, aumento del pulso y tensión arterial, respiración irregular, actividad física e intelectual excesiva y exagerada. Irritabilidad, ansiedad, incapacidad para comer y dormir, halitosis (mal aliento). La muerte puede sobrevenir por paro respiratorio con dosis de un (1) gramo vía venosa, aunque se ha descrito casos de muerte con dosis de 30 mg.

La cocaína puede producir psicosis tóxica con alucinaciones visuales, olfativas, auditivas, gustativas e ideación delirante persecutoria.

El bazuco es cocaína base con mezcla de harina, carbonates, lactosa, talco, miga de pan, ladrillo, etc. El usuario del bazuco experimenta ansiedad, ideación persecutoria, ideas de referencia y compulsión a continuar fumándola. El crack es cocaína base obtenida del clorhidrato.

8.8 Anfetaminas

Se sintetizó químicamente en 1887, pero fue usada médicamente a partir de 1932 para incrementar la energía y capacidad de trabajo en personas que no se sentían con fuerza. Fue usada ampliamente durante la segunda guerra mundial por los combatientes para no sentir fatiga y mantener la atención.

Luego la usaron las amas de casa, los estudiantes para rendir académicamente y los deportistas como doping. Entre los traficantes se la conoce como rayo, dexis, despertadores, speed. Los nombres químicos son anfetaminas, dextroanfetamina, metanfetamina, bencedrina. Los efectos buscados por los consumidores son agilidad física y mental, excitación, insomnio, disminución del apetito. Se usa en forma líquida, tabletas, polvo vía oral o inyectable. Farmacológicamente se clasifica como estimulante. Tiene uso médico en la obesidad porque produce anorexia; algunos pediatras la usan en niños hiperquinéticos. Los efectos a largo plazo son pérdida del apetito, alucinaciones, agitación motora y convulsiones. Da dependencia psíquica, pero no física. También hay cuadros de psicosis tóxica que remedan la esquizofrenia paranoide. Otros hacen cuadros depresivos importantes que suelen terminar en suicidio. El éxtasis o ectasy es la metilendioximetanfetamina.

8.9 Alucinógenos

8.9.1 LSD

Es un semisintético derivado del cornezuelo del centeno. De nombre químico dietilamida del ácido lisérgico 25. Los traficantes lo conocen como ácido, cubos, viaje, 25, azúcar, ácido blanco, orange,

saltaperico, sunshine. Los efectos buscados por los usuarios son el aumento de la introspección, ilusiones y alucinaciones, distorsión de la percepción del tiempo y del espacio. La vía de ingreso al organismo es oral en líquido y tabletas. Produce dependencia psíquica; no produce dependencia física. Los efectos a largo plazo son pánico y psicosis. Esta remeda la esquizofrenia paranoide. Farmacológicamente es un alucinógeno. No tiene uso médico.

8.9.2 Psilocibina

El origen es natural del hongo psilocibe. Nombre químico 3 (2 dimetil-amino) etilindol'4 oidihidrogen fosfato. Los traficantes lo denominan hongo. Farmacológicamente es un alucinógeno. No tiene uso médico. Los efectos buscados son similares al LSD. La forma de ingesta es oral por masticación de hongos. Produce dependencia psíquica y pueden llevar a psicosis tóxica.

8.10 Derivados del opio

El opio, del griego zumo, es un producto del exudado lechoso de las cápsulas (flores) de la planta papaver somniferum (amapola regia). De sus alcaloides se obtiene: morfina, codeína, papaverina y noscapina. Hay otros derivados sintéticos: heroína, metadona y dextropropoxifeno.

8.10.1 Morfina

Fue aislada y descritos sus efectos en 1803. El nombre químico es sulfato de morfina. Los traficantes la denominan morfo, mercancía blanca, miss Emma. Se usa médicamente como analgésico de alta potencia. Se presenta líquida, en tabletas o polvo blanco, inyecciones. Los usuarios buscan obtener euforia o prevenir las molestias que ocasiona la abstinencia porque es una sustancia que produce dependencia física. Farmacológicamente se clasifica como narcótico depresor del sistema nervioso central. Los efectos de una inyección alcanzan máxima intensidad a los 20 minutos: sensación abdominal similar al orgasmo, enrojecimiento de la piel, constipación, constricción pupilar (miosis), disminución de las frecuencias respiratoria y cardiaca, ligera disminución de la temperatura corpórea y espasmos de la musculatura lisa y de los esfínteres. El síndrome de abstinencia se presenta al suspender la droga. Consiste en bostezos, rinorrea, lagrimeo, dilatación pupilar, sudor, piloerección, inquietud, dolores musculares, calambres abdominales, vómitos, diarrea, hipertensión, anorexia, agitación, sudoración profusa, pérdida de peso, eyaculación espontánea o abundantes pérdidas menstruales.

8.10.2 Codeína

Su nombre químico es metilmorfina. Los traficantes la denominan aprendiz. El usuario la consume para sentir euforia y para no experimentar los molestos síntomas de la abstinencia. Se usa médicamente para combatir sintomáticamente la tos. Farmacológicamente es un narcótico depresor del sistema nervioso central. Produce dependencia psíquica y física.

8.10.3 Heroína

Semi-sintético derivado de la morfina. Los traficantes la denominan: caballo, polvo milagroso, cosa blanca. El nombre químico es diacetilmorfina. Se presenta como polvo blanco, gris o carmelito para ser usado en inyección vía venosa o inhalación. No tiene uso

médico. Los efectos buscados así como el síndrome de abstinencia son similares a los producidos por la morfina.

8.10.4 Metadona

Su origen es sintético. Los traficantes la denominan dolly. El nombre químico clorhidrato de metadona.

Se presenta en líquido y tabletas para uso vía oral. Los efectos buscados para evitar el síndrome de abstinencia. Este suele ser menos intenso que el de la morfina. Tiene uso médico como analgésico y como fármaco en el tratamiento de los adictos a la morfina y heroína. Produce dependencia física.

8.10.5 Dextropropoxifeno

Su origen sintético. Ignoramos como lo denominan los traficantes. El nombre químico dextropropoxifeno. El nombre comercial darvón y algafán. Tiene uso médico como analgésico. Se presenta en ampollas, grageas y cápsulas para uso vía muscular y oral. El efecto principal es euforia y evitar los síntomas molestos producidos por el síndrome de abstinencia. Produce dependencia psíquica y física. Igual que los anteriores es un narcótico depresor del sistema nervioso central.

8.11 Barbitúricos

Su origen es sintético. Los traficantes lo denominan: barba azul, cielo, diablo rojo, camisa amarilla, arbolito de navidad, pepas, empastillar. Los nombres químicos: amobarbital, pentobarbital, secobarbital. Se usa médicamente para el tratamiento de la epilepsia. Se presenta en cápsulas, tabletas e inyecciones. Los usuarios buscan con su uso euforia, reducir la ansiedad y evitar los síntomas desagradables del síndrome de abstinencia. Farmacológicamente es un depresor del sistema nervioso central. Produce dependencia psíquica, física y síndrome de abstinencia; además psicosis tóxica. Es una sustancia, al igual que el alcohol, más productora de violencia.

Los síntomas son similares a los de la embriaguez alcohólica, pero sin halitosis: mareo, tartamudeo, desorientación, temblor, falta de interés, dificultad para hablar, somnolencia.

8.12 Metacualona

Es un hipnótico no barbitúrico obtenido sintéticamente. Los traficantes la denominan: mandrax, rorer, lemon, qualude, pepas. El nombre químico metacualona. Se usó médicamente como hipnótico inductor del sueño en personas con insomnio. Actualmente su producción es clandestina. Farmacológicamente es un depresor del sistema nervioso central. Produce dependencia psíquica. Se discute la dependencia física.

Los efectos son similares a los barbitúricos e igual que en estos tornan al sujeto violento.

8.13 Benzodiacepinas

Se originan sintéticamente. Después de la aparición de la primera de estas sustancias, el clordiazepoxido (librium) en 1960, los laboratorios farmacéuticos han logrado sintetizar alrededor de 2.000 compuestos. Los más conocidos han sido el diazepam (Valium) y el lorazepam (Ativán). También está en el mercado farmacológico en

Colombia el alprazolam (Xanax) y el clonazepam (Rivotril). Tienen uso médico como ansiolíticos (tratamiento sintomático de la ansiedad) e inductor del sueño. Farmacológicamente son depresores del sistema nervioso central. Por lo general los usuarios los toman con bebidas alcohólicas; a esto lo denominan bomba. Producen dependencia psíquica y síndrome de abstinencia. Son sustancias empleadas con fines criminales, como hurto o acceso carnal por algunos delincuentes, en galletas, dulces o caramelos y gaseosas o cervezas enlatadas.

8.14 Escopolamina (Burundanga)

Se describe esta sustancia en este capítulo, no por su poder de drogadicción sino, por la importancia que tiene en su uso para fines criminales. La escopolamina es un alcaloide de efectos atropínicos que se obtiene de la semilla de un árbol sabanero conocido con el nombre de borrachero o cacao sabanero (*datura stramonium*). Los efectos atropínicos de esta sustancia consisten en midriasis (dilatación pupilar, rubicundez (cara roja como tomate), sequedad de las mucosas (boca sin saliva), alucinaciones, ideas delirantes, confusión, agresión, retención urinaria, desorientación en tiempo, lugar y persona y amnesia del episodio. El delincuente la suministra a la víctima para robarla o violarla. Suele ser suministrada en bebidas porque es incolora e insabora, también en dulces, chicles o galletas. Los efectos pueden persistir desde pocas horas hasta varios días. La escopolamina o burundanga se elimina rápidamente del organismo y es difícil encontrar trazas en orina al cabo de 24 horas. La presencia del alcaloide en la orina no es patognomónico de escopolamina porque la ingesta de otros atropínicos también da positiva la orina: tintura de belladona, hioscina (buscapina). Esto es importante porque algunos sujetos que han cometido delitos (homicidio, falsedad, estafa) dicen que fueron "emburundangados", cuando en realidad antes de la toma de la muestra de orina han ingerido hioscina o tintura de belladona. Estas sustancias no producen el cuadro de alteración descrito. Su efecto en pequeñas dosis se limita a controlar los espasmos abdominales (cólicos). Así por ejemplo, a un sujeto se le sindicaba de lesiones personales y cinco días después del hecho tenía una orina positiva para estos alcaloides. Ya se anotó que después de tomar escopolamina al cabo de 24 horas es difícil encontrar rastros de la sustancia en la orina. También suele ocurrir que la gente atribuya la culpa a la escopolamina para tapar una falta. Un hombre relató que recogió a una mujer en su automóvil, ella sacó un cigarrillo y le "echó un humito"; no supo que sucedió y cuando despertó estaba en su casa desnudo y habían robado todo el lugar. Qué sucedió realmente. Recogió a una mujer en su carro y como ella se mostró coquetona pensó que era una buena oportunidad para llevarla a su casa. Así aprovechaba el hecho de que su esposa e hijos se encontraban fuera de la ciudad. La llevó a su casa y ella debió agregarle algo en la bebida. Se durmió y cuando despertó...

En el siguiente caso si hubo intoxicación por escopolamina. Una mujer joven conoció a un hombre con el cual tuvo varias citas. El hombre siempre se comportó cortésmente y un día la invitó a pasear a un municipio turístico cerca a Bogotá. Ya en el lugar y durante el almuerzo, la mujer tuvo que ir al baño un momento. Al regreso tomó gaseosa y no supo que sucedió después hasta cuando recobró el conocimiento tres días después en un hospital en Bogotá. Qué había ocurrido. La empleada de un hotel relató que al lugar llegó un hombre

en compañía de la esposa y había solicitado un cuarto porque su esposa no se sentía bien. Esta parecía mareada y confusa. En las primeras horas de la noche la camarera fue a la habitación y abrió porque nadie respondió a su llamado. En la cama encontró a una mujer desnuda con la cara muy colorada y que no respondía a sus llamados. Llegaron el médico, las autoridades judiciales y se determinó que la mujer había sido intoxicada.

La muestra de orina tomada con sonda fue positiva para escopolamina y fenotiazinas. La mujer "emburundangada" no recordaba lo sucedido y el atractivo hombre había desaparecido.

8.15 Nicotina

Se describe a la nicotina porque es la segunda sustancia tóxica que más consumen los colombianos. Además ya se sabe que produce dependencia física (lladiba), es decir que es un verdadero estupefaciente. Estimulante del sistema nervioso central que se obtiene de la nicotina tabacum. Es un colinomimético (parasimpaticomimético) con acción muscarínica. Dilata casi todos los vasos sanguíneos. En dosis altas disminuye la frecuencia cardíaca. Aumenta el peristaltismo intestinal y los espasmos. Relaja el trigono y produce micción; miosis. Estimula las glándulas exocrinas: salivación, broncorrea, rinorrea, aumento de la secreción gástrica y sudoración copiosa.

El tabaco o cigarrillo produce menoscabo de la salud; a nivel de vías respiratorias incide carcinoma de laringe, carcinoma bronquial, bronquitis y enfisema. A nivel de sistema cardiovascular, trastornos del riego coronario, trastornos del riego cerebral, trastornos circulatorios de las extremidades. A nivel del tracto digestivo carcinoma labial, carcinoma de cavidad bucal, carcinoma esofágico, ulcera gastrointestinal, carcinoma pancreático. A nivel de vías urinarias, papiloma vesical, carcinoma vesical. En mujeres embarazadas, acrecentado riesgo de parto prematuro, mayor mortalidad perinatal, peso reducido del neonato. En las personas que no fuman, pero que se fuman el humo del fumador: absorción de nicotina, perturbación del bienestar, sensación de incomodidad, alergia al tabaco, hipersensibilidad en casos de alergia de otra génesis.

8.16 Cafeína

También dedicamos unas líneas a esta sustancia porque es un estimulante del sistema nervioso central e induce a dependencia psíquica. Al parecer, en algunas personas produce dependencia física. Es un derivado de la xantina que se encuentra en el café y té. Otra xantina es el cacao. El café colado contiene de 100-150 mg./180 ml. (una taza) de cafeína. 60- 80 mg./180 ml. de cafeína en café instantáneo. 40-100 mg./180 ml. de cafeína en el te. 17-55/180. de cafeína en bebida cola (de ahí el éxito de esas bebidas). Produce un efecto estimulante sobre el sistema nervioso central y la musculatura esquelética, diuresis mínima. Estimula el pensamiento rápido y claro, vigilia, mejor coordinación psicomotriz. En dosis mayores tiene efecto vagal: bradicardia, vasoconstricción, aceleración de la frecuencia cardíaca. Constríñe los vasos cerebrales. Disminuye la fatiga muscular, aumenta la secreción gástrica. Produce tolerancia, habituación y dependencia psíquica. La interrupción brusca produce cefalea, irritación, ansiedad y mareos.

9. Alcoholismo

9.1 Generalidades

El alcohol etílico es una sustancia tóxica de rápida absorción en el intestino (80%) y en el estómago. Se difunde rápidamente por todo el cuerpo humano porque es muy soluble en agua. Nuestro organismo está compuesto en un 70 a 90% de agua. A los 5 minutos puede ser demostrada su presencia en el organismo.

El alcohol etílico o etanol se obtiene de la fermentación de los hidratos de carbono de la melaza, caña de azúcar, jugos de frutas, maíz, cebada, trigo, papa, madera y licores de sulfuro de desecho.

El 80% del alcohol es metabolizado en el hígado. Una parte se elimina a través de los pulmones, por ello el típico aliento del individuo que ha ingerido alcohol. El alcohol se metaboliza a acetaldehído, ácido acético, bióxido de carbono y agua.

El acetaldehído es más tóxico y potente que el mismo etanol y es

el responsable de todas las manifestaciones tóxicas que produce la embriaguez y el guayabo que se experimenta al día siguiente.

La CIE 9 define alcoholismo como: "un estado psíquico y generalmente también físico resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia".

Para Jellinek alcoholismo es cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos,

En Colombia el alcohol ocupa el primer puesto entre las sustancias que producen dependencia. El alcoholismo y el abuso del alcohol constituye para muchos países problemas de salud con importantes implicaciones sociales y económicas.

En la familia produce desajustes, separación conyugal, violencia, incesto. Es causa de muchos accidentes de tránsito, lesiones personales, homicidio, acceso carnal violento, suicidio, abandono laboral, desastres socioeconómicos, etc.

El alcoholismo considerado como enfermedad ha pasado por varias etapas históricas (Marconi):

- 1) Dipsomanía; ingestión anormal de alcohol, como síntoma de un proceso o estado depresivo psicótico; usualmente bebe de 3 a 5 días.
- 2) Alcoholismo crónico; todas las perturbaciones duraderas de las funciones psíquicas y físicas producidas por el abuso habitual del alcohol.
- 3) Adicción alcohólica; aumento de tolerancia tisular y síndrome de privación después de años de ingestión excesiva de alcohol.

4) Alcoholismo enfermedad neurofisiológica.

Epidemiológicamente se considera los siguientes tipos de bebedores de alcohol (González):

- 1) Abstemio; nunca bebe o cuando bebe lo hace en circunstancias especiales, en poca cantidad, no se embriaga y hasta cinco veces al año.
- 2) Moderado; consume menos de tres días a la semana menos de 300 CC de etanol puro (menos de 1 litro de vino, menos de 2 botellas de cerveza), menos de 12 embriaguez al año.
- 3) Excesivo; consume más de tres veces a la semana más de 300 CC de etanol y se embriaga más de 12 veces al año.

4) Bebedor patológico (alcoholismo enfermedad neurofisiológica).

El alcoholismo enfermedad se define como: "una enfermedad crónica, caracterizada por una perturbación fundamental del sistema nervioso central, que se manifiesta por un grupo de síntomas y signos corporales que le confieren un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol. En el nivel de la conducta, la enfermedad se manifiesta por un estado de dependencia física, primaria o secundaria, hacia el alcohol.

La sintomatología desaparece después del consumo de cierta cantidad" (Marconi). De acuerdo con este concepto en el alcoholismo no importa la cantidad de alcohol que consuma, ni el número de veces, ni el número de embriagueces, sino la incapacidad de abstenerse o detenerse una vez que se ha comenzado a beber. Hay dos hipótesis que explicarían esto. La primera sostiene que se ha producido un daño a nivel del sistema nervioso central (núcleo talámico) donde se cree esté regulada la apetencia por el alcohol. Se

acepta que una tercera parte de los bebedores excesivos luego de 5 a 8 años de ingesta alcohólica se vuelven alcohólicos. La segunda hipótesis es bioquímica y explica (Cabrera) que las grandes cantidades de acetaldehído que se encuentran en la sangre de los alcohólicos inhiben al dehidrogenasa del sistema nervioso central con lo cual los aldehídos producidos por las amino oxidasas (MAOs) sobre los neurotransmisores cerebrales, se condensan, se fusionan con otros neurotransmisores y como resultado aumenta la tetrahidro- β -carbolina (THP). Se ha observado que la THP es un precursor de la morfina. En otras palabras, se plantea la hipótesis similar a la que explica la dependencia física a los derivados del opio (sistema de endorfinas).

Dentro de los alcohólicos habría tres tipos o formas clínicas:

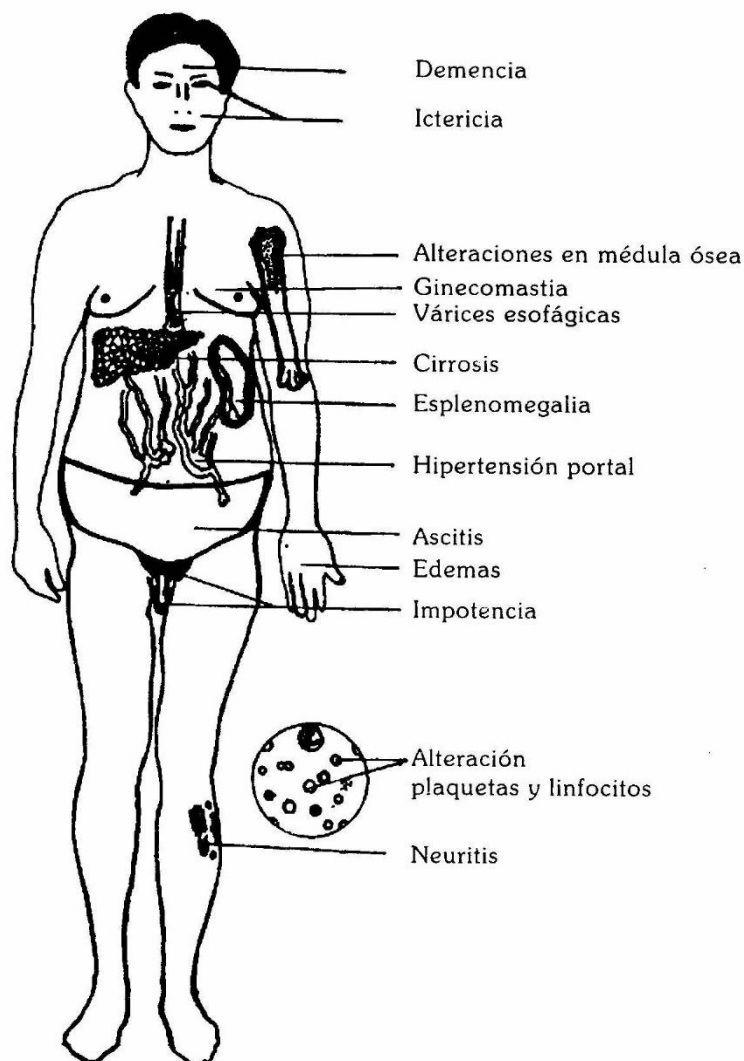
- 1) remitente; dipsomanía clásica
- 2) intermitente; fue un bebedor intermitente que sufría intoxicaciones periódicas (viernes culturales).
- 3) inveterado; fue un bebedor inveterado que bebía todos los días, sin embriagarse o de pronto en la noche lo estaba.

Alteraciones biológicas

El consumo crónico de alcohol produce las siguientes alteraciones (Cabrera):

- 1) Aumento a nivel de triglicéridos y colesterol. Esto conlleva a la arteriosclerosis y predisposición al infarto del miocardio.
- 2) Hipogonadismo hormonal por competición del alcohol con la ADH (enzima necesaria para la biosíntesis de testosterona). Es decir, hay disminución en la producción de testosterona y por lo tanto disminuye la apetencia sexual.

Alcoholismo Crónico



3) Alteración en la biosíntesis proteica con disminución de varios iones (minerales) necesarios para el proceso de cicatrización de heridas.

4) Alteración en el metabolismo del hierro, folatos, vitamina B12, lo cual se traduce en anemia.

5) Aumento del ácido úrico y aparición de gota.

6) Neurotoxicidad general del sistema nervioso central y periférico con tendencia a la atrofia del mismo.

9.2 Causas del alcoholismo

Se puede explicar teniendo en cuenta factores de tipo biológico, psicológico y social.

9.2.1 Biológico

Hipótesis de que el alcoholismo tiene bases orgánicas se fundamentan en la observación de las plaquetas y los linfocitos de los alcohólicos. Las plaquetas muestran diferencias en la respuesta de las enzimas plaquetarias monoamino oxidasa y adenilato ciclasa al estímulo alcohol.

Sin embargo no puede afirmarse que el defecto plaquetario sea congénito. Los linfocitos de los alcohólicos tienen niveles bajos tanto basales

como después de estimulación del AMP cíclico. Las investigaciones establecerán si las alteraciones bioquímicas son hereditarias y preceden al desarrollo del alcoholismo o son consecuencia del alcoholismo.

9.2.2 Psicológico

El alcoholismo al igual que las demás adicciones a las drogas constituye una forma de expresión de la personalidad del individuo emocionalmente dependiente e inmaduro que trata de mitigar la angustia como lo hace con otros síntomas el individuo neurótico. Mediante el alcohol, la persona hace desaparecer de la conciencia las inhibiciones que le impone el Superyo. Por eso se ha dicho que el Superyo es la parte de la personalidad que es soluble en alcohol (Fenichel).

El alcohol permite que el sujeto abandone la dura realidad y la sustituya por placenteros sueños despierto. Fenichel dice que los alcohólicos "se caracterizan por su personalidad premórbida oral y narcisista". Oral se refiere a una etapa de evolución de la libido (energía biopsicológica) en la primera etapa del desarrollo de la personalidad. Durante la etapa oral el niño experimenta placer. Luego la libido pasa a la etapa anal y finalmente a la genital para dar primacía en el adulto a la satisfacción o placer a nivel genital. Pero el adulto continua experimentando placer tanto con lo oral como con lo anal. El alcohólico regresa a la etapa oral y esta prima sobre la genital. Por ello se habla de la impotencia e inapetencia sexual del alcohólico.

Qué ocurre con la libido. Esta es una energía que procede del individuo la cual, éste, coloca en el mundo externo y en los diferentes objetos. La palabra objeto designa tanto a las personas, como a los animales y las demás cosas del mundo externo. Es por la libido colocada en los objetos que el individuo siente amor, odio, celos, hostilidad, etc. por ese objeto. Entre más libido saque el individuo dentro de si para colocar en el afuera, será menos narcisista. Entre más libido retenga para si, ser más narcisista. El alcohólico ha colocado gran parte de su libido en la satisfacción oral. Puede decirse que el alcohólico siente "amor" en su boca, estómago y todo su organismo cuando el alcohol se difunde por todo el. Es como darse abrazos y besos a sí mismo.

9.2.3 Social

Dentro de una estructura social básica, el alcohol tiene la propiedad de reducir la ansiedad y permitir la emergencia de los impulsos agresivos y sexuales. Reunión que se "respeta" se realiza con alcohol; ese tipo de reuniones no gira alrededor de la soda o la gaseosa, sino del etanol. El individuo es aceptado por el grupo y allí se torna en superhombre o supermujer. El tímido deja de serlo. El expresivo se hace más expresivo. Se practica el deporte (tejo) con alcohol o después de practicar el deporte (fútbol) hay que tomar alcohol. Si se pierde o se gana hay que consolarse o festejar con alcohol. Los negocios se "cierran" con alcohol. Muchas personas fóbicas solamente pueden conducir un automóvil previa la ingesta de alcohol. Para conquistar a una mujer y requerirla sexualmente, se hace bajo efectos del alcohol. Para tener "éxito" en las relaciones sexuales hay que ingerir alcohol (el alcohol disminuye la potencia eréctil). La educación y la salud se pagan con la venta de bebidas alcohólicas. En la zona rural las personas comienzan a beber a temprana edad.

Los factores biológicos, psicológicos y sociales no se excluyen sino

que se complementan. Se requiere de la suma dinámica de todos ellos para que se dé la patología alcohólica.

9.3 Psicosis alcohólicas

Son estados psicóticos orgánicos debidos principalmente a la excesiva ingestión del alcohol; se cree que los factores nutricionales desempeñan un factor muy importante. En algunos estados la suspensión del alcohol puede tener significado etiológico. La CIÉ 9 contempla las siguientes psicosis alcohólicas: delirium tremens, psicosis alcohólica de Korsakov, demencia alcohólica, alucinosis alcohólica, embriaguez patológica, celotipia alcohólica.

El delirium tremens se presenta en alcohólicos cuando se suspende el alcohol. Por ello se ha denominado también síndrome de abstinencia alcohólica. Hay delirium, alucinaciones -visuales o táctiles y temblores. Va precedido de anorexia, inquietud, irritabilidad y pesadillas. El individuo se recupera luego de tres a diez días de tratamiento. La muerte puede sobrevenir por insuficiencia cardíaca congestiva o neumonía. Puede evolucionar hacia un Korsakov.

Hay un síndrome de abstinencia alcohólica sin la magnitud del delirium tremens. Se trata del guayabo, resaca, etc. en la cual hay malestar general, dolor de cabeza, intolerancia al ruido y la luz, náuseas, vómito, diarrea, temblor. Los síntomas desaparecen ingiriendo una dosis de alcohol.

Psicosis de Korsakov: debido al déficit de tiamina (vitamina B1) y de ácido nicotínico (vitamina de complejo B) en alcohólicos. Se presenta obnubilación de la conciencia, desorientación en tiempo y lugar, confabulación de la memoria y neuropatía periférica. Cursa de seis a ocho semanas hacia la mejoría con tratamiento.

Demencia alcohólica: llamada también deterioro alcohólico se debe a atrofia cortical de los lóbulos frontales en sujetos alcohólicos. Actúa de manera impulsiva, frustrado, hostil y culposos. Culpa a otros de su fracaso, es sensible e irritable.

Alucinosis alcohólica: trastorno psicótico que se presenta durante la ingestión inmoderada de alcohol. Puede presentarse en bebedores excesivos o en alcohólicos. Remeda un episodio esquizofrénico con ideas delirantes de referencia, alucinaciones auditivas que profieren amenazas o insultos de contenido sexual, miedo intenso. No hay amnesia del episodio y usualmente dura de cinco a treinta días aunque se ha informado de casos de menos de seis meses.

Embriaguez patológica: episodio psicótico producido por la ingesta de una pequeña cantidad de alcohol (una copa de aguardiente o una cerveza). No hay signos neurológicos notables de intoxicación. Hay agitación psicomotora con desorientación y amnesia del episodio.

Celotipia alcohólica: o paranoia alcohólica, es una psicosis paranoide crónica asociada con alcoholismo. Se caracteriza por ideas delirantes de celos e infidelidad.

Se deduce de lo expuesto que el etanol produce daño del sistema nervioso central. Es directamente responsable de la atrofia del lóbulo frontal; indirectamente, por avitaminosis sobre el resto del sistema.

9.4 Alcohol e imputabilidad

Cuando una persona consume bebidas alcohólicas puede llegar a la embriaguez. Mora y Sánchez correlacionan la signología con el diagnóstico médico de la embriaguez alcohólica así:

"a) Si el examinado presenta aliento alcohólico, incoordinación motora leve, aumento discreto del polígono de sustentación y nistagmus postural se le calificará como una embriaguez aguda de primer grado, la cual puede o no, estar acompañada de otros signos que no es tan indispensable determinar.

b) Si se observa un sujeto con aliento alcohólico, incoordinación motora moderada, aumento evidente del polígono de sustentación, nistagmus postural y disartria, se le diagnosticará como segundo grado de embriaguez aguda.

c) El tercer grado de embriaguez es un estado tan deteriorante, que ocasiona alteraciones depresoras severas en el Sistema Nervioso Central como estupor, incoordinación motora severa, imposibilidad para la marcha y otros signos que hacen fácil este diagnóstico.

d) El cuarto grado de embriaguez se caracteriza por presentar una depresión neurológica severa que el sujeto se encuentra en estado de coma".

Durante la embriaguez simple hay una serie de manifestaciones psicológicas, acentuación de las características propias de la personalidad (sin modificación de ella) y alteración de las facultades autónomas del YO. Todo esto es detectable mediante determinados signos. Pero como dicen Mora y Sánchez ha de tenerse en cuenta "que algunos de estos signos pueden ser controlados voluntariamente por el examinado". Se deduce que si hay control voluntario, se descarta el trastorno mental porque "cómo se puede no comprender la ilicitud, pero si determinarse de acuerdo con esa comprensión?

Entonces, durante el primer y segundo grado de embriaguez el individuo que lo presenta, exhibe una serie de alteraciones de tipo leve en su psiquismo y puede controlarlas voluntariamente. Este aspecto de lo leve en la embriaguez también fue expresado por el ilustre Magistrado Alfonso Reyes Echandía el 6 de noviembre de 1984:

"Si, en cambio, la embriaguez del sujeto produjo un trastorno mental de leve intensidad que no alcanzó a oscurecer su conciencia y no le impidió, por lo mismo, darse cuenta de la antijuridicidad del comportamiento realizado en tales condiciones (lo que sucede ordinariamente en la llamada ebriedad común o simple) se estar ante persona imputable respecto de la cual cabe juicio positivo de responsabilidad culpabilista con imposición de pena".

En el tercer grado de embriaguez hay una alteración importante de la conciencia con estupor y severa incoordinación motora. Es difícil que un sujeto en este estado pueda esgrimir un arma y descargarla certeramente sobre otro.

En el cuarto grado, menos aún; porque en estado de coma se está totalmente incapacitado para responder ante los estímulos externos.

Para que un sujeto presente trastorno mental transitorio en estado de embriaguez alcohólica y que no quede con perturbación después del hecho; se necesita además de la embriaguez otros factores. La embriaguez por si sola no es condición de trastorno mental. Además el C.P. contempla como agravación punitiva tanto el homicidio culposo como las lesiones personales culposas cuando el sujeto ha actuado bajo el efecto de bebidas alcohólicas. Para el

diagnóstico de trastorno mental transitorio que no requiere tratamiento ha de tenerse en cuenta en primer lugar un estado premórbido fisiopatológico o psicopatológico. Esto debe sumarse dinámicamente a las características del acto ilícito; a las características clínicas del sujeto en el momento del acto: la aparición más o menos brusca del trastorno y al retorno a condiciones aproximadamente iguales a las del estado premórbido. La comisión del acto delictivo debe ser inmotivada, impulsiva, no controlada y no premeditada.

El estado premórbido fisiopatológico puede ser una alteración orgánica cerebral a nivel del lóbulo temporal. Lo psicopatológico, un trastorno neurótico o importantes núcleos psicóticos paranoides en la personalidad. Una de las características clínicas del sujeto en el momento del acto puede ser la embriaguez alcohólica. Entonces no puede tomarse ésta aisladamente para llegar a la conclusión simplista y reduccionista de que embriaguez simple igual inimputabilidad.

El trastorno mental permanente puede darse en alcohólicos que presentan alguna psicosis alcohólica. Estas alteran notablemente las funciones autónomas del YO y ello se traduce en incapacidad para comprender la ilicitud y de autorregular la conducta de acuerdo con esa comprensión.

Para terminar el capítulo, se ilustra con dos casos de alcoholismo y psicosis alcohólica.

Caso 1. T. T. hombre de 38 años, consumía bebidas alcohólicas desde la época de la adolescencia cada ocho días y se embriagaba. Fue hospitalizado varias veces por trastorno mental compatible con Delirium Tremens. Tenía un carácter neurótico severo con compulsiones y fobias. Era además uraño, solitario y acostumbraba a beber solo (copisolo). A pesar de sus 38 años era un hombre envejecido y deteriorado por el alcohol. Una fría noche Bogotana, T.T. fue retenido por Agentes de la Policía: se le acusó de irrespeto a cadáveres. La víctima una mujer de 75 años de edad quien había fallecido en la calle debido a infarto del miocardio por oclusión de la arteria coronaria anterior. Se discutió en el Juzgado la tipificación del delito: homicidio, acceso carnal violento o irrespeto a cadáver. Lo cierto es que debido al deterioro alcohólico, T.T., había infringido la Ley y debía ser sometido a medida de seguridad según lo dispuesto en el C.P.

Caso 2. A la Inspección de Policía llegó una mujer, en estado de embriaguez, dijo llamarse Inés. Según sus propias palabras quería pagar a la persona que momentos antes había ultimado con una navaja y luego arrojado el cadáver al río Magdalena. Aquella noche durmió en el calabozo. Cuando despertó preguntó el motivo por el cual estaba allí. No recordaba lo sucedido y decía llamarse Rosa. El cadáver no fue encontrado ni se reportó la desaparición del hombre joven y atractivo que según la mujer había asesinado. Rosa tenía 40 años, pero estaba envejecida; era viuda: su esposo murió ahogado en el río Magdalena 10 años atrás. Desde entonces Rosa se dedicó a la ingesta de bebidas alcohólicas. Entre el vecindario la conocían como la borracha. Además decían que ella "desde hace tiempo y después que se toma unas cervezas se vuelve loca... esa señora puede estar loca; ella se toma un trago y de una vez se enloquece y cree que es grande en la vida, tiene mucho dinero y que ha matado... habla locuras, es muy tomadora". El examen mostró una mujer envejecida, depresiva, egocéntrica, histriónica, manipuladora, sugestionable, mitómana y con componentes masoquistas

importantes. Se hizo un diagnóstico de personalidad histérica, alcoholismo y síndrome cerebral orgánico secundario a alcoholismo.

10.NEUROSIS

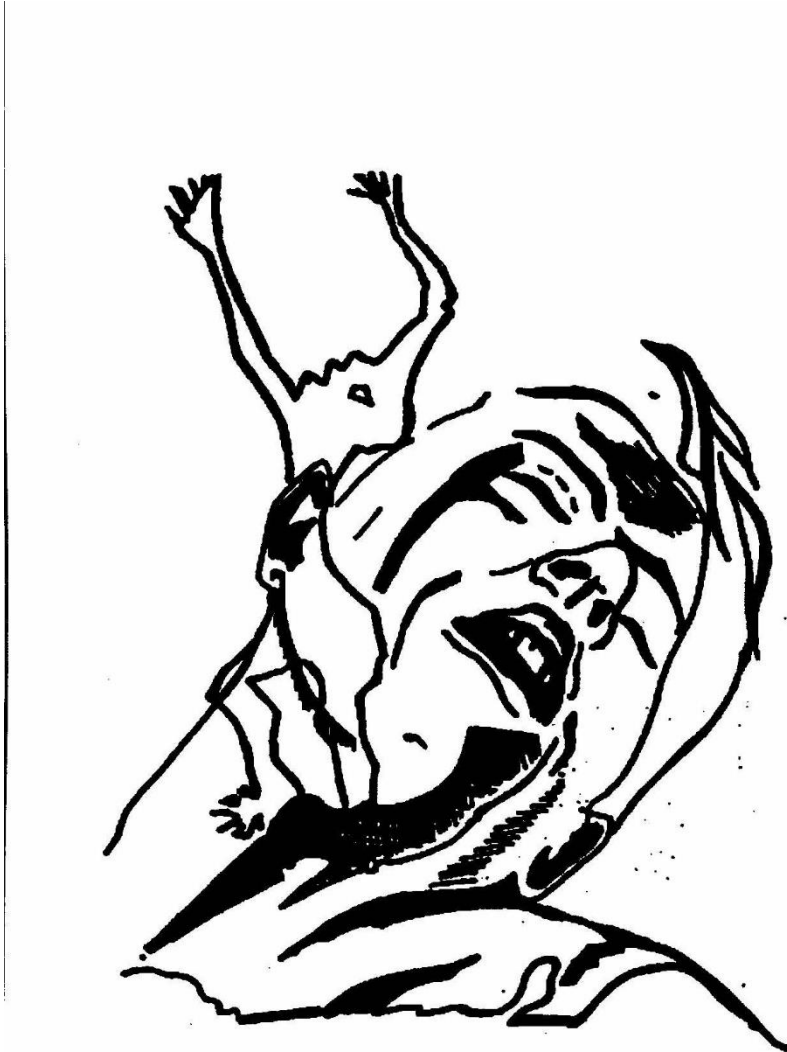
La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) considera en sus distintos rubros los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y los somatomorfos: trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, reacción a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos disociativos (de conversión), trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos (neurastenia, trastorno de despersonalización-desrealización, otros trastornos neuróticos especificados y los no especificados)

La CIE define la neurosis como “un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en la cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada ya que, en general no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa”. El término trastorno mental, no se refiere a la circunstancia de inimputabilidad que trae código penal.

El conflicto neurótico se desarrolla entre una tendencia que quiere descargarse y otra que trata de evitar la descarga. El conflicto tiene lugar entre el ELLO y el YO. En el ELLO están las pulsiones propias del ser humano: eros y tánatus. A partir de estas dos tendencias básicas se derivan las otras ya descritas en un capítulo anterior: envidia, celos, hostilidad, agresión, resentimiento, venganza, amistad, ternura, etc. Cuando una tendencia de estas requiere expresarse, o mejor descargarse, se encuentra con el Yo quien permitir o evitará la descarga. Como puede verse, una persona puede tener un conflicto neurótico si sus necesidades de amor u odio no son expresadas.

El conflicto neurótico se complica cuando interviene el SUPERYO. Este se puede aliar con el YO en contra del ELLO o con el ELLO en contra del YO. En el primer caso se tendrá un neurótico con importantes sentimientos de culpa. En el segundo hay una defensa

contra la culpa y la neurosis ser diferente; es el caso de la neurosis depresiva.



Los síntomas del conflicto neurótico son: ansiedad, sentimientos de culpa, asco como motivo de defensa, voyerismo, inhibición de algunas funciones del YO, sensaciones dolorosas por tensión y falta de descarga.

10.1 Ansiedad

Cuando el individuo experimenta ansiedad, está recordando inconscientemente la situación traumática. Se cree que la ansiedad tiene su origen en el trauma del nacimiento, el temor del niño a ser abandonado o a perder el cariño del ser amado y al temor a la castración. La castración no solamente se refiere al daño real o fantaseado que pueda recibir el niño en sus genitales. También se refiere al daño sobre alguna otra parte de su organismo físico o

mental.

10.2 Sentimientos de culpa

Es la ansiedad del YO frente a las prohibiciones del SUPER YO. Se expresa como masoquismo moral; la tendencia a sufrir accidentes; la incapacidad para gozar de las cosas buenas que tiene la vida; el oscurecer o dañar un momento de felicidad: "mañana voy a sufrir porque hoy estoy feliz".

10.3 Asco como motivo de defensa

Se expresa con manifestaciones orales, anales o genitales. Es un ataque neurótico de asco equivalente al pánico con cosas que entran por la boca o los sentidos, p.e. asco ante determinado alimento o ante determinada persona o conversación. Asco por intolerancia ante lo anal, p.e. los olores. Asco ante lo genital, p.e. necesidad de lavar los genitales inmediatamente después de tener relaciones sexuales.

10.4 Vergüenza como motivo de defensa

Va contra el exhibicionismo y el voyerismo. Es la vergüenza por ser mirado o mirar; la eritrofobia (cara colorada) cuando se habla en público o se dice determinada palabra o expresión.

10.5 Inhibición de algunas funciones del YO

10.5.1 Agresión

Esta normalmente debe estar al servicio de la defensa y conservación. El neurótico ve agresión en todo y no expresa su malestar porque teme ser agresivo. Teme ser agresivo y cuando lo es, lo hace violentamente para después experimentar culpa por la agresión. "Más de una inhibición profesional resulta ser en realidad una inhibición de la agresividad, ya que la agresividad, *en* las circunstancias imperantes en nuestra cultura, es necesaria para hacer una buena carrera" (Fenichel).

10.5.2 Sexualidad genital

La frigidez y la impotencia son la incapacidad para experimentar orgasmo. La frigidez en la mujer y la impotencia en el hombre. Esta última puede ser eréctil (no hay erección y por lo tanto es imposible el coito) u orgástica (a pesar de la erección, coito y eyaculación, no hay placer u orgasmo).

10.5.3 Instintos parciales de tipo oral o anal

Hay funciones que tienen significado sexual diferente al genital. Se trata de lo oral y anal. Para Freud lo sexual es lo que produce placer. El niño en su desarrollo experimenta placer cuando pasa por las etapas oral y anal. Los adultos continúan experimentando placer oral y anal, pero hay primacía en la sexualidad genital. La inhibición de lo oral produce anorexia; odio a determinados alimentos. Otras actividades tienen significado oral como fumar, beber, las actividades sociales y la lectura. Algunos neuróticos se encuentran bloqueados para disfrutar con la lectura. Las represiones de la sexualidad anal producen estreñimiento, exageración del pudor anal, afán por la limpieza y el orden, la tacañería y la terquedad. El psicoanálisis sabe que personas con excesivo control

de sus actos o de los demás tiene conflicto con lo anal.

10.5.4 La inteligencia y el pensamiento

El neurótico es una persona inhibida intelectualmente, que no usa su inteligencia como debería ser y podría pasar como deficiente mental, sin serlo. "Es muy probable que cierta proporción de falta de talento se deba no a una verdadera ausencia de aptitud sino a una inhibición psicogénica especial" (Fenichel).

10.6 Sensaciones dolorosas por tensión y falta de descarga

Se expresan a nivel del sueño y del aparato muscular. Dolores en grupos musculares de la región lumbosacra (lumbalgia) o de la región cervical (cefalea). Además para dormir es necesario relajar los músculos y si no se relajan se puede sufrir de insomnio o luego de dormir toda la noche se levanta muy fatigado.

10.7 Síntomas específicos de cada neurosis

Todo este cortejo sintomático acompañará a cada una de las diferentes neurosis ya sea de ansiedad, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, despersonalización, hipocondríaca y otras neurosis.

10.7.1 Neurosis de ansiedad

El síntoma que predomina es la ansiedad. Hay manifestaciones somáticas importantes cuyo significado desconoce el individuo y usualmente interpreta como de origen orgánico. Esto lo lleva a consultar al médico o a un servicio de urgencias con la idea de que tiene un infarto o una úlcera perforada. La ansiedad puede seguir aumentando o presentarse súbitamente de manera intensa; acá el individuo tiene la sensación de catástrofe inminente o pérdida del control; surgen ideas como "me estoy volviendo loco" o "me voy a morir". Esta ansiedad tan intensa se conoce como pánico.

10.7.2 Neurosis histérica

Hay dos tipos de neurosis histérica: conversiva y disociativa.

En la conversiva los síntomas más expresivos se refieren a la disfunción selectiva del sistema nervioso motor o sensitivo. Esto se traduce en parálisis de conversión (el paciente no puede caminar o mover los brazos); "ataque histérico" que remeda la convulsión epiléptica; ceguera, sordera, incapacidad para hablar o compromiso de algún otro sentido. Estos individuos no presentan una lesión orgánica que explique la disfunción del sistema nervioso.

En la forma disociativa, el paciente asume otra personalidad o remeda un cuadro psicótico con alucinaciones e ideas delirantes que recuerdan la esquizofrenia. Los casos de posesión demoniaca, espíritus o duendes y los de personalidad múltiple corresponden a neurosis histérica disociativa. El individuo presenta amnesia del episodio. Hemos examinado algunas personas que presentaron esta neurosis para el momento del ilícito. La conclusión fue el trastorno mental transitorio (inimputable).

10.7.3 Neurosis Fóbica

El síntoma que predomina en esta neurosis es la idea fóbica las ideas fóbicas. La vida del individuo se centra en miedos de carácter irreal y angustiosos: los perros, las arañas, las alturas, los espacios cerrados, salir solo, el ascensor, hablar en público, etc. Una mujer comenzó sintiendo temor a salir sola, luego a salir sola de su casa y finalmente a salir de su habitación. El fóbico a veces puede enfrentarse con el objeto temido si lo hace acompañado o asumiendo conductas contrafóbicas: entra al tan temido ascensor con gran ansiedad y sufriendo, pero a costa de una sobrecarga cardíaca.

Hay personas que han fallecido cuando se han expuesto al objeto fóbico. Una mujer sindicada pretendió ser excarcelada aduciendo que sufría de claustrofobia, pero al examen no se encontró la estructura neurótica ni la fobia.

10.7.4 Neurosis obsesivo-compulsiva

Además del cortejo sintomático anotado, lo más sobresaliente son las ideas obsesivas y las conductas compulsivas. La idea obsesiva es reconocida como ajena, pero procedente del interior.

Con el fin de eliminar la ansiedad que produce la idea, el individuo actúa compulsivamente. Un sujeto antes de dormir tenía que santiguarse 15 veces porque, pensaba si no lo hacía, iba a morir y se condenaba.

Una vez terminado el ritual le asaltaba nuevamente la idea de que no se había santiguado 15 sino 14 ó 16 y tenía que repetir el ritual. Por tercera vez la idea era que lo había hecho muy rápido. Todas las noches invertía gran tiempo realizando el ritual. Otro hombre permanecía dos horas afeitándose porque cada vez que terminaba encontraba pelos no existentes en alguna región de su cara.

La compulsión constituye un acto irracional sobre la cual el sujeto tiene dificultad para autodeterminarse. Hemos examinado algunos individuos con neurosis obsesivo compulsiva grave quienes para el momento del hecho legalmente descrito tenían capacidad de comprender la ilicitud, pero no de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

10.7.5 Neurosis depresiva

Lo llamativo en esta neurosis es una alteración afectiva tipo depresión. El individuo pierde interés por la vida y puede rumiar pensamientos suicidas. La anhedonia se traduce en pérdida del apetito y sueño, poco entusiasmo, desinterés sexual. Hay manifestaciones somáticas como fatiga, estreñimiento, dolor de cabeza, otros dolores y sufrimiento. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la psicosis afectiva.

10.7.6 Neurosis neurasténica

Existe una marcada sensibilidad ante esfuerzos físicos y mentales. El individuo presenta fatigabilidad, dificultad para la concentración, falta de placer.

Luego de dormir toda la noche se despierta muy cansado y tiene que "arrastrarse" de la cama. A medida que transcurre el día el cansancio va disminuyendo, pero llega la noche y debe acostarse de nuevo.

10.7.7 Neurosis de despersonalización

La persona presenta episodios caracterizados por desorientación,

marcada angustia y sensación de que su propio cuerpo o los objetos del mundo externo se están transformando. Puede no reconocerse en el espejo debido a las alteraciones que percibe, como cambios en su rostro. Las calles podrán estrecharse o ampliarse y los edificios aumentar o disminuir de tamaño, usualmente los episodios se presentan en circunstancias muy similares como p.e. en la buseta o al caminar por el parque.

10.7.8 Neurosis hipocondríaca

La característica sobresaliente está constituida por ideas hipocondríacas. Usualmente el individuo va rotando la preocupación de enfermedad de órgano en órgano. Una temporada será el corazón, luego los riñones, el hígado o retoma uno anterior. Es típico de las personas afectadas llevar en la cartera o en los bolsillos un sinnúmero de remedios. Suele caer en manos de los brujos, curanderos o magos quienes ofrecen curarlo de todos los males. Durante unos meses se ve libre de las dolencias, pero un tiempo después las presentan de nuevo porque tampoco la magia logró curarlo. Algunos médicos mal informados cansados de las quejas hipocondríacas de sus pacientes les dicen: "Ud. no tiene nada, tiene que ver a un psiquiatra".

10.7.9 Otras neurosis

Fenichel habla de la neurosis del domingo que se presenta en sujetos que durante la semana y gracias al trabajo permanecen estables. Pero cuando llega el domingo, día de descanso, presentan una variedad de síntomas neuróticos. El mismo autor menciona la neurosis del éxito en personas que luego de alcanzar un éxito en su vida, presentan síntomas neuróticos; también los denomina los que fracasan al triunfar.

Villar describe la neurosis del ama de casa que se presenta dentro de una clase social que él denomina como la nueva burguesía. En psicodinámica corresponde a la neurosis obsesiva con toda su sintomatología; le corresponde desempeñar el papel de hija, mujer, doméstica, madre y niña. Tiene que servirse de todos los aparatos electrodomésticos y se embrutece con la radio o telenovelas. Se identifica con los personajes de las revistas femeninas y sigue a pie los comerciales cuando se baña con el jabón de las reinas de belleza, el desodorante que protege las 24 horas y el detergente que si mata todos los microbios.

En líneas generales un neurótico, para el momento de cometer un delito tiene aceptable capacidad para comprender la ilicitud y de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

Excepcionalmente podría llegar a ser considerado inimputable por trastorno mental y de acuerdo con lo descrito en código penal. Esto depende de varios factores que serán tratados en el capítulo de la inimputabilidad. Por otra parte, cabría estudiar la agresión del neurótico dentro de lo contemplado en circunstancias de atenuación punitiva. Debido al manejo conflictivo de la agresión, el neurótico podría actuar con ira e intenso dolor. También "obrar en estado de emoción o pasión excusables, o de temor intenso"

El CIE-10 conserva la palabra neurosis con excepción para la neurosis depresiva. Esta se clasifica dentro de los trastornos del humor

como distimia. Para las demás neurosis agrega trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo y de conversión (desaparece histeria), trastorno hipocondríaco, neurastenia, trastorno de despersonalización.

11. Psicosis funcionales

Forman parte de un capítulo de especial importancia para los Jueces y Abogados litigantes, por ser estos cuadros representantes de las enfermedades mentales que podrían en determinadas circunstancias constituir Trastorno Mental circunstancia de inimputabilidad. Han recibido el nombre de Psicosis Funcionales porque no se había asociado un cambio fisiológico o estructural del cerebro que lo produjera. En nuestros días continúa usándose el nombre de Psicosis Funcional, aun cuando la Psiquiatría Biológica

ha venido aportando información acerca de posibles alteraciones genéticas, psicofisiológicas, bioquímicas, en los neurotransmisores y sus enzimas, disfunción neuromuscular, alteraciones en las monoaminooxidasas y estudios víricos (virus lentos) e inmunológicos.

Se creía que estos trastornos representaban el resultado de factores simbólicos, emocionales intrapsíquicos e interpersonales. Estos factores continúan siendo parte del funcionamiento psicológico de todo ser humano pero a ellos se han venido agregando los descubrimientos biológicos.

Las enfermedades psicóticas son alteraciones graves de varias de las funciones mentales, a tal punto que se ve afectada la capacidad para valorar la realidad, para auto-reflexionar sobre las conductas realizadas (introspección). Hay incapacidad para afrontar las demandas ordinarias de la vida, entre ellas es frecuente el rechazo a los cuidados médicos y se usa masivamente el mecanismo de la regresión, pudiéndose por consiguiente presentar conductas bizarras.

La Clasificación Internacional de Enfermedades define la Psicosis como un

Trastorno Mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener contacto con la realidad. Excluye el retardo mental.

Las tres principales Psicosis funcionales son: las psicosis esquizofrénicas, las afectivas y los estados paranoides.

11.1 Psicosis Esquizofrénica

Enfermedad mental grave que presenta distorsión característica del pensamiento: delirios, alteración de la sendopercepción, es decir alucinaciones e ilusiones, afecto anormal consistente en pobreza



afectiva o escasa modulación del mismo. Como consecuencia de lo anterior hay importantes alteraciones de la conducta. No todo cuadro clínico que presente delirios (ideas) y alucinaciones constituye una psicosis esquizofrénica. Es preciso que encontremos la alteración afectiva característica. Eugene Bleuler presentó una ayuda diagnóstica diferencial consistente en buscar lo que él llamó síntomas primarios y secundarios de esquizofrenia.

Como síntomas primarios consideró la ambivalencia en el afecto, anhedonia, autismo y alteración en las asociaciones (nemotecnia: las cuatro aes). No obstante se conserva la capacidad intelectual y la claridad de la conciencia. El paciente puede creer que sus pensamientos y sentimientos son conocidos y desarrollar ideas para explicar cómo actúan esas fuerzas naturales y sobrenaturales. El diagnóstico de esquizofrenia sólo debe hacerse cuando durante la misma enfermedad son evidentes las alteraciones del pensamiento, del ánimo, de la conducta o de la personalidad, de preferencia en por lo menos dos de estas áreas. Los síntomas esquizofrénicos se reconocen por su extravagancia, distancia del ambiente, suspicacia, períodos de destructividad impulsiva, despliegues emocionales exagerados e inmaduros, ambivalentes e inapropiados para quien los observa. Las relaciones interpersonales se distorsionan por los delirios y alucinaciones. Puede haber aislamiento en la fantasía y deterioro en los hábitos sociales y personales.

Como síntomas secundarios consideró los delirios, alucinaciones, amaneramientos, catatonías, etc.

Visión histórica de la psicosis esquizofrénica. El Psiquiatra belga Morel en 1860 interpretó esta desorganización esquizofrénica de la personalidad como una detención en el desarrollo y que debería agruparse junto con la debilidad mental con factores hereditarios y por tal razón la llamó demencia precoz. Kahibaum en 1874 la describió "locura de tensión muscular". El paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nadie haga cambiar su posición, como absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una volición aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales y algunas veces con una flexibilidad crea completa, igual que en la catalepsia. Supuso que era el síntoma de una enfermedad de la estructura cerebral. Hecker en 1871 definió a la hebefrenia como una enfermedad progresiva de la pubertad y la adolescencia. En 1896 Kraepelin propuso que podría existir un común denominador entre la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahibaum y muchas psicosis paranoides.

Punto culminante en esta evolución fue Bleuler (1857-1939) propuso en 1911 el término de Esquizofrenia: "División de la Mente" o división de la expresión psicobiológica del organismo que llamamos mente. Por eso se presenta desintegración de la Previa Síntesis Normal del pensamiento, el sentimiento y la actividad. Bleuler halló diferencias con el estado psicológico de los débiles mentales y con el deterioro orgánico provocado por atrofia cerebral y por tanto opinó que era incorrecto el término de demencia precoz (demencia: mente disminuida). Hizo esta afirmación luego de observar numerosos enfermos mentales en el hospital de Rheinan, Suiza. Bleuler consideró importante el estudio del contenido de los pensamientos, las tendencias, los instintos, sus antecedentes vitales, primeras esperanzas y primeros miedos al lado de sus padres y hermanos. En 1912 luego de haber conocido los trabajos de Freud sobre las neurosis y los sueños Bleuler publicó sus concepciones sobre la Esquizofrenia que fueron criticados por Meyer, como un dualismo no demostrable entre la mente y el cuerpo.

Meyer en 1906 describió la esquizofrenia como deformaciones e incongruencias fundamentales u originadas en fantasías, más o menos

ajenas a la vida de casi todos los individuos maduros en estado de vigilia. Estableció el concepto que el trastorno esquizofrénico es una función de la conducta biológica.

Hoy se consideran inadecuados los conceptos de Kraepelin, Meyer, Bleuler y Freud.

Se ha diagnosticado esquizofrenia en todas las culturas, influyendo la cultura en el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes.

Como etiología actualmente se da importancia a fuerzas genéticas, deficiencias cualitativas en la relación Madre-Hijo lactante, relaciones interpersonales familiares y stress social en pocas de desarrollo. El estudio genético ha mostrado que si un miembro de la familia es esquizofrénico, el riesgo para los hermanos e hijos es del 16%, con dos progenitores enfermos del 40% y en gemelos monocigóticos del 85.8% (Kallman). Opina este autor que la esquizofrenia se da en un individuo predispuesto como resultado de la compleja interacción de factores constitucionales y ambientales posteriores.

Psicopatología en la esquizofrenia. A menudo es un proceso evolutivo gradual, con una fase transicional "pre- esquizofrénica" de uno o dos años. Los primeros síntomas pueden ser indiferencia y aislamiento detrás de los cuales hay soledad, desesperanza, odio y miedo. Parece soñando. Los amigos del enfermo dicen que "está como lejos, como ido". Le importa poco la realidad de la situación en que vive. Se siente rechazado y con su aislamiento busca protegerse de relaciones humanas dolorosas. No confía en nadie. No sale de su casa. Abandona sus intereses habituales. La capacidad para responder afectivamente se disminuye. Sus allegados pueden decir que es pereza lo que tiene. El se torna descontento e irritable, empieza a preguntar que interpretación darán los otros a su conducta. Abandona su apariencia personal y su limpieza. Puede rumiar constantemente ideas sexuales. Puede sentir que algo erróneo está pasando. Puede empezar a descubrir misteriosos significados, reflexiones y dudas religiosas. Cuando aparecen preocupaciones acerca de su condición física, a menudo el episodio psicótico está cerca. En ocasiones hay un comienzo súbito y precipitado asociado a un evento traumático. Ejemplo: la pérdida del único amigo adolescente.

La fase pre-esquizofrénica cambia a una psicosis manifiesta con pobreza e incongruencia del tono afectivo, disociación entre el afecto y lo que está sucediendo. Por ejemplo el enfermo puede hablar de la muerte de su mamá querida, a la vez que se ríe. El deterioro y empobrecimiento de la expresión emocional con afecto inadecuado e inapropiado constituyen una de las formas en que la personalidad se divide confirmando lo acertado del término Esquizofrenia que Bleuler empleó.

La psiquiatría psicodinámica explica que el afecto no se empobrece, sino que se desplaza de la vida consciente y se liga a materiales inconscientes de la vida del enfermo. Este desplazamiento afectivo, ligando ahora los afectos a la vida inconsciente se ha asociado con la aparición del Síndrome de Despersonalización: el enfermo se siente espectador de su vida, irreal, siente que ha cambiado. Sus conductas le parecen automáticas. Siente que ha

perdido los límites de su identidad. Se vuelve confuso. Puede sentir partes de su cuerpo o su mente como extrañas, que no tiene cuerpo o que está muerto. La angustia de esta fase lo puede llevar a acciones mutilantes. En la esquizofrenia no se da generalmente un afecto dominante, como si sucede en la psicosis maniaco-depresiva.

El estrechamiento de la atención y la asociación de ideas resulta de su actitud autística. El pensamiento dereísta del esquizofrénico, provoca paralogia (un estado en el cual la respuesta del paciente muestra que ha entendido la pregunta pero la respuesta es errónea).

Los esquizofrénicos pueden estar perplejos, pero realmente no hay alteración en la orientación. Las asociaciones de ideas se fragmentan, acortan y pierden su lógica. Puede expresar metáforas y neologismos. Sin duda lo que el esquizofrénico dice tiene sentido para él aun cuando no para los demás. Una aparente concordancia errónea entre pregunta y respuesta con conciencia lúcida sugiere esquizofrenia. Debido a su origen inconsciente su asociación de ideas es imperfecta, con muchos rodeos, incongruente, no progresa y da lugar a diversas formas de incoherencia.

Cuando perciben su incoherencia pueden decir que alguien les roba los pensamientos. El pensamiento esquizofrénico es muy semejante al de los sueños, con procesos de simbolismo, desplazamiento y condensación, o es como el del niño en los primeros años de vida, llamado "proceso primario del pensamiento" y tiende a falsificar la realidad, descartando el pensamiento real y lógico.

Vigotsky un psicólogo ruso, afirma que la alteración fundamental ocurre en la formación de los conceptos, con una alteración en el pensamiento abstracto.

Las ideas delirantes del enfermo corresponden a simbolismos, extravagantes y sin significado, debido a que las satisfacciones que el enfermo busca permanecen disfrazadas. Generalmente se centran en temor de persecución, grandiosidad, sexo y alteraciones en el yo corporal e intelectual.

Las alucinaciones aparecen como la proyección de los impulsos y las experiencias interiores hacia el mundo externo. Su mecanismo es similar al de otras enfermedades pero con conciencia lúcida. El material más importante de la vida interior del esquizofrénico, toma la vividez de las alucinaciones. Se ha llamado la "metafórica voz de la conciencia" (Noyes) que acusa, critica o gratifica. Se consideran formadas por el material inconsciente y las tendencias, los deseos repudiados, sentimientos, etc.

El enfermo puede no reconocer el origen de sus alucinaciones y aceptarlas como su realidad. Estas alucinaciones pueden provenir de voces de personas importantes en su vida (progenitores, amantes o amigos). Las alucinaciones del esquizofrénico - imágenes simbólicas pueden guardar armonía con sus ideas delirantes.

En la esquizofrenia hay trastornos del Impulso y la Conación, como resultado de la ambivalencia que a la vez puede manifestarse como unión de amor y odio, con cariño y hostilidad, los cuales a su vez conducen a impulsividad, suicidio, auto-mutilación, homicidio. Puede presentar también negativismos o antagonismos al ambiente,

oposición a los otros y hasta mutismo, con rechazo a los alimentos; o sugestibilidad patológica para evadirse de la realidad y aceptar ciega y pasivamente lo que el ambiente le sugiera. Entonces obedece automáticamente las órdenes, sin revisar si son lógicas. Presenta ecolalia, ecopraxia, que se percibe como hostilidad burlona. Presenta amaneramientos y estereotipias, tics, rituales que son significativos para el enfermo.

Parece haber poca alteración de la conciencia. El sentido del tiempo es anormal. Algunos afirman perseverantemente tener una edad, sin modificarla.

Los trastornos en las funciones integrativas del esquizofrénico, a menudo conducen a fusión de los elementos mentales cognitivos, afectivos y conativos. El juicio o la capacidad para hacer inferencias conceptuales se altera a pesar de conservarse las funciones intelectuales. El enfermo está imposibilitado para apreciar su desorganización y su distorsión de la realidad.

La esquizofrenia puede cursar con cambios físicos. Puede haber desequilibrio general del sistema nervioso autónomo, enfriamiento y cianosis distal. Pupilas dilatadas hiporeactivas. Pueden presentar crisis epileptiformes. Muchos enfermos adelgazan durante el episodio agudo y adquieren caracteres de vejez prematura.

La teoría psicoanalítica sostiene que en el esquizofrénico, los primeros períodos de la relación entre la madre y el lactante deben haber sido deficientes. Es así, como la patología del enfermo adulto presenta un aislamiento regresivo hacia conducta emocional infantil. Dicha conducta se revela en el comportamiento omnipotente, en las reacciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad. Se ha encontrado que las mujeres esquizofrénicas cuidan anormalmente a sus hijos. Restringen la estimulación afectiva y los juegos con el lactante impidiendo el desarrollo de sensaciones iniciales. Estas sensaciones son necesarias y fundamentales para la percepción del propio cuerpo y el comienzo de las actitudes del Yo, respecto a seguridad, confianza y agresividad, para más tarde tener autonomía. Es poco probable que por si sola, esta teoría, explique toda la psicopatología de la esquizofrenia, tal como la alteración en el sentido de identidad, confusión en el rol sexual, falta de habilidad para distinguir fantasía de realidad y alteración en la comunicación interpersonal, etc.

Se ha prestado atención también al grupo familiar del esquizofrénico, encontrando anormalidades significativas. Un progenitor puede ser esquizofrénico o ambos tener un trastorno de personalidad. Los cónyuges pueden tener conflicto entre sí. Uno desafía al otro y uno de ellos busca aliarse con el hijo. Uno de los dos puede tener comportamiento dominante, agresivo o ser alcohólico, etc. Bateson sugirió que los trastornos de comunicación esquizofrénicos se originan en "el doble lazo, o doble mensaje", consistente en existir contradicción entre el mensaje verbal y la conducta manifiesta. Este doble mensaje dificulta el desarrollo de la comunicación.

Tipos de Esquizofrenia. Kraepelin describió tres tipos básicos de "demencia precoz": catatónica, hebefrénica y paranoide. Bleuler describió un cuarto tipo la esquizofrenia simple. Estos cuatro tipos

siguen siendo aceptados generalmente en la actualidad como síndromes esquizofrénicos básicos, aunque ha habido discusión sobre si la esquizofrenia simple debía conservarse o no como entidad diagnóstica.

11.1.1 Esquizofrenia catatónica

El rasgo esencial es la anormalidad de la conducta motora. Puede presentarse con aparición súbita. Tiene dos formas de presentación clínica: la Catatonía Estuporosa con notable disminución de la actividad espontánea, negativismo, estereotipias, obediencia automática y flexibilidad cerea y la excitación catatónica que es un estado de agitación psicomotora extrema. El enfermo habla y grita constantemente. Puede llegar hasta el cansancio extremo. Requiere

control médico y físico para evitar agresividad contra si mismo y contra otros. Suele presentarse entre los 15 a 25 años de edad. En algunos procesos militares de ataque al inferior, se ha encontrado que el episodio catatónico fue interpretado como desobediencia y negativismo a las órdenes militares.

11.1.2 Esquizofrenia hebefrénica

Tiene un comienzo temprano, insidioso, gradual, generalmente a partir de la adolescencia. Consiste en una regresión a una conducta primitiva, desorganizada y desinhibida, con importantes componentes de puerilidad, muecas, gestos, risas inmotivadas. La metamorfosis de Kafka nos recuerda a estos enfermos. Pueden resultar sindicados de delitos sexuales cuando más bien son comportamientos sexuales bizarros: masturbación en público (exhibicionismo).

11.1.3 Esquizofrenia Paranoide

Se caracteriza fundamentalmente por convicciones delirantes de persecución o grandeza. Los esquizofrénicos paranoides son, por lo general, mayores que los catatónicos o los hebefrénicos. Cuando enferman por primera vez, es decir, suelen encontrarse en la última fase de la tercera década o en la cuarta. Los individuos que se han encontrado bien hasta esa edad, por lo general han establecido ya un lugar y una identidad en la comunidad. Los recursos de su Yo son mayores que los de los pacientes catatónicos y hebefrénicos. Muestran menos regresión de las facultades mentales, de las respuestas emocionales y de la conducta que los otros tres sub-tipos. El paranoide típico se encuentra tenso, suspicaz, en guardia y reservado. Fácilmente puede tornarse hostil y agresivo. Suele comportarse muy bien en sociedad. Su inteligencia en las reas no invadidas por las convicciones delirantes puede seguir siendo alta.

La siguiente carta escrita por una mujer muestra aspectos de la enfermedad llamada esquizofrenia paranoide: ... 2 de.... de 1988. Señores Como estoy incapacitada por 30 días según comprobante número serie del ... de ... del Doctor.... quien no me ha sometido a test mentales y debido a que estoy en tratamiento desde Julio de 1987, debido a la presión mental ejercida sobre mí para establecer a Colombia eficiente debido a que Yo no era eficiente en mi cargo, y hasta después de 18 años de trabajo, se dieron cuenta de

ello.

Debido a que hasta los programas de mentalistas, que transmiten por una emisora, ofrecen servicios gratis de abogacía, muy respetuosamente consultó lo siguiente:

Si es legal la persecución de que soy objeto por medio de transmisión mental, mensajes orales, ventriloquia y por alta voces, y por unos maridos invisibles, cuando Dios es testigo que hace 21 años que no sostengo ningún tipo de relación amorosa, mucho menos relaciones sexuales.

Tampoco he aspirado a tener marido, a unas personas inalcanzables para mí, por su posición social, cargo o capacitación social, debido a mi falta de atributos físicos, mentales y aunque no me sé desempeñar socialmente como muñeca de sociedad.

Se despide una incapacitada mental por dejarse leer el pensamiento y separada del cargo por sabotaje mental.

Firma.

L.A. S.S. dirigía la siguiente carta a una Señora Comisaria:

Respetada Doctora también ruego e imploro de ser posible tenga la bondad de solicitar ordenar que científicos idóneos (del estado) me practiquen un examen sobre un presunto estado telepático o mejor dicho sobre ciertos fenómenos extrasensoriales que creo y peor aun temo tener. Antes de continuar déjeme decirle respetada Señora que no pretendo hacerme el loco como aquel que andaba volando iglesias o algo por el estilo. No señora con una mano en la Biblia y ante un Juez de la República juro que soy un infeliz mortal a quien Dios, la providencia o fuerzas extrañas de la madre naturaleza o de los mismísimos confines del cosmos dotó/dotaron de un fenómeno extrasensorial llamado telepatía. Dicho fenómeno debido a su complejidad ha producido en mí serios trastornos mentales los cuales han atrofiado de tal forma mi estado socio-sico emocional que me veo privado de la posibilidad de ser llamado persona...

Doctora mi vida ya de por sí un poco incierta se ha visto afectada gravemente por la cuestión que aludo (telepatía) a tal grado que me encuentro en un estado de postración lamentable que de continuar así me llevaría a convertirme en una lacra social, lo cual mi conciencia se niega a admitir. No quiero ser un vago (desechable) pues si esto llegase a ocurrir Dios no lo quiera probablemente me vería forzado a delinquir lo cual traería para mí, graves consecuencias, como ir a parar a una cárcel o un hospital o en el peor de los casos a un cementerio. Debo decir que por motivos que no puedo precisar fui a la cárcel por causa del bendito fenómeno. El estado me condenó, pero por ser yo una persona sin antecedentes penales se me concedió libertad bajo palabra. Ahora por causa de la telepatía he perdido mis derechos ciudadanos, mi dignidad humana y posiblemente mi conciencia. Ahora por una serie de sucesos que no vienen al caso mencionar enfrente la posibilidad que me sea suspendida la libertad condicional. Es por lo anterior que ruego se me haga un examen psiquiátrico practicado por hombres de ciencia al servicio del estado colombiano para establecer mediante métodos científicos si soy realmente o no un ser dotado con fenómenos extrasensoriales o víctima de un fenómeno parapsicológico que atenta contra mi persona. Le agradezco eternamente la atención prestada.

L.a.s.s. era un hombre llevado nuevamente a la Comisaría por episodios de agresividad contra sus familiares.

Las entidades esquizofrénicas representan "la locura propiamente

dicha" en ocasiones fácilmente reconocibles y generalmente bien difíciles de disimular.

11.1.4 Esquizofrenia Simple

Algunos la emparentan con el trastorno esquizotípico de personalidad.

La alteración principal de la esquizofrenia simple es una pérdida gradual e insidiosa de la motivación, del interés, la ambición y las iniciativas. Por lo general no se acompaña de alucinaciones ni delirios. El enfermo se retira del contacto con las demás personas. Deja también de trabajar. Si está en la escuela, desciende rápidamente a un nivel bajo, aunque hubiera tenido un buen desempeño intelectual. Durante las primeras fases de la enfermedad puede quejarse de molestias somáticas que pueden pasar como enfermedades psicósomáticas o como perezas. En muchos casos, por demás frecuentes en nuestro país, el esquizofrénico simple, deambula por las calles, se convierte en vagabundo, sin rumbo fijo, con tal de permanecer solo. Se acompaña este cuadro de marcado descuido en la presentación personal. Suele presentarse en la pubertad o algún tiempo después y como norma general sigue un deterioro definitivo. En esto se distingue del trastorno de personalidad esquizoide, que comienza más temprano en la vida y se mantiene en forma idéntica a lo largo de los años. En la práctica forense hemos visto soldados sindicados de desertión y que en algunas ocasiones han sido rescatados por sus familiares en estado irreconocible y lejano de su sitio en la vida militar, o que han sido hallados hasta después de haber recibido atención psiquiátrica en algún centro hospitalario.

11.1.5 Trastorno Esquizo-afectivo

La define la CIE como la psicosis en la cual se mezclan pronunciadas características depresivas o maníacas (afectivas) con manifestaciones esquizofrénicas y que tiende hacia la remisión sin dejar defecto permanente, pero que es propensa a la recidiva. Este diagnóstico debe establecerse sólo cuando son marcados los síntomas afectivos como los esquizofrénicos. Así por ejemplo en un enfermo podemos encontrar las alteraciones del pensamiento esquizofrénico, pero el ánimo tiene depresión o júbilo exagerados. Es decir la clínica representa mezclas de componentes afectivos y esquizoides en la estructura básica de la personalidad. En otro caso puede predominar los rasgos afectivos, pero la conducta del enfermo es tan regresiva e irregular que tiene que considerarse esquizofrénica.

11.1.7 Esquizofrenia Residual

CIÉ 9. Una forma crónica de esquizofrenia en la que los síntomas que persisten desde la fase aguda, han perdido grandemente su capacidad de remisión. La respuesta emotiva está embotada y el desorden del pensamiento aun cuando sea notorio, no impide que se efectúe la rutina de la vida diaria. Algunos condenados a Medidas de Seguridad, tienen pronóstico psiquiátrico desfavorable. Sus cuadros corresponden a psicosis esquizofrénicas, que tardan mucho tiempo en mejorar, o que no lo hacen a pesar de los tratamientos suministrados. Con el tiempo pueden llegar a convertirse en casos de esquizofrenia residual con pocas posibilidades de reintegrarse nuevamente a su grupo de origen.

11.2 Psicosis Afectivas (Trastorno bipolar según CIE10)

Llamadas también Psicosis maníaco-depresivas, nombre dado por Kraepelin en 1896. Consisten en una enfermedad periódica, con alteración del afecto por exaltación o depresión, lo que conlleva aumento o disminución en el pensamiento y en la actividad motora. Se acompaña con frecuencia de pérdida de sueño y del apetito.

Etiología. Se han asociado importantes factores biogenéticos y se ha demostrado que la psicosis maníaco-depresiva es 25 veces más frecuente entre hijos de padres maníaco-depresivos. Es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre, tres veces más en la clase social alta y cuatro veces más entre los profesionales. Al factor constitucional biogenético vienen luego a sumarse los factores mentales, situaciones traumáticas, pérdidas o procesos de inadaptación en la vida del enfermo.

Algunos enfermos pueden presentar alternancia en el estado de ánimo, siendo en una ocasión de exaltación, en otra de depresión, en otros se presenta siempre la misma alteración, bien sea ésta de manía o de depresión. Por esto, existen sub-clasificaciones así:

11.2.2 Psicosis maníaco-depresiva, tipo maníaco

Trastorno mental caracterizado por estado de alborozo o excitación, desproporcionado con las circunstancias que vive el sujeto y que varía desde la elevación del estado de ánimo (hipomanía) hasta la excitación violenta casi incontrolable. Son frecuentes la agresión, la ira, la fuga de ideas, la distractibilidad, la alteración del juicio y las ideas de grandeza. Puesto que es recurrente pasa por períodos de crisis y períodos asintomáticos.

Se presenta en un sujeto que antes ha sido extrovertido, seguro de sí mismo, ha mostrado tendencia a dispersar su energía en un amplio campo de actividades. Algunas veces el episodio agudo, va precedido de una fase depresiva leve que pasa desapercibida. También algunas veces el episodio llega tan sólo a la hipomanía: inestabilidad, alegría, despreocupación, afabilidad, autosatisfacción, energía sin límites. Se torna eufórico, desinhibido, exigente, no tolera las críticas. Se muestra socialmente agresivo. Le gusta discutir. Gasta su dinero en forma irresponsable. Empeña sus pertenencias. Se llena de planes ambiciosos y de empresas que pronto abandona y fracasan. Habla de circunstancias, personas o eventos, pero hace escaso análisis del significado que estos hechos tienen para él, denotando su poca capacidad de auto-análisis. Más bien refleja mecanismos de sobrecompensación indicativos de una imagen determinada de sí mismo, que persigue alcanzar. Como no toma en cuenta el principio de realidad puede convencer a quienes lo escuchan y no lo han conocido antes. El buen humor a menudo es contagioso y se mantiene mientras no se contradiga al sujeto, pero si se le coarta su buen humor se torna en ira y palabras soeces. Algunas personas que en sus estados normales se caracterizan por "amor a la humanidad" en el episodio hipomaniaco, sienten como si tuvieran "un episodio prolongado de ira". Esa dinámica muestra que su conducta favorable de amistad a la humanidad, no es más que una máscara, una formación reactiva que encubre una profunda hostilidad. El individuo con un cuadro maníaco mantiene una tonalidad afectiva, ansiosa, exaltada, con manifestaciones de júbilo ruidoso. Canta, baila en diversos lugares, silba, grita. Expresa ideas delirantes de grandeza, riqueza y poder. Se tornan agresivos si algo se les niega. Una paciente en fase maniaca que iba a ser atendida por un joven Psiquiatra le dijo que se dejaba

atender si él le permitía primero cantar y bailar. Durante los movimientos del baile, se lanzo hacia la jeringa y ampollitas que estaban preparadas y las destruyó.

La manía aguda se acompaña de fuga de ideas, logorrea, rimas (versos), asociaciones por el sonido o consonancia. Generalmente sus temas están en relación con ideas sobrevaloradas o intereses egocéntricos o con motivaciones inconscientes. En la conducta sexual puede haber desinhibición, excesos en el hombre, hipersexualidad y la mujer que antes había sido casta y pudorosa puede adoptar una conducta de promiscuidad sexual. Puede también adornarse, condecorarse, en forma exagerada y sensual. La atención se altera por falta de tenacidad. Se torna distráctil y todos los estímulos ambientales interfieren en él. Las alteraciones sensorio-perceptivas son generalmente del tipo de las ilusiones. A pesar de la agresividad e irritabilidad, no es frecuente la participación de estas personas en delitos violentos, porque generalmente su estado anormal hace que los otros teman y los eviten. La alteración en el juicio puede llevarlos a manejos inadecuados del dinero y el patrimonio.

11.2.2 Psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo

Una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. El enfermo pierde el gusto por la vida, se siente fatigado, rechaza cada vez más la actividad, se aísla, siente temores y miedos, molestias orgánicas, tiene deseos de morir y el pensamiento es monotemático en torno a su inseguridad, inferioridad, indignidad junto con importantes sentimientos de culpa y actos suicidas. Durante esta etapa pueden llegar a cometer algunos delitos como el filicidio, el abandono de menores, prevaricato, denegación de justicia, insubordinación militar...

Estas personas han tenido generalmente modestia, timidez y un sentimiento subyacente de inseguridad y dependencia excesiva. Con moral rígida, meticulosos, perfeccionistas. Tienen tendencia a reprochar sus propios actos y son sensibles ante la crítica. Igual que en la manía tienen grados variables de depresión. Hay diversos estados de ánimo llamados normales, por los cuales imperceptiblemente se van pasando a la Psicosis maníaco-depresiva, fase depresiva. Se aíslan, no buscan contacto social, mas bien lo rechazan. Sienten temor a los fracasos, a las represalias de los otros.

Las alteraciones corporales se convierten en el foco de atención del enfermo. Sufre cefalalgia, debilidad, dolor precordial o epigástrico y sus amigos y parientes también llegan a creer que el trastorno real es físico y que su depresión es por su mala salud. En realidad las molestias físicas son simplemente la racionalización de un dolor afectivo primario. La postura, las tensiones musculares y diversos síntomas y signos físicos forman un cuadro de depresión. La farsa toma una expresión de sufrimiento y perplejidad. El individuo se ve enfermo y adelgazado. El estado depresivo suele ser mayor en la mañana. Puede quejarse que las cosas le parecen extrañas. Se inhibe el curso del pensamiento y la actividad psicomotora. Hay lentitud al hablar, tono bajo y respuestas breves. Lentitud para iniciar las acciones y también para ejecutarlas. La ideación es reflejo de su estado interior, por remordimiento, autodesprecio, hipocondría y

sensaciones persecutorias. Puede haber hostilidad, malhumor y el odio que son característico de la depresión. Suelen presentarse interpretaciones equivocadas del tipo de la ilusión.

Existe la posibilidad que se comentan crímenes violentos, en mayor proporción en la depresión que en la manía. Esto se debe a que la depresión presenta una disminución en la represión del odio y la agresión. Las mujeres deprimidas cometen mas homicidios que los hombres deprimidos, generalmente la agresión va contra el ser mas querido del enfermo y es como si la agresión se dirigiera contra una parte de su propio Yo. Esta es la psicopatología que se manifiesta cuando una madre deprimida mata a su hijo y luego se suicida:

Josefa se había caracterizado por ser una mujer depresiva. Estaba casada y tenían tres hijos. Su esposo era un hombre trabajador, responsable y casero y parecía que el hogar de Josefa era feliz. Pero ella no se sentía feliz. Lloraba frecuentemente y decía que nadie la quería. Su esposo la consolaba, le hacia regalos y atenciones, pero no pensó en llevarla a consulta psiquiátrica. Josefa rumiaba pensamientos de muerte. Pensó quitarse la vida, pero también pensó que sus tres hijitos quedarían sin mamá y decidió envenenarse con los tres. A todos les dio raticida en el tetero y ella también tomó. Para apresurar su muerte, se colgó, pero la cuerda se rompió y el ruido llamó la atención de los demás habitantes de la casa. Los cuatro fueron llevados con urgencia al hospital, pero el niño menor falleció. Al examen psiquiátrico presentaba una psicosis maniaco-depresiva en fase depresiva.

11.2.3 Psicosis maniaco-depresiva circular, fase maníaca

Una psicosis afectiva que ha aparecido tanto en la forma depresiva como en la maníaca, ya sea de manera alternada o bien separadas por un intervalo de normalidad pero que en la actualidad se presenta en la forma maníaca. La fase maníaca es mucho menos frecuente que la depresiva. También se llama trastorno bipolar, fase maníaca.

11.2.4 Psicosis maniaco-depresiva circular, fase depresiva

Que en la actualidad se presenta en la forma depresiva.

11.3 Psicosis paranoide (Trastorno de ideas delirantes)

Es una alteración de desarrollo lento, insidioso hasta estructurar ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. Pero el comportamiento general y otras áreas de la conducta se conservan. No se acompaña de alucinaciones, las creencias anormales se vuelven motivo predominante, alterándose el juicio del enfermo. Las ideas delirantes son predominantemente de persecución o de grandiosidad. En algunas ocasiones las psicosis paranoides representan la prolongación y el desarrollo progresivo de la personalidad paranoide: persona suspicaz, desconfiada, hipersensible e irritable.

El paranoide difunde vigorosamente sus argumentos y muestra una convincente seriedad cuando trata de demostrar a otro que sus ideas delirantes son reales.

En ocasiones la personalidad paranoide hace los llamados "delirios encapsulados" o "monodelirios" y al conservarse el otro funcionamiento de la personalidad hacen difícil el diagnóstico. Pueden pasar por personas normales, nos preguntamos si estarán enfermos o sanos. Apoyan sus querellas en algunos "visos de realidad", por lo

cual pueden en ocasiones ir formulando denuncias hasta incluir en ellas al Juez, al médico y al mismo agente de la procuraduría ante quien ha puesto la queja. Es una alteración mental en donde hay menos conciencia de enfermedad y el paranoide dice "yo estoy bien, los demás están mal". En su delirio litigante entabla demanda como ofendido de tortura psicológica, persecución sexual, calumnia y falsedad.

La personalidad paranoide bien definida tiene una notable capacidad para percibir en las desatenciones cotidianas de la vida, en los menosprecios o negligencias de los otros, situaciones cruciales de conflicto, no del todo imaginarios pero si grandemente exagerados. La paranoia es esencialmente la manera de proteger los aspectos vulnerables de la personalidad, buscando un prestigio mayor del que ameritan los éxitos del individuo.

Kraepelin reconoció una entidad intermedia entre la paranoia y la psicosis esquizofrénica, y la llamó Parafrenia. Diferenciándose ésta de la paranoia porque las ideas delirantes pierden la lógica y tienden a ser extravagantes, pero no deterioran la personalidad o tardan muchos años en deteriorarla.

Es preciso determinar en estas entidades hasta qué punto se distorsiona la realidad y se trastorna la adaptación.

La paranoia llamada también Estado Paranoide suele tener la forma persecutoria litigante, exaltada o de grandeza, creyendo ser creador o inventor importante o puede tener también la forma erótica. El o la enferma creen que alguien se ha enamorado de él o ella. Que le escribe cartas amorosas o poemas. La o lo persigue. Ve en aspectos del medio ambiente, situaciones disfrazadas con que el objeto de su amor quiere meterse en su vida.

"Pepita era una mujer casada, con varios hijos ya adultos y no tenía antecedentes de tratamientos psiquiátricos. Entabló demanda judicial contra su vecino porque él la perseguía y le hacía propuestas sexuales. El presunto sindicado negó conocer a Pepita y mucho menos haberle hecho propuestas y persecución sexual. Al examen psiquiátrico Pepita relató que el vecino nunca se había dirigido directamente a ella, sino que había recurrido a otras personas. Había contratado a las personas en los buses para que la manosearan, la estrujaran y de alguna manera le daban a entender que eran enviadas por el vecino. Si entraba a un restaurante, allí también el vecino había logrado hacer que la cocinera echara cosas a su comida para embrujarla. Si entraba a una droguería a aplicarse una inyección que ella llevaba, el farmacéuta la cambiaba por otra que el vecino le había dado. De alguna manera, ella no sabía cómo, el vecino la estaba obligando a que se separara de su esposo para que se fuera a vivir con él. El diagnóstico psiquiátrico correspondía a una erotomanía o delirio de ser amado y según la CIE a un Estado paranoide, además presentaba una personalidad paranoide".

Entre las causas por las que se hospitaliza a un enfermo paranoide, estarían los intentos homicidas o suicidas, cartas anónimas, litigios absurdos, etc.

Como aspectos pisodinámicos, etiológicos, relevantes en la paranoia están las tendencias psicosexuales mal adaptadas, así los impulsos

homosexuales reprimidos, serían un factor genético a través del mecanismo de la proyección. También la disparidad entre los logros y las ambiciones y lesiones en la autoevaluación que generan insatisfacción e irritación consigo mismo. Un alto porcentaje de paranoides no se casan y si lo hacen, su vida matrimonial llena de discordia puede terminar en divorcio. La gran mayoría presentan también inteligencia superior, pero que se malogra por su psicopatología.

Existe también la llamada Psicosis inducida o Folie deux, trastorno de naturaleza paranoide, con ideas delirantes, generalmente crónico, en donde uno de los integrantes de la pareja generalmente activo y dominante transmite al otro su sintomatología. Los síntomas no son muy floridos y se desarrollan como resultado de la relación estrecha, de dependencia, en un sujeto receptivo, pasivo y fácilmente manipulable. Generalmente el lazo emocional es estrecho con el transmisor y de mucho tiempo. Pueden incluirse aquí también los casos raros en que se ven afectadas varias personas.

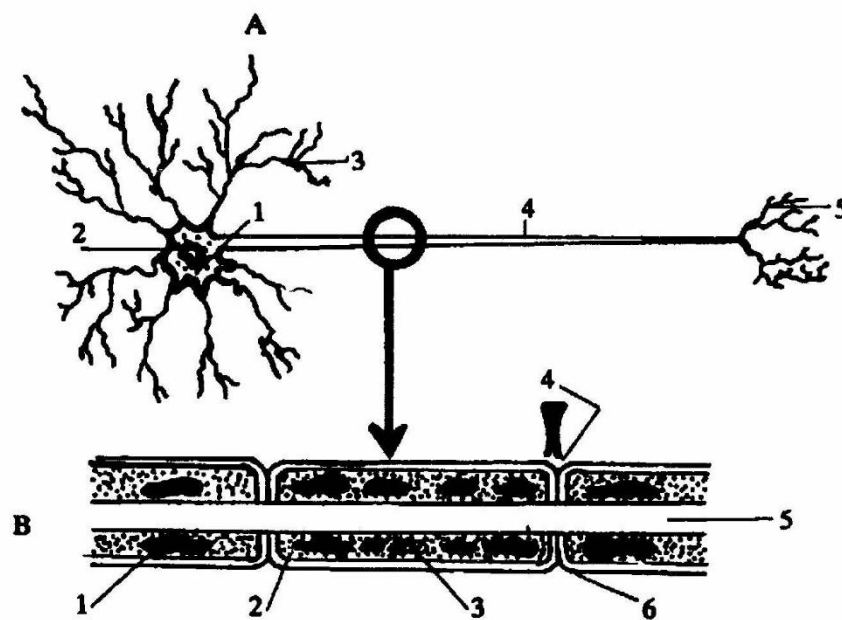
12. Epilepsia

La epilepsia o las epilepsias se manifiestan mediante un grupo de signos y síntomas asociados a una actividad anormal de las células nerviosas del cerebro, conocidas como neuronas. Normalmente cada célula nerviosa genera como pequeñas chispas de impulsos eléctricos. Estos impulsos van pasando de neurona a neurona enviando una información a los músculos del cuerpo, a los órganos sensoriales y a las glándulas, base biológica de la conducta humana.

En aquellos casos en donde existe un desorden de epilepsia ese patrón de actividad se altera. En vez de observarse pequeños impulsos eléctricos, se observan descargas excesivas de las neuronas; así por ejemplo, mientras una neurona normal genera 80 impulsos por segundo, una epiléptica puede generar 500 impulsos por segundo.

Se define también como un trastorno intermitente del sistema nervioso central debido a una descarga brusca excesiva y desordenada de las neuronas. La descarga da como resultado una perturbación casi instantánea de la sensibilidad, pérdida de la conciencia, movimientos convulsivos o una combinación de estos trastornos.

La Neurona



- A. Célula nerviosa
1. Citoplasma
 2. Núcleo
 3. Dendrita
 4. Cilindro-eje
 5. Ramificación terminal

- B. Corte de un trozo de cilindro -eje
1. Mielina
 2. Citoplasma
 3. Núcleo
 4. Cisura de Schmidt
 5. Cilindro - eje
 6. Vaina de Schwann

Resumidamente se clasifican en:

12.1 Crisis generalizadas

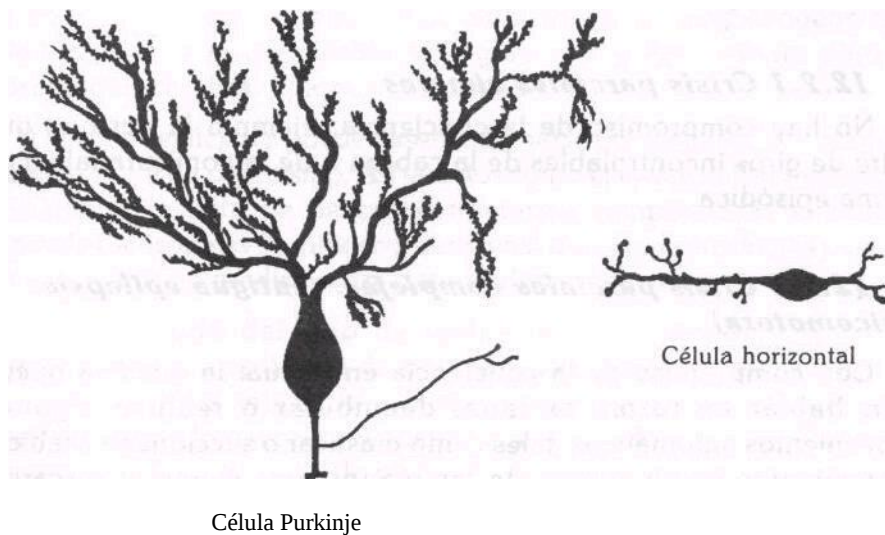
12.1.1 Gran mal

O convulsión generalizada; la persona puede emitir un grito (aura),

caer al suelo inconsciente, contraer y extender las extremidades, tener mayor producción de saliva, en unos minutos el ataque cesa, la persona vuelve en si, cansada, desorientada, confusa, somnolienta y con dolor de cabeza.

La persona sufre de amnesia en relación con el episodio. Son naturalmente unos fragmentos de tiempo en los cuales el enfermo

Ejemplos de Neuronas



requiere la atención médica y de sus semejantes, pues está severamente impedido. Se deduce de lo anterior que bajo este ataque epiléptico un individuo se encuentra imposibilitado para cometer cierto tipo de delitos como homicidio, lesiones personales, hurto, estafa, acceso carnal violento, etc. El único caso: estará expuesto a sufrir accidentes de tránsito, por lo cual un epiléptico no debe tener licencia para conducir.

12.1.2 Pequeño mal

Conocido también como ausencias; consiste en períodos generalizados de inconsciencia, de aparición súbita, de corta duración, interrumpen la actividad del paciente. Puede o no acompañarse de pequeños movimientos, pero no se acompaña de caída drástica al suelo. Tampoco se presenta el estado post-ictal. Cursa generalmente con una alteración típica en el electroencefalograma. Se presenta por lo general en niños y desaparece al llegar la adolescencia o se tornan en crisis de gran mal.

12.2 Crisis parciales

12.2.1 Crisis parciales s impies

No hay compromiso de la conciencia; ejemplo la persona que sufre de giros incontrolables de la cabeza o de la comisura labial en forma episódica.

12.2.2 Crisis parciales complejas, (antigua epilepsia psicomotora)

Con compromiso de la conciencia en el cual la persona puede reír, hablar en forma extraña, deambular o realizar algunos movimientos automáticos, tales como masticar o succionar los labios. Movimientos involuntarios de las manos, por ejemplo: rascarse, desabotonarse, desvestirse. Puede emitir palabras y sonidos durante la crisis. También fenómenos de los ya vistos, crisis cursivas, micropsias, macropsias.

Cambios de personalidad. Ira o llanto. Depresión o despersonalización. Crisis uncinadas y gustativas. Somáticos como llenura abdominal. Estos ataques son de corta duración y al recuperarse la persona se nota confundida y no recuerda lo sucedido.

12.2.3 Otras no clasificadas (epilepsias asociadas a Hipoglicemias)

La enfermedad epiléptica es, por consiguiente, un desorden europsicológico que puede presentar en forma intermitente momentos de crisis (ataques), seguidos de períodos de comportamiento sano.

Etiología. La epilepsia tiene como etiología múltiples causas. Las más frecuentes están asociadas a procesos infecciosos, traumas (golpes) graves, que dejan secuela y todas las otras condiciones que pueden afectar el cerebro (encéfalo) por ejemplo por sustancias tóxicas, desnutrición, enfermedades tumorales (que ocupan espacio intracraneano), sufrimiento del cerebro durante el nacimiento, enfermedades endocrinas que repercutan al sistema nervioso central (hipoglicemias), también factores genéticos hereditarios. Finalmente es importante anotar que existen convulsiones de tipo psicógeno que son similares a la convulsión tipo gran mal antes descrita pero la normalidad cerebral aparece conservada.

Una crisis epiléptica puede desencadenarse por fatiga física o psíquica ejercida sobre un organismo. Así eventos como el ejercicio físico excesivo, el hambre, la falta de descanso nocturno, temperaturas extremas, estímulos sensoriales (luminosos, auditivos) o tensión psicológica pueden en un organismo predispuesto, desencadenar una crisis.

Dependiendo del tipo de epilepsia ser el impacto sobre la personalidad. La epilepsia de tipo gran mal podría causar deterioro de las facultades intelectivas y afectivas de la personalidad. Esto dependería de la causa subyacente que la produce (magnitud de la lesión), del individuo que la padece, del tratamiento que reciba y de la poca de inicio de la enfermedad.

Por tal razón un enfermo de epilepsia debe ser analizado individualmente. En el ejercicio de la medicina encontramos diversos grados de deterioro atribuibles a la epilepsia. Se encuentran personas que pueden estar muy incapacitadas y otras con escasa limitación a pesar de una larga enfermedad.

La enfermedad epiléptica, aunque compromete estructuras del sistema nervioso central, no es fuente importante de inimputabilidad por su condición de alteración en forma de crisis y con períodos intercríticos lúcidos.

Veamos: son muy pocas las conductas delictivas que podría realizar

una persona que padece gran mal. Mientras sufre una convulsión no puede estar desempeñándose en otra actividad.

Cuando cesa el episodio agudo, recupera sus anteriores facultades mentales. En las crisis parciales complejas tan solo si la conducta ha ocurrido bajo el instante crítico de la enfermedad y en este caso las conductas son generalmente bizarras, inmotivadas y no premeditadas. "La violencia o agresión con propósitos determinados no es nunca comportamiento automático" (Palacios).

En la práctica forense actual se incurre en uso inadecuado con abuso de la epilepsia como argumento de inimputabilidad, tanto por parte de los examinados como de sus defensores. "Lo epiléptico debe ser espontáneo, es decir inmotivado; lo que de alguna manera haya sido provocado, aunque sea en parte, por las circunstancias, no es epiléptico. La forma refleja no ha sido jamás vista en ataques psicomotores" (Ortíz).

13. Electroencefalograma

Trataremos aquí este tema, antes que otras pruebas diagnósticas no porque sea la más útil en la valoración neuropsiquiátrica del examinado, sino porque la práctica forense la ha convertido en una de las más solicitadas.

El electroencefalograma (EEG) es un registro de la actividad eléctrica del cerebro. Esta actividad representa los potenciales pos-sinápticos de las dendritas apicales de la corteza cerebral. Registra la suma de los potenciales inhibidores y excitadores de grandes grupos de neuronas.

El rasgo más importante del EEG es la frecuencia de la actividad eléctrica, pero también debe analizarse la forma y la amplitud, los grupos de ondas y comparativamente un hemisferio cerebral con el otro.

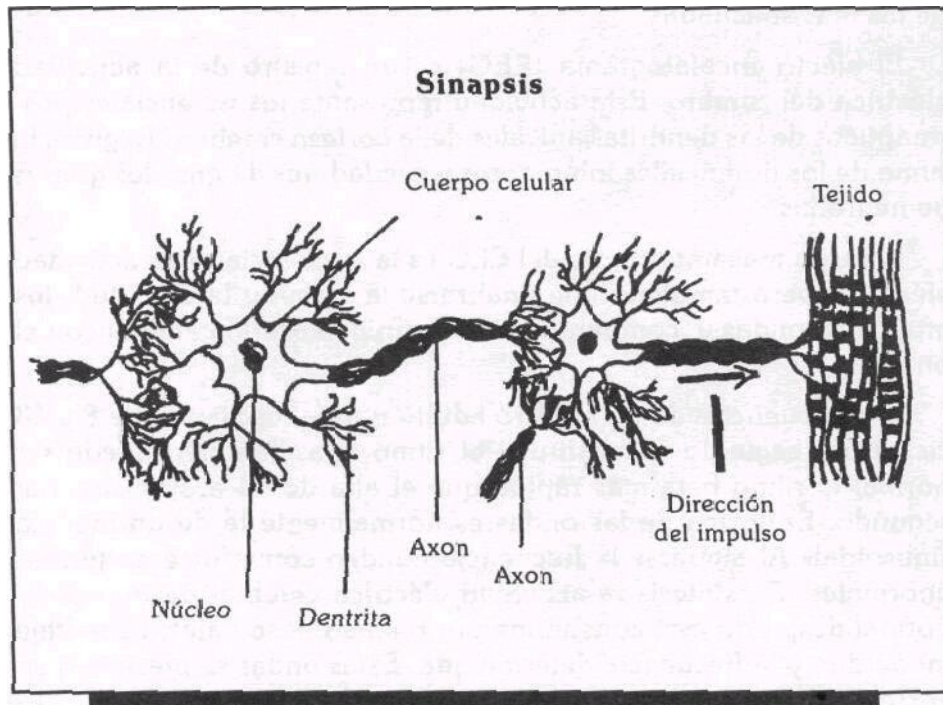
Las frecuencias de un registro adulto normal oscilan entre 8 y 13 ciclos por segundo y constituye el ritmo alfa. También puede ser normal el ritmo beta más rápido que el alfa de 14 a 30 ciclos por segundo. La forma de las ondas es normalmente la de un modelo sinusoidal» Al alterarse la frecuencia pueden convertirse en puntas anormales. En síntesis la actividad eléctrica cerebral de un adulto normal despierto está constituida por ondas sinusoidales, de voltaje moderado y la frecuencia determinada. Estas ondas se presentan en series rítmicas que originan los llamados husos. El electroencefalografista explora la página completa del EEG como si fuera un cuadro clínico antes que valorar bandas individuales.

Para tomar el EEG se colocan electrodos en cuero cabelludo siguiendo para su aplicación las indicaciones de la International Federation of Societies for Electroencephalography and Clinical

Neurology: Fp (polo frontal), F (frontal), C (central), P (parietal), O (occipital), T (temporal), Cz (vértice), A (oreja). Con números pares se indica el hemisferio derecho y los impares el izquierdo.

Características anormales del EEG

Sólo se podrá hablar de anormalidad después de comprobar que esos rasgos no se deban a la edad (lento en los niños) a los cambios de vigilia, sueño, al parpadeo (bloqueo del ritmo alfa), a la fotoestimulación (da como paroxismo), a la hiper-ventilación, etc.



La anormalidad se encuentra en la frecuencia: actividad lenta generalizada o focal, una actividad muy rápida generalizada o focal, o intermitente, también es anormal. El voltaje bajo indica supresión de la actividad eléctrica cerebral. La actividad de alto voltaje puede preceder una crisis convulsiva.

La aparición de puntas, o puntas ondas, puede asociarse con lesiones epileptógenas, al igual que la actividad lenta paroxística.

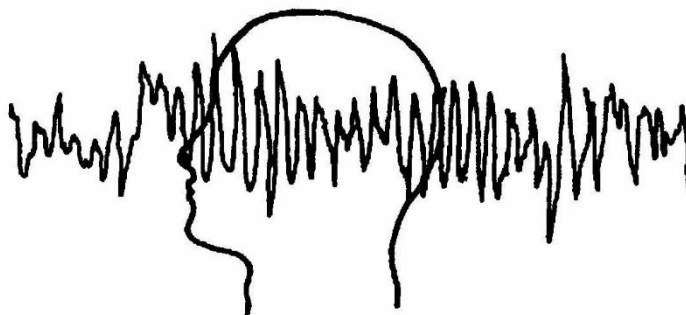
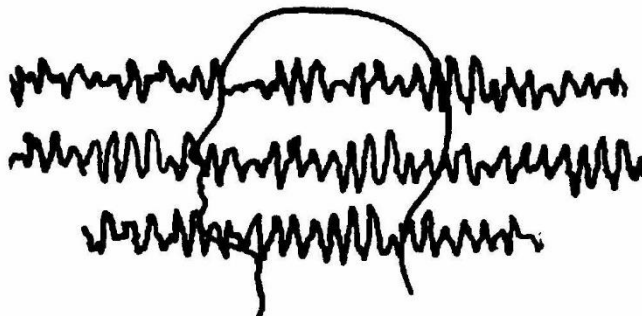
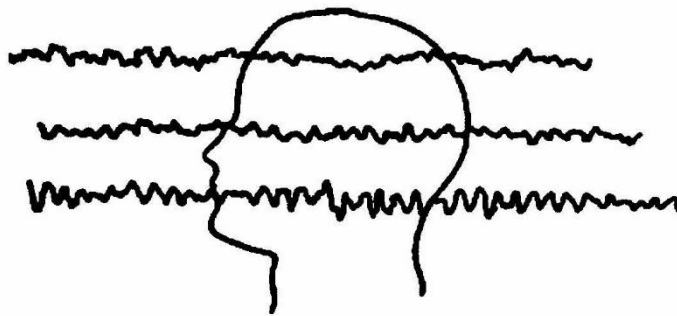
La determinación de la anormalidad de un EEG depende de una gran cantidad de variables. Con alguna frecuencia los cambios clínicos se adelantan a los electroencefalográficos. Son clásicas las anomalías paroxísticas o puntiagudas focales. Antes de leer un EEG es necesario conocer los posibles artefactos de movimientos musculares que se hayan suscitado.

A pesar de tener en cuenta lo anterior el EEG no es una prueba definitiva, porque sus cambios son inespecíficos. Debe juzgarse como una prueba más en combinación con la valoración clínica. Los cambios clásicos de la epilepsia que podrían darle gran fidelidad, también se tornan de cuidadoso análisis porque hay personas normales con EEG anormales (entre el 10% y el 15% de la población)

y hay personas epilépticas, cuyos registros EEG son normales. El EEG es un m todo relativamente tosco puesto que registra la suma de la actividad eléctrica de millones de neuronas y mal podríamos pedirle que mida fenómenos psicológicos. Las anormalidades sólo se correlacionan con enfermedades emocionales específicas en pocos casos. E.J. en la inteligencia sub-normal puede haber escaso ritmo alfa, pero en el mongolismo puede ser normal.

Un EEG puede ser útil para diferenciar un delirio orgánico de la conducta agitada del paranoide; para diferenciar la demencia grave del retardo psicomotor; los estados de aislamiento y de mutismo propios de la depresión y la esquizofrenia. 1

Trazados electroencefalográficos



EEG e Inimputabilidad

En la práctica forense es frecuente, también, encontrar conductas, que por su motivación, orientación y selectividad se independizan del resultado positivo o negativo de un EEG.

Con frecuencia se nos solicita se determine con un EEG si el sujeto presentó trastorno mental para el momento del ilícito. Ya se dijo que

el EEG es un método relativamente tosco, que el 10% al 15% de personas normales tienen EEG anormales, que no mide fenómenos psicológicos.

Cuando el psiquiatra realiza un diagnóstico lo hace teniendo en cuenta el conglomerado de signos y síntomas que encuentra al examen clínico. La validez del EEG consiste en que va a confirmar el diagnóstico clínico. Pero puede ocurrir que al examen clínico no se encuentra trastorno alguno y el EEG muestra anormalidad. En ese caso predomina la clínica y el EEG no se tiene en cuenta. Es por ello que a veces hemos dictaminado: "la conclusión forense es la misma independientemente del resultado positivo o negativo del EEG".

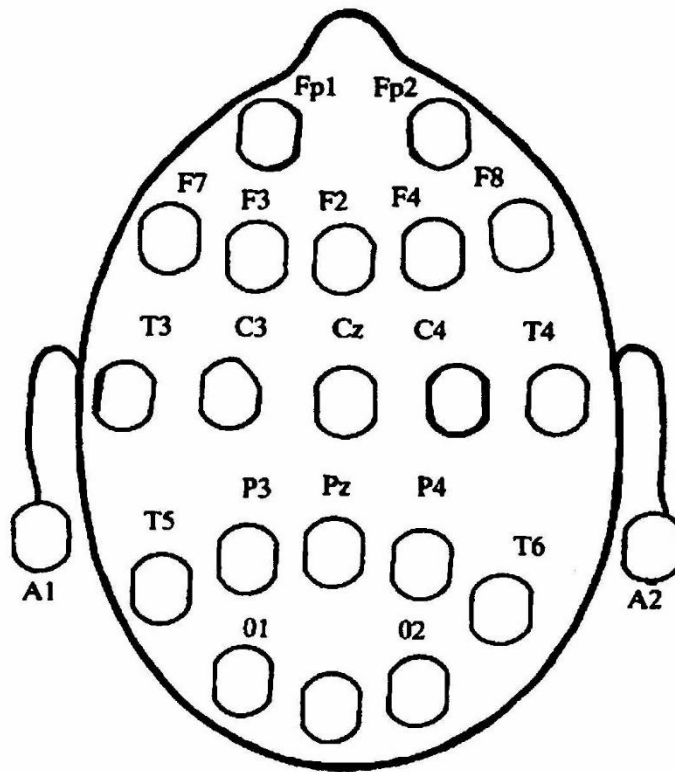
También a veces se solicita tomar un EEG bajo efectos del alcohol porque el sindicado para el momento del ilícito estaba embriagado. "Nunca un río, es el mismo río" dijo sabiamente un hombre. La tolerancia, resistencia, metabolismo del alcohol en un mismo individuo no es similar todas las veces. La cronopsicología ha demostrado con el estudio de los ritmos circadianos como las respuestas fisiológicas del organismo son diferentes dependiendo del momento del día o de la noche (Stroebe). De tal modo, es muy difícil controlar todas las variantes biológicas, psicológicas y ambientales en un individuo para repetir exactamente la actividad eléctrica cerebral para el momento del ilícito a las 3:15 horas de determinado día cuando ocurrió el ilícito. Por otra parte, consultamos al doctor Carlos Medina Malo, médico neurólogo, director de la Fundación Liga Central contra la Epilepsia, sobre la relación EEG y alcohol y nos informó:

"Con relación a su carta de noviembre de 1985 donde solicita bibliografía con respecto a la toma de Electroencefalogramas bajo efecto de bebidas alcohólicas en los casos particulares que a Usted le llegaran, me permito comunicarle:

1. Actualmente en la bibliografía mundial no existe factor predisponente dentro de la ingesta de alcohol para la epilepsia como tal.

2. En el último Congreso de Epilepsia en Hamburgo, este punto se discutió ampliamente, llegándose a la conclusión de que son más otro tipo de mecanismos los que facilitan de golpe los focos Epilépticos, especialmente Temporales que tienen que ver con automatismos, que no son propositivos definitivamente... De todas maneras en forma general me permitiría comentarle que un EEG anormal no implica necesariamente que el individuo tenga conductas psicopáticas".

Colocación de Electrodo



14. La utilidad clínica del Electroencefalograma para el Psiquiatra Forense

Los conceptos que expresaremos a continuación son tomados de fuentes fidedignas de la Neurología y de nuestra experiencia clínica. El trabajo forense se caracteriza por el examen de personas que simulan o disimulan según sus necesidades en los diferentes procesos.

El Electroencefalograma (EEG) es una prueba paraclínica y como tal debe emplearse para el diagnóstico clínico del examinado. Sobre éste diagnóstico clínico debe descansar el análisis forense del caso. El EEG directamente no tiene utilidad ni significado forense.

Sobre la utilidad clínica del EEG dice Morillo: « El diagnóstico de las lesiones cerebrales focales se ha revolucionado con el advenimiento de métodos no invasivos como la Tomografía computarizada (TC). Mediante éste método se precisan en forma óptima los límites anatómicos de una lesión cerebral. Por otra parte el EEG hace **una evaluación a nivel funcional, lo que ha permitido que éste examen conserve un lugar de importancia como prueba diagnóstica en la evaluación de las condiciones patológicas que afectan el Sistema Nervioso Central.** El EEG es capaz de detectar la función anómala de una población neuronal epileptogénica. Un foco de actividad lenta puede ser el primer indicio de una lesión estructural aún cuando no sea detectada en una tomografía. Las diversas alteraciones toxometabólicas que modifican la función cortical son debidamente evaluadas por el EEG. Los anteriores constituyen apenas algunos ejemplos en los cuales el EEG continua teniendo una participación práctica e importante».

El mismo autor presenta luego las entidades que comprometen el Sistema Nervioso Central y en las cuales el EEG ayuda al diagnóstico. Agrupa los múltiples hallazgos en cuatro categorías pretendiendo facilitar la interpretación de la información aportada por el EEG.

Patrones electroencefalograficos de importancia clínica

"Consideramos práctico que los hallazgos de un EEG **sean** incluidos en una de las siguientes categorías:

Primero. DESCARGAS PAROXISTICAS. La identificación de descargas paroxísticas epiléptiformes, es decir, aquellas descargas que frecuentemente se correlacionan clínicamente con crisis convulsivas, conforman el elemento indispensable para catalogar un EEG como paroxístico" "Los trazados paroxísticos pueden ser focales o generalizados. Las crisis convulsivas generalizadas, tónicas, clónicas, tónico-clónicas, las mioclonias y las ausencias se correlacionan con la presencia de descargas epiléptiformes generalizadas. Las puntas repetitivas generalizadas se presentan frecuentemente en los pacientes con crisis tónicoclónicas generalizadas. Las puntas repetitivas y ondas lentas o las descargas de polipunta onda son, muchas veces, la expresión eléctrica de las mioclonias. Las descargas rítmicas de punta onda lenta de 3 Hz son el patrón reconocido de las ausencias.

Estas últimas descargas, al contrario de las presentadas anteriormente, se acompañan, casi siempre y en especial cuando son prolongadas, de manifestaciones ictales. Las descargas de punta-onda de 2 Hz, asociadas con la presencia de crisis mixtas y retardo mental, sugieren la presencia del síndrome de Lennox- Gastaut». El análisis forense de la conducta violenta de un hombre en estado de embriaguez con un EEG con descargas paroxísticas plantea hipótesis clínico-forenses que deben ser estudiadas y consideradas.

«Las descargas con carácter focal se correlacionan clínicamente con crisis de tipo parcial. Se debe tener en cuenta que la probabilidad de que una primera crisis convulsiva focal esté asociada con una lesión estructural aumenta cuanto mayor sea la edad de presentación y si el examen neurológico presenta anormalidades focales. De acuerdo con el sitio de origen las crisis tendrán manifestaciones clínicas del tipo parcial simple motoras, sensoriales o autónomas o, bien, complejas, cuando el origen es el lóbulo temporal. Los registros por medio de electrodos implantados han demostrado que mientras en la profundidad se registran frecuentes descargas paroxísticas, en los electrodos de la superficie cortical las descargas son menos frecuentes o sólo se aprecian brotes de actividad lenta en la banda theta e inclusive únicamente una atenuación transitoria de la amplitud. Es importante anotar que los pacientes con crisis generalizadas pueden presentar trazados con alteraciones focales». El compromiso cerebral de un examinado puede ser mayor que lo que los electrodos de superficie muestran, de suerte que al privarlo del EEG estamos alejando más la posibilidad de diagnosticar su alteración.

«Se espera por lo tanto que el EEG oriente al médico hacia qué tipo de crisis convulsivas puede estar presentando su paciente epiléptico. Siendo la epilepsia un diagnóstico puramente clínico cuando no existen elementos clínicos definitivos la identificación de descargas epileptiformes sólo podrá sugerir la probabilidad de presencia de crisis convulsivas. Si la evidencia clínica es suficiente, el anterior hallazgo sustenta el diagnóstico de epilepsia. Por lo tanto, la presencia de descargas epileptiformes es un hallazgo altamente significativo en el paciente evaluado por sospecha de epilepsia y su sola presencia no justifica éste diagnóstico». Del diagnóstico de Epilepsia psicomotora suele haber abuso en el trabajo forense. La existencia de un EEG cuidadosamente tomado, leído e interpretado sirve al psiquiatra forense para confrontar con los elementos clínicos y forenses.

«La encefalopatía hipóxica llega a producir severos cambios en el EEG que incluyen, entre otras, la presencia de abundantes descargas epileptiformes multifocales. Las secuelas de la encefalopatía hipóxica manifestadas como mioclonías se asocian con la presencia

de descargas paroxísticas epiléptiformes repetitivas del tipo puntas y ondas agudas que se asocian o no a ondas lentas y que característicamente son seguidas por marcada atenuación de la actividad de fondo. Este patrón se denomina como paroxismo-supresión".

Todos los examinados que refieren antecedentes de trauma craneano, pérdida de conciencia, embriaguez y amnesia para el momento del ilícito, lo mismo que ayuno prolongado deben ser sometidos a EEG. Este examen puede ayudarnos a clarificar la falsedad o veracidad de sus afirmaciones. Todo sindicado por el principio

de defensa tiene derecho a la práctica de todos los exámenes que su probable diagnóstico requiera.

«**Segundo. ASIMETRÍAS INTERHEMISFÉRICAS.** Las asimetrías de la actividad eléctrica cerebral normal así como la presencia focal de ritmos patológicos, por lo general, orientan hacia la presencia de anormalidad subyacente. Las asimetrías interhemisféricas reflejan en forma inespecífica la presencia de patología focal y pueden presentarse como un foco de actividad lenta, como la atenuación de amplitud, asimetría de los ritmos Beta o asimetría de los husos de sueño. «Los trazados asimétricos caracterizados por lentificación focal delta polimorfa, de 0.5 a 3 hz. son sugestivos de una lesión estructural que compromete la sustancia blanca . Se observan en condiciones asociadas a tumores, abscesos, infartos, hematomas intraparenquimatosos y contusiones.... Una excepción importante es la lentificación focal durante o poco después de una crisis de migraña.

«La probabilidad de que una lesión estructural esté presente es mayor cuando la lentificación focal es continua y persiste en registros sucesivos. Sin embargo, los brotes intermitentes de ritmos lentos focales también son sugestivos de una lesión focal subyacente. La morfología de los ritmos lentos es variable. La actividad rítmica se repite a una frecuencia determinada, con contornos regulares y eventualmente se asemeja a una sinusoidal.... Por otra parte, la actividad polimorfa presenta componentes de diferentes frecuencias además de que sus contornos son irregulares».

«Las descargas delta rítmicas intermitentes tienen valor localizador. Se distribuyen en la región frontal o en la occipital. Los tumores frontales pueden inducir la generación de actividad delta intermitente frontal... Si la actividad delta rítmica está simétricamente distribuida en la región frontal la sugerencia de compromiso de estructuras de línea media deberá considerarse. Sin embargo, se han visto asociadas a trastornos toxometabólicos y a crisis de ausencias". La atenuación de la amplitud es significativa cuando existe en forma persistente durante la mayoría del tiempo total de registro con una relación mayor o igual a 2:1 entre la amplitud del área no comprometida y aquella del área supuestamente afectada. Aunque la asimetría de voltaje de los ritmos de fondo no es un hallazgo frecuente, su presencia sugiere un hematoma subdural. Sin embargo, se puede presentar con otras alteraciones estructurales generalmente asociadas con algún grado de lentificación «.

« Los ritmos Beta se ven afectados en **trastornos que comprometen la corteza cerebral específicamente.** El compromiso focal que podría resultar de una lesión infiltrativa produce una atenuación de estos ritmos rápidos permitiendo en algunos casos delimitar la extensión de la lesión basándose en la distribución de esa asimetría «. La corteza cerebral interesa mucho en el estudio de algunas de las funciones autónomas del Yo.

Vimos un Sindicato de varios delitos por lesiones personales y finalmente por homicidio (2). A la larga resultó tener un Astrocitoma del lóbulo frontal. Hacia los 30 años de edad, con una historia psiquiátrica previa de relativa normalidad, fue procesado por su primer delito de lesiones personales y declarado imputable. Esto basado únicamente en la prueba testimonial y el examen clínico. La historia

continúo repitiéndose hasta llegar al séptimo delito de lesiones personales. Por esta misma fecha le fue diagnosticado en el Hospital San «José de Bogotá en el servicio de Neurocirugía un Astrocitoma en región frontal. Cuando lo vimos por primera vez como Psiquiatras Forenses por su primer homicidio y fuimos ampliamente informados del compromiso de tejido frontal diagnosticamos un trastorno mental permanente. A pesar de haber informado la gravedad del caso fue reintegrado a su ambiente familiar y reincidió en la muerte de un familiar.

Una conducta violenta, inusual puede ser la primera manifestación de disfunción del sistema nervioso central. Probablemente el curso clínico y jurídico de éste caso hubiese sido diferente, si en su primero, segundo o tercer proceso por lesiones personales, unos diez años antes del diagnóstico clínico, el forense hubiese realizado un estudio paraclínico EEG. La Psiquiatría forense puede y debe ser también auxiliar del diagnóstico precoz neuropsiquiátrico.

Tercero. LENTIFICACION DIFUSA. «En el cual en presencia o no de los ritmos normales de fondo se aprecia un incremento en forma generalizada de la incidencia de actividad lenta sin evidencias de ritmos patológicos focales. En grados mas severos de lentificación no se identifican ritmos normales. Registra los desórdenes que afectan difusamente la función cerebral. Hay deterioro de la conciencia, debido a trastornos tóxicometabólicos, degenerativos, inflamatorios y postraumáticos. La hiperglicemia, hipoglicemia, insuficiencia renal y hepática son condiciones metabólicas usuales que provocan la lentificación.

Los diferentes estudios sobre la relación del consumo del alcohol y el delito informan que éste está presente en un 30 % aproximadamente de los casos. Igualmente las historias de consumo crónico de alcohol por más de 10 años generalmente preceden la comisión del primer delito violento. El alcoholismo crónico, la cirrosis hepática, la hipertensión arterial, los traumas cráneo encefálicos asociados, son antecedentes frecuentes de nuestros examinados. Estos casos, en nuestra opinión requieren de la toma obligatoria del EEG. No debemos olvidar además que en el trabajo forense la respuesta de NO ENFERMEDAD debe sustentarse adecuada y suficientemente.

Cuarto. PATRONES PERIÓDICOS. «Comprenden aquellos trazados en los que descargas paroxísticas del tipo de ritmos lentos y/o epileptiformes se repiten a intervalos muy poco variables. Los patrones periódicos son focales o generalizados». Entidades clínicas

como la encefalitis herpética, la panencefalitis esclerosante subaguda (PEESA), la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob son ejemplos de éstos trazados. "En la fase aguda de un infarto cerebral en el territorio donde ocurrió la pérdida neuronal, se identifican, con frecuencia descargas epileptiformes periódicas lateralizadas". "La severidad de los trastornos metabólicos es indicada por el grado de las anormalidades del EEG».

La Neurología cuenta con el EEG base, pero ante la duda diagnóstica recurre al EEG activado con privación de sueño, con carbamazepina y en algunos casos con alcohol (previa la administración de sedación: clorpromazina 25 mg.). Cuenta también con estudios telemétricos con hospitalización breve del examinado.

Todo lo escrito hasta acá es apenas una síntesis de las ocasiones en las cuales el quehacer psiquiátrico forense se vería enriquecido

y facilitado si contáramos con trabajo interdisciplinario con Neurología.

"El EEG contribuye de manera significativa en la evaluación de las múltiples condiciones neurológicas que afectan la función cerebral focal o difusamente". (MORILLO, Luis E. Utilidad clínica del EEG. Acta Neurol. Vol. 3, No. 1, Marzo 1987).

15. Demencia

Se entiende por demencia la pérdida de las funciones mentales por enfermedad cerebral. Esto hace que se diferencie del retardo mental en el cual no se desarrollan las potencialidades cerebrales y del envejecimiento que produce una disminución fisiológica de las facultades mentales. Esquirol definió que "el demente es un rico empobrecido, mientras que el retardado mental siempre ha sido pobre".

La CIE define demencia; "Síndrome de naturaleza crónica y progresiva que si no se trata es irreversible. Presenta deterioro de la orientación, memoria, comprensión, habilidad para el cálculo, capacidad para el aprendizaje y el juicio. Estas son las características esenciales. También puede presentarse superficialidad, o labilidad en el afecto, persistente alteración del ánimo, mengua de las normas ticas, aparición de rasgos nuevos de la personalidad o exageración de los pre-existentes, así como una disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes".

El origen de los cuadros demenciales es eminentemente orgánico. Se ha encontrado asociada a más de 60 enfermedades.

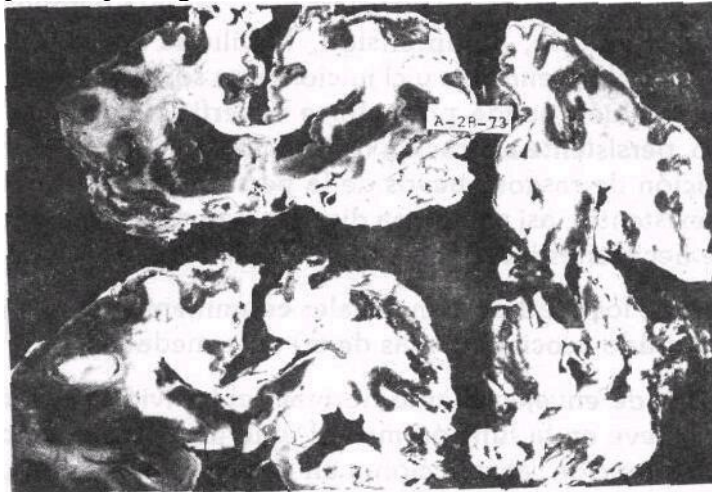
El proceso de envejecimiento normal del individuo trae consigo un deterioro leve en la función mental, que incluye alteraciones en la memoria, atención, abstracción y en general lentitud del proceso mental. La condición anterior no es progresiva y en ningún caso alcanza por ejemplo el grado de severidad de la demencia senil tipo Alzheimer.

Es importante conocer que un 1% de la población por debajo de los 60 años y un 5 a 10% por encima de los 65, tienen una demencia

significativa. La cifra de personas dementes sube en forma muy importante en la novena década de la vida, encontrándose hasta en un 20 a 30% de individuos comprometidos.

La demencia se presenta generalmente con la edad. Pero el hecho de ser anciano no es sinónimo de demencia'. Esta enfermedad tiene ahora una mayor incidencia por el aumento en el promedio de vida del ser humano. Puede haber demencia por trauma. Algunas enfermedades demenciales pueden tener tratamiento médico y/o quirúrgico; otras aún con tratamiento siguen su curso irreversible.

En el síndrome demencial no sólo se puede alterar la memoria, también puede afectarse el lenguaje, el cálculo, la orientación visoespacial, la capacidad para razonar y para modular el afecto; todo esto dependiendo del grupo de neuronas que sean afectadas por el proceso patológico.



Alzheimer

Son varios los intentos que se han hecho para clasificar las demencias y cada clasificación considera diversos criterios.

Thompson (1969) por ejemplo las dividió en tres grupos: irreversibles y progresivas; irreversibles pero no necesariamente progresivas y reversibles o detenidas en su evolución. Teniendo en cuenta la edad del inicio, Miller (1977) habló de demencias seniles y preseniles fijando los 65 años como límite arbitrario. Wells (1978) las agrupa en tratables, parcialmente tratables e intratables. Benson (1983) toma en cuenta el compromiso cerebral más importante al comienzo de la enfermedad, distinguiendo entre Corticales y Subcorticales. Esta clasificación ha sido muy controvertida puesto que las diferencias neuropsicológicas entre los dos grupos no siempre son claras y pueden establecerse sólo al principio de la enfermedad.

15.1 Demencias Corticales

La lesión predomina en las áreas asociativas de la corteza; por tanto se manifiestan fundamentalmente por perturbaciones cognoscitivas; desórdenes de la memoria, en combinación con un cuadro de alteraciones neurofisiológicas; apraxias, agnosias, afasias, lo cual sugiere disfunción cortical independientemente de que pueda ser producto de alteración en estructuras sub-corticales. Tendríamos entre estas la enfermedad de Alzheimer, en honor a su descubridor, la enfermedad de Pick, quien la describió; demencias por multiinfarto,

demencia por hidrocefalia y la demencia asociada a la enfermedad de Jacob Creutzfeld (viral).

15.1.1. Demencia de Alzheimer

Prototipo de demencia cortical. Hay deterioro acelerado de la actividad cognoscitiva, que se instala en el curso de un par de años, en la adultez tardía. La edad de inicio es difícil de establecer por el hecho de que sus síntomas iniciales son compensados tanto por el individuo como por la familia y explicados como resultado normal del envejecimiento. La aparición de los síntomas clínicos puede ser senil o presenil. En ambos casos los cerebros muestran atrofia cortical, aumento de los surcos, dilatación ventricular, presencia de tres hallazgos histopatológicos: placas seniles, ovillos neurofibrilares y degeneración ranuloascular que constituyen la confirmación última de la enfermedad (Terry y Davies 1980). Esta enfermedad puede considerarse como un proceso degenerativo primario que compromete el cerebro en sus niveles cortical y sub-cortical, con cambios característicos macro y microscópicos, no reversibles, de curso insidioso y progresivo y capaz de ocasionar marcado deterioro en los pacientes. Podemos resumir en tres los componentes de la enfermedad.

1. Compromiso de la memoria y de las funciones cognoscitivas.
2. Trastorno estructural y funcional del cerebro.
3. Trastornos del comportamiento.

El compromiso intelectual no se plantea como una desintegración del pensamiento en sí, sino como un cuadro de características amnésica, afásica, agnósica y apráxica. Estas alteraciones se evidencian en forma cuantitativa en los test neuropsicológicos.

Los déficits de memoria consisten en una pérdida de la habilidad para retener nueva información, con relativa conservación de la memoria remota y severo compromiso de la memoria episódica. Los procesos de memoria viso-espacial también se encuentran comprometidos y puede haber disociación entre la memoria verbal y la viso-espacial.

Las dificultades en las habilidades percepto-construccionales son también una característica fundamental en la demencia tipo Alzheimer. Los pacientes son incapaces de dibujar en forma espontánea por copia, presentando inadecuada organización de los detalles internos, simplificación del dibujo, disociación entre la descripción verbal y la realización motora, inadecuada percepción del dibujo, etc. por lo cual se señala un defecto gnósico-práxico.

Presentan una alteración selectiva en la percepción de las relaciones espaciales extrapersonales (como la copia de la figura de Rey) mientras que conservan relativamente la percepción del espacio cuando se define en relación al observador (egocéntrico), contrario a lo que sucede en los pacientes con enfermedad de Huntington, confirmando un perfil de alteración cognoscitiva diferencial en estos dos grupos de pacientes (Brandt y cols. 1988).

Las alteraciones del lenguaje están siempre presentes y consisten en un lenguaje afluente y gramatical, pero vacío, con pobreza en la evocación de palabras, repetición y lectura conservadas y alteración en la comprensión y en la escritura. El paciente comienza a presentar un pobre desempeño en las tareas de denominación, (aumento en el tiempo de reacción, circunloquios, pocas autocorrecciones). En etapas

moderadas puede semejar afasia aunque con mayor vocabulario y conservación de la sintaxis y la gramática. En la etapa tardía o severa no existe habla espontánea, pudiendo llegar al mutismo. Puede presentar ecolalia, palilalia y asociaciones extravagantes.

Irigaray (1973) citado por Ardila y Roselli (1986) analizó los diferentes aspectos y niveles del lenguaje comprometidos en casos de demencias. Anota que prácticamente todos los tipos de error observados en niños (con excepción del balbuceo) aparecen en pacientes seniles: olvido de nombres, circunlocuciones, parafasias, errores de interpretación perceptual que se manifiestan en errores de denominación. Autores como Kasniak, Fox y Gandell (1978) sugieren que el deterioro del lenguaje puede predecir la mortalidad en la demencia.

En la escritura podemos encontrar errores por omisión o perseveración de letras individuales y sustituciones ocasionales de palabras. La lectura puede permanecer intacta pero la comprensión de textos está claramente disminuida.

Se ha encontrado un defecto genético en la enfermedad de Alzheimer localizado en la misma región del cromosoma 21 que contiene el gene para amiloide cerebral, una proteína que se acumula anormalmente tanto en el cerebro de los enfermos de Alzheimer como en los pacientes mongólicos (St George-Hyslop, 1987; Tanzi 1987). Estos nuevos hallazgos soportan la noción de que al menos una de las formas clínicas de la enfermedad de Alzheimer (la forma familiar) es transmitida hereditariamente con el código genético. Un 50 o 70% de las demencias corresponden a enfermedad de Alzheimer.

15.1.2. Enfermedad (demencia) de Pick

(Atrofia fronto-temporal). Comienza entre los 40 y 60 años por un síndrome moriético, apragmatismo, indiferencia y depresión, actividades compulsivas, reducción en la expresión verbal; estereotipias y cambios insidiosos en la personalidad y comportamiento en general (Tissot y cols. 1985; Montañés y cols. 1986). El déficit de memoria es una amnesia de tipo frontal, de fijación, con conformación de estereotipos y presencia de confabulación, perseveración y contaminación de huellas de memoria. Los pacientes registran los acontecimientos pero son incapaces de organizarlos unos en relación con otros y por lo tanto de utilizar los recuerdos en función de la situación actual. En el lenguaje no se observa ninguna alteración formal a nivel de la comprensión, denominación, repetición, lectura o escritura. Presentan si logorrea, fuga de ideas, ecolalia, palilalia y generación de estereotipias verbales e iteraciones. La realización de tareas percepto-construccionales presenta fenómenos de contaminación, defecto de programación, copia superpuesta, tendencia a escribir en lugar de dibujar.

El síndrome desde un comienzo es un cuadro de desintegración intelectual y del comportamiento, con ausencia de iniciativa, déficit en la programación de los actos, del mantenimiento de la atención, compromiso del juicio, el sentido moral y la afectividad, producción de actos bizarros e impulsivos, desinhibición e indiferencia al medio. Hay semejanza con cuadros psiquiátricos de depresión, manía y

estados obsesivos, por lo cual pueden permanecer reclusos en hospitales psiquiátricos y sólo reconocer los síntomas neurológicos mucho tiempo después del comienzo de la enfermedad (Montañés y cois. 1986).

15.1.3 Enfermedad de Jacob-Creutzfeldt

Esta demencia tiene origen viral; normalmente combina un cuadro piramidal, extrapiramidal y demencial con evolución rápida y alteraciones en el Electroencefalograma y mioclonias.

15.2 Demencias Sub-corticales

Las lesiones predominan en las estructuras del sistema límbico y extrapiramidal. Es primordialmente una perturbación del afecto, con apatía y depresión, asociada precozmente a desórdenes motores extrapiramidales, lentificación en el aprendizaje y el pensamiento, dificultad para recordar, desórdenes cognitivos. Los cambios patológicos involucionan principalmente estructuras de la base del cerebro como son tálamo, ganglios basales y núcleos del tallo cerebral (Fredericks 1983). Aparecen además alteraciones en la verbalización tales como disminución en el volumen de la voz (hipofonía), articulación pobre (disartria), que pueden evolucionar hasta el mutismo completo y un rápido deterioro de las funciones percepto-ejecutivas (Cummings y Benson 1984). Aquí se incluye principalmente la demencia asociada al Parkinson, a enfermedad de Huntington, a parálisis supra-nuclear progresiva. Al comienzo de los cuadros demenciales el enfermo puede percibir su decadencia intelectual, ser crítico, preocuparse por sus déficits y deprimirse. La Corea o enfermedad de Huntington es una alteración hereditaria, mendeliana pura, dominante, que causa degeneración lenta de las células del núcleo caudado, del putamen y de la corteza cerebral.

Otros autores han considerado las demencias apicales y las mixtas.

15.3 Demencias apicales

El daño predomina en las estructuras diencefálicas y en el tallo cerebral (tálamo, hipotálamo, sustancia gris periacueductal). Un ejemplo típico es la demencia alcohólica (psicosis alcohólica, síndrome de Wernicke, Korsakov) con alteraciones severas de la memoria reciente asociadas a perturbaciones oculo-motoras y ataxia.

15.4 Demencia Mixta

Probablemente la mayoría de las enfermedades cerebrales producen al final de su solución cambios mixtos. Los cambios demenciales suelen manifestarse como cambios sutiles de la personalidad, merma de iniciativa o del interés, descuido en la presentación personal, aislamiento, desinhibición, actos irresponsables, comportamientos regresivos, labilidad emocional, irritabilidad o cambios en el humor.

Otra clasificación tendría en cuenta la Etiología o causas de la demencia. Sería la siguiente:

15.5 Demencias Degenerativas

Van causando atrofia de las estructuras cerebrales, como el Alzheimer y el Pick.

15.6 Vasculares

Un 20% de las demencias corresponden a esta modalidad. Son enfermedades por arteriosclerosis, encefalopatía hipertensiva, demencia por múltiples infartos y demencia lacunar. La sintomatología comprende pérdidas globales de funciones cognitivas como resultado de lesiones múltiples, sin que ninguna de estas lesiones por sí sola, sea capaz de causar demencia. Es una demencia secundaria a problemas vasculares. El cuadro clínico de esta demencia, conocida también como demencia multiinfarto, está determinado por efecto acumulativo de infartos cerebrales con déficit neurológicos y neuropsicológicos tales como afasia, amnesia, negligencia, desórdenes en la ejecución viso-motora y viso-espacial. El síndrome característico definido por Hachinsky (1978) incluye una aparición súbita o abrupta, con posibilidades de establecer una fecha casi exacta del comienzo de la enfermedad y el deterioro intelectual es escalonado. Existe confusión nocturna, depresión, quejas somáticas, conservación relativa de la personalidad, historia de hipertensión y accidentes cerebro-vasculares, arteriosclerosis y signos neurológicos focales (Fields 1986).

15.7 Inflamatorias e Infecciosas.

La producida por la sífilis terciaria o lúes, va cada día en descenso y esporádicamente se observan cuadros de parálisis general progresiva (PGP). Las encefalitis epidérmicas, meningitis, el cisticerco (larva o primer estadio de la tenia solium o saginata, por consumir carnes de

cerdo contaminadas y mal cocidas), el criptococo (un hongo). En este momento en gran auge la demencia por el SIDA.

15.8 Tóxicas

Por consumo crónico de alcohol (demencia alcohólica), cannabis, heroína, cocaína. Metales pesados como plomo, mercurio, aluminio.

15.9 Convulsivas

Los cuadros graves de epilepsia tipo gran mal, que tienen un inicio en la poca de la niñez, dando un cuadro mixto de retardo y deterioro mental.

15.10 Neoplasias

Generalmente tumores silenciosos de la base del cerebro.

15.11 Traumatismos Cráneo-encefálicos

Cuando producen lesión extensa a nivel de corteza cerebral.

15.12 Otras entidades neurológicas

Enfermedad de Parkinson (lesión de vía extrapiramidales que producen el clásico temblor parkinsoniano, en reposo), Corea de Huntington, Esclerosis Múltiple (enfermedades desmielinizantes), hidrocefalia.

15.13 Metabólicas y endocrinas

Algunas son susceptibles de tratamiento. Las podríamos agrupar así:

a. Congénitas. Enfermedad de Wilson o degeneración hepatolenticular. Congénita recesiva del metabolismo del cobre que causa degeneración de hígado y cerebro.

Porfiria Aguda Intermitente. Enfermedad hereditaria que causa sobreproducción de porfirinas las cuales desmielinizan zonas del cerebro.

b. Por alteraciones metabólicas adquiridas: Carencias Nutricionales.

Carencia general: desnutrición proteicoenergética, anemia carencial.

Por deficiencia de cofactores específicos, es decir vitaminas, como la tiamina en alcohólicos crónicos. La niacina o ácido nicotínico en la pelagra o mal de la Rosa.

c. Disfunción endocrina: En el hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperadrenalismo, hipo e hiperparatiroidismo; hiperinsulinismo el cual causa hipometabolismo de la glucosa y se ha encontrado asociado a síndromes demenciales, por diabetes.

d. Patología sistémica por descompensación de un órgano:

Encefalopatía hepática

Encefalopatía urémica (renal)

Encefalopatía por diálisis.

15.14 Psicológicas

O pseudodemencia depresiva. Cuadros severos de depresión con compromiso importante de la memoria y la cognición, pueden confundirse con el diagnóstico de demencia.

Debe diferenciarse la tristeza normal o patológica que provocan los factores adaptativos, las experiencias de duelo (pérdidas) y las demás experiencias trágicas del vivir humano. La depresión constituye un grupo heterogéneo de síntomas policausales y al igual que en la demencia debe buscarse los factores que lo están produciendo.

15.15 Últimas investigaciones sobre la demencia

Los recientes trabajos científicos confirman que las alteraciones de las neuronas colinérgicas participan en los trastornos cognitivos y de la memoria característicos del envejecimiento. En la demencia de Alzheimer existe importante pérdida de neuronas colinérgicas, 'que se origina en la base del lóbulo frontal y en septo y se dirige hacia el córtex cerebral e hipocampo. En humanos la administración de fármacos como la escopolamina, que bloquean receptores colinérgicos, puede producir temporalmente pérdida de la memoria. Neuronas colinérgicas son aquellas que utilizan como neurotransmisor la acetil-colina. Esta sustancia es sintetizada (elaborada) gracias a la intervención de su enzima la colina-acetil-transferasa (CAT). Por ello, los niveles de colina pueden ser muy importantes para determinar en ciertas neuronas la intensidad con la que tienen lugar los procesos de síntesis y liberación de acetil-colina. La colina libre necesaria para la síntesis y liberación de acetil-colina puede tener tres orígenes principales;

1. Colina circulante que en gran cantidad procede de los fosfolípidos (grasas) ingeridos con la alimentación.
2. Colina originada intra-sinápticamente a partir de la hidrólisis

de la acetil-colina la cual por los llamados procesos de recaptación de gran afinidad pasa nuevamente a los terminales colinérgicos.

3. Colina almacenada en la membrana neural en forma de fosfatidil-colina (PC) ("una reserva de colina"). Cuando se necesitan cantidades relativamente grandes de colina para la síntesis de acetil-colina y no llega suficiente cantidad de colina (por ejemplo la dieta ingerida), la neurona consigue la colina necesitada por "autoanibalización de sus propias membranas".

Los últimos años se han caracterizado por un auge de la psiquiatría biológica, como una contribución de la biología para la explicación de las conductas humanas. Se construyen voluminosos cuerpos teóricos de neuro-química, neuro-transmisores, genética, neurofarmacología y/o psicofarmacología vinculándose todo esto con el metabolismo cerebral.

El cerebro senil es a la manera del lóbulo temporal que señalaba Jackson, el terreno común de la neurología y la psiquiatría.

15.16 Las demencias y la Ley

Se supone que una persona tiene todos sus derechos legales, a menos que se vea privada de ellos por un juicio legal; puede ser el de Interdicción. Antes de este toda persona se supone capaz de manejar sus asuntos cotidianos, comprar o vender propiedades, firmar documentos legales, recibir nombramientos, votar, tener licencia de conducción, licencia profesional, la patria potestad de sus hijos, la posibilidad de adopción de hijos, el derecho a testar, etc.

Para demostrar que una persona es incapaz y que debe ser declarada interdicta, es preciso demostrar que sufre enfermedad neuropsiquiátrica y psicológica grave que le causa un grave defecto en el juicio y en sus facultades mentales. Lo vuelve incapaz para manejar sus bienes y para cuidar de su vida.

Una enfermedad cerebral orgánica progresiva, del modelo de las demencias presentadas, es la entidad típica que vuelve interdicto a un enfermo. Sin embargo, pueden causarla también otros trastornos como la psicosis maníaco depresiva, la esquizofrenia y los trastornos paranoides.

La práctica forense, con relativa frecuencia nos exige el dictamen psiquiátrico postmortem en uno de los siguientes casos:

a) Testamentos: Porque uno de los herederos o cualquier otra persona que se considera debía ser beneficiada pone en tela de juicio su validez. Se necesita en tales casos tratar de reconstruir por los diversos testimonios y documentos, el estado mental del testador en el momento que lo hizo.

b) Igual sucede en las transacciones comerciales: Compra ventas entre padres e hijos, o familiares en los días cercanos a la muerte del anciano. Los ancianos son con frecuencia alusivamente manejados por sus hijos, estafados por cuidadores, amigos o personas allegadas a ellos. Pueden ser presa fácil para la adulación de jóvenes o enamoramientos indebidos.

En el caso de dictámenes post-mortem hemos encontrado especial dificultad porque los documentos no aportan suficientes elementos para el dictamen. Cuando hay historias médicas estas son incompletas o contradictorias. Así por ejemplo una de estas decía: "Paciente senil orientado en tiempo, lugar y persona, sin alteraciones de la memoria" y más abajo está el diagnóstico: "Demencia senil". La demencia cursa con desorientación en tiempo y lugar y alteración de la memoria.

Aun cuando la persona esté viva y logremos examinarla resulta difícil establecer la poca de aparición de la enfermedad, especialmente si solicitan para hace más de dos, cinco, diez, o más años. Porque son personas sin historias médicas o historias incompletas. Otros casos son más favorables como el siguiente. Un hombre de la octava década demandó a su esposa porque esta había falseado documentos en los cuales él supuestamente le había vendido un Bien. Aducía que para la poca de la supuesta firma había sufrido enfermedad demencial y que no había firmado el documento. Se dudaba si lo había firmado o no, a pesar del dictamen grafológico. Se solicitaba establecer como era el estado mental del paciente tres años atrás cuando sufrió la enfermedad. Para el momento actual era una persona senil con un examen mental normal, es decir, sin demencia. Seis años atrás había contraído matrimonio con una de sus empleadas, quien lo "cultivó". Entonces sufrió un Accidente Cerebro Vascular (hemorragia cerebral) y pensó que iba a morir. Decidió firmar la venta del Bien a cambio de un supuesto dinero que recibía y ante el afán de dejarla protegida económicamente. Pero no murió y por el contrario se recuperó rápidamente. Pidió a su esposa que devolviera el Bien, pero ella se negó. Se inició la demanda. Lo importante era establecer su salud mental para el momento de la enfermedad.

Afortunadamente existía registro escrito del examen que practicó el neurólogo al paciente donde además de describir los signos neurológicos de la enfermedad anotó: "consciente, orientado, memoria reciente y remota sin alteraciones, pensamiento normal". Con esto se descartó el trastorno mental.

Para terminar este capítulo, un comentario sobre el uso inadecuado de la palabra demencia. El Código Civil Colombiano la menciona en varios artículos y la interpretación que se le da corresponderá a la mayoría de las enfermedades mentales que no son demencias como la psicosis esquizofrénica, la psicosis afectiva, los estados paranoides, etc.; o el retardo mental que ni es enfermedad mental o demencia.

Un hombre mayor con suficiente dinero, soltero y sin hijos decidió contraer matrimonio y posteriormente, con su esposa, adoptaron una niña. Su familia que no estaba de acuerdo con el matrimonio ni con la niña adoptada, quien iba a ser beneficiada económicamente a la larga, inició un proceso de interdicción por demencia. Se anexó al cuaderno de copias tres certificados médicos. Dos de ellos decían que presentaba una psicosis esquizofrénica; el tercero, una personalidad esquizoide.

El presunto interdicto fue examinado por dos psiquiatras forenses y por la psicóloga forense. Se estableció que presentaba una personalidad esquizoide. Esto no le impedía administrar sus bienes o disponer de ellos. No se justificaba la interdicción. Pero si el diagnóstico nuestro hubiera sido el de esquizofrenia, la conclusión habría sido que no estaba en capacidad para administrar sus bienes o disponer de ellos.

16. Retardo Mental

Actualmente se prefiere emplear el término retardo mental a otros como oligofrenia, amenté, morón, idiota, imbecil.

La American Association on Mental Deficiency define retardo mental como: "un funcionamiento intelectual inferior al normal, que se origina en el período de desarrollo y está asociado a una alteración de la conducta adaptativa". El desarrollo comprende desde el momento en el cual es fecundado el óvulo, pasando por el nacimiento, la infancia, la niñez y finalmente la adolescencia hacia los 15 años. A partir de esta edad el sistema nervioso central (depositario de la inteligencia) comienza su involución y deterioro.

El 3% de la población mundial padece retardo mental. El 85% de ese porcentaje corresponde a retardo mental leve. Si se suma el porcentaje de retardo mental fronterizo, la cifra sube a 16% del total de retardo mental a nivel mundial. Usualmente no se tiene en cuenta el retardo mental fronterizo porque estos pasan desapercibidos; es decir como personas normales.

El retardo mental se clasifica según el coeficiente de inteligencia obtenido a las pruebas psicológicas de inteligencia. Los más conocidos son el Binet y el WAIS (Wechsler adult intelligence scale). Binet introdujo el concepto de edad mental (EM) como el nivel intelectual promedio de una edad particular. El coeficiente de inteligencia (CI) es el cociente EM dividido por la edad cronológica (EC) o física (EF) multiplicando por 100. Un CI normal va de 85 a 110. Un CI por debajo de lo normal se denomina retardo mental. De acuerdo con la OMS el retardo mental se clasifica así:

1. Fronterizo; CI de 84 a 71. Académicamente estas personas no logran pasar del 5 de secundaria.
2. Leve; CI de 70 a 53. La escolaridad alcanzada es hasta el primero de secundaria. Es educable.

3. Moderado; CI de 52 a 36. Dificilmente llegan al segundo de primaria. Es entrenable.
4. Severo (grave); CI 35 a 21. No logra la escolaridad. Tiene poco desarrollo motor, aunque aprende hábitos higiénicos y alimenticios. Ni educable ni entrenable.
5. Profundo; CI inferior a 20. Presenta retardo importante en lo motor, no controla esfínteres; no puede cuidar de sí mismo.

16.1 Causas del retardo mental

Durante la época del desarrollo, el sistema nervioso central puede ser afectado por alguna noxa; lo cual podrá dejar como secuela retardo mental; depende de la magnitud de la injuria. La siguiente lista es tomada de la CIÉ 8.

0. Debido a infecciones e intoxicaciones. La rubéola, sífilis y toxoplasma puede afectar al embrión durante la vida intrauterina porque la madre se ha contagiado de la infección. Después del nacimiento la infección más frecuente en nuestro medio es la meningitis que además del retardo mental puede dejar síndrome convulsivo (epilepsia).

Entre las intoxicaciones está la toxemia (de la madre), las encefalopatías por querníctero (incompatibilidad de grupos sanguíneos o RH).

1. Debido a traumatismos o agentes físicos. Antes del parto, durante el parto o después del parto el feto o el neonato puede sufrir anoxia (falta de oxígeno) por traumas mecánicos que interrumpen el flujo sanguíneo.

2. Asociado con desórdenes del metabolismo, crecimiento o nutrición. Una madre desnutrida tiene gran posibilidad que su hijo nazca con despoblamiento neuronal del sistema nervioso central. Como ya se anotó allí radica el desarrollo intelectual. Pero si después de nacido persiste la desnutrición se va a agravar un retardo que ya se había instaurado. Hay otras enfermedades por metabolismo trastornado de las grasas, los carbohidratos y las proteínas. Tal vez la más importante en nuestro medio sea la galactosemia. También lo es la hipoglicemia, y el hipotiroidismo.

3. Asociada con enfermedad cerebral importante (post-natal). Todas se asocian a tumores, reacciones estructurales degenerativas.

4. Asociado con enfermedad y condiciones debido a influencia prenatal desconocidas. Microcefalias, macrocefalias, malformación de las circonvoluciones, anencefalia.

5. Asociado con anomalías cromosómicas. El más conocido es el síndrome de Down o mongolismo o trisomía 21. La mayoría presenta un retardo mental leve. Otra alteración cromosómica es el síndrome de Klinefelter. Hay también toda una gama que afecta otros cromosomas somáticos.

6. Asociado a prematuridad. Cuando el neonato pesa menos de 1.500 gramos se presenta un alto porcentaje de retardo mental, deficiencias sensoriales, motoras y epilépticas.

7. Debido a desórdenes psiquiátricos. Cuando el niño ha padecido algún trastorno psicótico puede quedar como secuela un retardo mental. Los trastornos psicóticos de la niñez son el autismo infantil, la psicosis simbiótica y la esquizofrenia infantil.

8. Asociado con privación psico-social. Por privación de

estímulos ambientales, familiares y culturales.

9. Otros inespecíficos. Como el síndrome de Heller o psicosis desintegrativa; la afección puede ser consecuencia a enfermedad del encéfalo como la encefalitis por sarampión, pero a veces no se detecta lesión alguna. Hay pérdida de la habilidad social y del lenguaje, con alteración de las emociones, comportamiento y relaciones.

16.2 La persona con retardo mental ante la Ley

La experiencia nos ha permitido llegar a la conclusión que individuos con retardo mental moderado, severo y profundo no llegan a desarrollar su personalidad adecuadamente conformando la figura de inmadurez psicológica. Se considera que estas personas en el momento del ilícito no tienen capacidad para comprender lo indebido ni de autodeterminar su conducta de acuerdo con esa comprensión. Las personas con retardo mental leve y las fronterizas a pesar del retardo sí han logrado desarrollar su personalidad de manera adecuada.

Pero un sujeto con retardo mental leve es una persona muy sugestionable y manipulable por un sujeto sociópata. Este puede inducirlo a cometer un delito; en ese caso consideramos que presentó un trastorno mental transitorio. También la persona con retardo mental leve y bajo el efecto de la embriaguez alcohólica puede actuar impulsivamente con dificultad para determinar su conducta de acuerdo con la comprensión del ilícito; es decir, un trastorno mental transitorio.

Acá hay que hacer una crítica al Código Penal. La mayoría de los inmaduros psicológicos (circunstancia de inimputabilidad) presentan algún grado de retardo mental de los descritos (moderado, severo o profundo). Hemos examinado uno que otro que no son retardados mentales. Hasta los sordomudos inimputables son retardados mentales. El C.P. establece como medida de seguridad para el inmaduro psicológico: adiestramiento industrial, artesanal o agrícola. La medida se suspenderá cuando el sujeto sea maduro.

El retardado mental profundo y el severo son inaccesibles a cualquier tratamiento o medida de rehabilitación que conduzca a que deje de ser inmaduro. El moderado es entrenable, pero una vez cesa el estímulo que lo entrenó, la respuesta se va extinguiendo paulatinamente. Luego de determinado tiempo se tendrá a un sujeto igual de inepto para enfrentarse a la sociedad e igual de inmaduro psicológico. En conclusión el C.P. contempla una medida de seguridad imposible de realizar desde el punto de vista médico psiquiátrico. Estas personas requieren de custodia permanente de parte de la familia o del estado. Estadísticamente el retardo mental se asocia con más frecuencia a desnutrición lo que es más frecuente en las clases sociales menos favorecidas. Por tal razón las familias carecen de recursos para custodiar a sus retardados.

La otra consulta forense que se formula con el retardado mental es su capacidad para administrar sus bienes y disponer de ellos en casos de Interdicción. Nuevamente, el retardo mental moderado, severo y profundo debido a la falta de madurez de su personalidad y a lo limitada de su inteligencia, juicio y raciocinio está incapacitado para tales actividades. Por ello se justifica el proceso de interdicción. Lo mismo en casos de subsidio familiar.

Una tercera consulta se refiere a ofendidas y ofendidos de delitos

sexuales. El retardado mental moderado, severo y profundo no están en la capacidad adecuada para comprender la naturaleza, magnitud y consecuencias de las relaciones sexuales por lo ya anotado. Además estas personas son el blanco predilecto de sujetos inescrupulosos para hacerlos objetos de sus deseos sexuales desviados. Porque es desviado el sujeto que penetra a una habitación y violenta sexualmente a dos mujeres con retardo mental profundo. Ambas quedaron embarazadas y tuvieron el parto con un día de diferencia. ¿Cómo se repara la tragedia de la familia de las dos retardadas? En nuestra práctica forense vemos a diario casos de mujeres con retardo mental procedentes de hogares humildes, de bajos recursos socioeconómicos, embarazadas por un sujeto que tendrá acaso como pena seis meses en una cárcel y que saldrá a seguir con las mismas. Porque de manera sarcástica e irónica hemos bautizado a esos sujetos como "el violador de la comarca": con múltiples casos de violación, corrupción de menores o mayores retardados.

17. Inimputabilidad

En nuestra cotidiana labor a veces nos enfrentamos con los conceptos de la psiquiatría dinámica emitidos por un perito no oficial y las conclusiones psiquiátricas forenses emitidas por nosotros.

Así, para el perito no oficial un sujeto con un trastorno de personalidad sociopático o psicópata al momento de cometer un delito puede ser inimputable. Para nosotros, los peritos oficiales expertos en psiquiatría forense, ese sujeto es imputable.

Cuando los dos conceptos llegan a manos de un lego en materia psicológica, piensa que hay contradicción entre lo dinámico y lo forense. Aparentemente se contraponen, pero nuestra labor psiquiátrica forense se facilita gracias a la comprensión de lo dinámico.

La psiquiatría dinámica estudia las motivaciones de la conducta humana originadas en la interacción entre necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Lo biológico es fisiológico como la necesidad de aire, agua, alimento, el mantener la homeostasis, la necesidad sexual. Lo psicológico es lo instintivo originado en lo biológico; se manifiesta o expresa porque tiene base biológica (Noyes). Freud habló de dos instintos: eros o vida y tanatos o muerte. El ser humano aprende a modificar, reprimir o aplazar sus instintos para adaptarse socialmente.

Lo social es educativo, económico, político que establecen el principio de realidad. Lo instintivo es inconsciente y constituye el principio de placer. Según la teoría topográfica de la personalidad, esta se divide en tres estratos virtuales; consciente, preconsciente e inconsciente. Los sentimientos, las decisiones, las relaciones interpersonales se motivan inconscientemente. Muchas de las conductas humanas son motivadas inconscientemente. Las relaciones interpersonales están matizadas del egoísmo, mal genio, bajeza, voracidad, celos y hostilidad de los demás y de sí mismo (Riviere). Estos sentimientos son derivados instintivos.

Son expresiones del inconsciente los sueños, los olvidos, los mitos, las expresiones características de la personalidad, la creación artística; los errores al recordar, leer o hablar. Se manifiesta dramáticamente mediante los síntomas de la enfermedad mental (Freud).

El inconsciente no sigue las leyes lógicas del pensamiento aristotélico. En el inconsciente hay ausencia de contradicciones; el tiempo tiene un ritmo diferente al tiempo-reloj del pensamiento adulto; hay hechos que permanecen ciertos independientemente de la edad cronológica; predomina lo visual; situaciones y objetos se centran y representan en uno solo (Brainsky).

Consciente e inconsciente a veces tienen metas opuestas. Al final de cuentas la conducta humana es el resultado de motivaciones conscientes e inconscientes.

Entonces, en el inconsciente se encuentran las motivaciones psicológicas existentes en todos los seres humanos, para delinquir. Son deseos salvajes, tendencias sádicas y agresivas así como deseos

sexuales infantiles primitivos y perversos (Schilder). La no satisfacción de estas tendencias instintivas está dada por el Superyo del individuo (conciencia moral) y por las exigencias del medio ambiente. En su desarrollo el niño aprende que debe renunciar a la satisfacción de sus tendencias instintivas primarias, pero dentro de sí se libra una batalla de la cual puede surgir el sentimiento de culpabilidad.

Cuando el niño comete una falta tiene un sentido de culpabilidad que solo desaparece una vez que ha sido castigado y ha recuperado el cariño de los padres. Es por esto que donde haya un sentido inconsciente de culpabilidad, existir también el deseo de castigo (Schilder).

El neurótico y el individuo con un trastorno de personalidad pueden llegar a cometer un delito para recibir a cambio un castigo y acallar la conciencia moral y disminuir los grandes sentimientos de culpa. Así el delincuente es castigado en el mundo exterior y satisface su deseo de castigo y masoquismo inconscientes.

Visto el sujeto que ha delinquido con el ojo de la psicodinamia, se llega a la conclusión que él no es responsable conscientemente de sus actos. Su conducta delictiva es el resultado de la satisfacción inconsciente de sus deseos sobre los cuales no tiene un control voluntario.

Teniendo en cuenta las motivaciones inconscientes toda persona que delinque sería inimputable. Pero para fines reales y prácticos el asunto es diferente.

La capacidad para la comprensión de la ilicitud y la autodeterminación se da con el consciente. El consciente sigue las leyes del pensamiento aristotélico: espacialidad, temporalidad, causalidad, identidad y contradicción. El consciente es el estrato topográfico más superficial de la personalidad. Mediante él, el YO mantiene contacto con el mundo de la realidad externa. Es con el consciente que el YO mantiene contacto con el mundo de la realidad externa. Es con el consciente que el Yo tiene capacidad para comprender la ilicitud.

El YO hace parte de la personalidad según la teoría estructural; esta incluye el Superyo y el Ello. El Yo tiene un componente inconsciente y también uno consciente; como ya se anotó, el segundo le permite la relación con la realidad externa.

Esto lo realiza mediante las funciones autónomas: la conciencia, el afecto, el pensamiento, la inteligencia, el juicio, la memoria, la atención, la sensopercepción y la conducta motora (volición o conación).

17.1 Trastorno Mental

Qué ocurre entonces en el trastorno mental. El individuo que lo presenta tiene menoscabado el YO en sus funciones autónomas al punto de interferir notablemente con la capacidad para evaluar el sentido y prueba de realidad, la sensopercepción, el pensamiento, el juicio y el raciocinio están tan perturbados que no puede diferenciar los estímulos del mundo externo de los del mundo interno. Existe alteración en diferenciar el YO del resto del mundo en términos de

persona, lugar y tiempo. Otras facultades del YO como la memoria, la conciencia, la atención, el afecto podrán estar más o menos perturbadas.

Resumiendo, en el trastorno mental, el YO del sujeto está perturbado en sus funciones autónomas y por ello no tiene capacidad para comprender la ilicitud. Tampoco puede autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión.

Cuál de las enfermedades mentales estudiadas podrían dar inimputabilidad. No se trata de traducir un lenguaje a otro.

Debe valorarse el estado del sujeto y establecer si ese estado mental le impidió comprender la ilicitud o de autorregular su comportamiento de acuerdo con esa comprensión para el momento de cometer el hecho investigado. Un sujeto con un trastorno psicótico tiene notablemente alteradas las funciones autónomas del YO y esto dar inimputabilidad. Excepcionalmente podrá ser considerado como imputable. Los síndromes mentales orgánicos (demencias, psicosis alcohólicas o por drogas, no preordenados) dan al sujeto la característica de inimputabilidad.

Las personas con trastorno de personalidad (incluido el psicópata; ver capítulo) o desviados sexuales tienen un buen contacto con la realidad; las funciones autónomas del YO se encuentran conservadas y esto se traduce en buena capacidad para comprender la ilicitud y de autodeterminarse.

En líneas generales consideramos al neurótico como imputable. Excepcionalmente dependiendo de la gravedad de la neurosis y de las circunstancias que rodearon los hechos podrá ser considerado inimputable.

La reacción aguda ante gran tensión dependiendo del tipo de ilícito cometido y de las circunstancias que rodean al hecho podrá considerarse trastorno mental transitorio.

Sobre embriaguez e inimputabilidad ver los capítulos de alcoholismo y usos y abusos del concepto inimputabilidad.

Cuando la enfermedad que ha dado inimputabilidad es crónica se habla de trastorno mental permanente. Si la alteración es de evolución aguda, pero el sujeto queda con perturbación después del hecho, se hablar de trastorno mental transitorio que requiere de tratamiento (6 meses).

17.2 Inmadurez psicológica

La inmadurez psicológica es la otra circunstancia de inimputabilidad. Ya en un capítulo anterior se discutió el tema de madurez psicológica. El inmaduro psicológico tendrá falta de madurez global de su personalidad. Es decir:

- a) una falla en la identidad personal clara.
- b) Dificultad importante para responder por sí mismo.
- c) Incapacidad para que otras personas dependan de él (él tiene que depender de otros).

- d) Incapacidad para aceptar las decisiones de otros que tienen autoridad.
- e) Incapacidad para ser independiente.
- f) No logra disfrutar de las relaciones interpersonales.
- g) Incapacidad para establecer una relación íntima, satisfactoria y amorosa con un miembro maduro del sexo opuesto.
- h) Intolerante ante las deficiencias de los demás.
- i) Sin prospección clara o poco realista.

Esta inmadurez altera la capacidad para comprender la ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión para el momento del hecho legalmente descrito. Como la inmadurez es global y perfectamente instaurada, no puede hablarse de inmadurez psicológica transitoria.

Las personas con retardo mental moderado, severo (grave) y profundo son inmaduras psicológicas. No así las que presentan el grado leve y el fronterizo. El sujeto con retardo mental leve, dependiendo de las circunstancias que rodearon el hecho y de otros factores, podrán ser considerado inimputable por trastorno mental transitorio. Es el caso del sujeto quien durante una embriaguez simple obedece automáticamente las órdenes de otros y causa daño físico o en los bienes de un tercero.

Algunos sordos que cumplen con lo descrito sobre inmadurez psicológica, podrán considerarse como tales. Otros sordos a pesar del defecto físico los consideramos imputables porque han logrado una madurez psicológica aceptable.

Los indígenas inmaduros de acuerdo con nuestro punto de vista (el social) serán inimputables. No así los indígenas que han obtenido un contacto adecuado con nuestra sociedad y civilización, comparten nuestra propia escala de valores. Esto les ha permitido madurar (Socialmente) y por lo tanto son imputables.

Hay un cuarto grupo de personas que no presentan retardo mental, no son sordomudos ni indígenas, pero que los podemos considerar inimputables siempre y cuando tengan una falta de madurez global de su personalidad; además que no tengan la capacidad de comprender la ilicitud o de autodeterminarse.

De lo expuesto se deduce que el trastorno mental y la inmadurez psicológica necesariamente, para su ocurrencia en un sujeto, han de tener un importante aspecto psicopatológico en él. No creemos que el trastorno mental se presente así de súbito y porque sí, sin una explicación psicopatológica o fisiopatológica. Incluso el trastorno mental transitorio que no dejó perturbación luego del hecho legalmente descrito. Al respecto hay un estudio (Duran) de 19 sujetos para quienes la conclusión fue lo descrito en el Art. 33 del C.P de 1980. En todos ellos se encontró un estado premórbido fisiopatológico o psicopatológico. Esto se sumó dinámicamente a las características del acto ilícito; a las características del sujeto en el momento del acto; a la aparición más o menos brusca del trastorno y al retorno a condiciones aproximadamente iguales a las del estado premórbido.

18. Usos y abusos del concepto de Inimputabilidad

La práctica psiquiátrico forense en el Instituto Nacional de Medicina Legal ha mostrado que hay un uso inadecuado de la solicitud de exámenes para diagnóstico de Inimputabilidad. La cifras varían cada año pero en promedio entre el 20 y 30% de las solicitudes carece de una justa motivación porque con base en la siguiente información se pide el examen:

- dice que es loco
- el investigado dijo que sufría enfermedad mental
- por solicitud del Apoderado
- el Apoderado desea descartar inimputabilidad
- después de los hechos se hospitalizó en clínica psiquiátrica
- se le fueron las "luces"
- lloró durante la indagatoria
- dice ser "aporreado" de la cabeza
- no recuerda el hecho
- es "retardado"
- tiene un "mal en la cabeza"
- porque sufre "celos patológicos"
- sufre jaqueca

No se indaga qué quiere decir con es retardado, se le fueron las luces, etc, sino

que se susepnde la diligencia y se lo envía a examen.

En otros casos aun cuando parecería que existe justificación tampoco se explora qué quiere decir:

- es indígena
- por abandonar al menor
- es alcohólico
- embriaguez
- tiene antecedente de enfermedad mental
- por la forma como ocurrió el hecho
- porque dio muerte al hijo
- porque dio muerte al hermano
- es epiléptico
- en la indagatoria parece enfermo mental
- el día de los hechos fumó marihuana
- es drogadicto

ANALISIS

1. La embriaguez es un factor que motiva peritazgo en delitos como el incesto y la corrupción de menores (para el homicidio ver el capítulo correspondiente. El análisis de los casos permite concluir que usualmente estos individuos no están dentro de alguna circunstancias de inimputabilidad. Se observa también que cuando el motivo embriaguez ya no tiene el suficiente peso para justificar se recurre a demeritar al ofendido (a) tildándolo de mitómano o seductor. Ver capítulo de las conductas sexuales delictivas.

2. La muerte del hijo por parte de la madre o el padre motiva también el peritazgo psiquiátrico. El filicidio resulta estremecedor, rechazante y sugiere trastorno mental en el filicida. Las cinco filicidas de una observación de 1.140 casos (Justificaciones y motivos de las solicitudes de peritación psiquiátrico forense. Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Medicina Legal, Cali 1987) presentaron trastorno mental. Hacen parte de otro estudio titulado "Análisis psiquiátrico de 18 casos de filicidio". Ese estudio mostró 14 madres y 4 padres filicidas. Todas las mujeres estaban perturbadas en el momento del homicidio y se les diagnosticó trastorno mental; de los cuatro padres tan solo uno tuvo ese diagnóstico. La conclusión de ese trabajo fue: el análisis permite concluir que cuando una mujer da muerte al hijo, debe pensarse que presenta un trastorno psicótico. Por el contrario, el hombre filicida usualmente no presenta psicosis y debe pensarse en padre maltratante con síndrome del niño maltratado. Sin embargo, esta conclusión no puede ser definitiva dado el bajo numero de casos masculinos estudiados. En posteriores observaciones (año 1989) de madres filicidas no se ha demostrado el trastorno mental: en dos mujeres con personalidad sociopática se llegó a la conclusión que no presentaron alguna de las circunstancias de inimputabilidad.

3. Las características del hecho también sugieren trastorno mental. Son hechos bizarros, con marcada violencia que hacen pensar al común de la gente; "esta persona debe estar loca". En parte tienen razón. En un estudio rotulado características del homicidio determinadas por trastorno mental grave, se observó que la marcada violencia en víctimas con algún nexo familiar era cometido por sujetos

con esquizofrenia. Pero también se observó características similares en personalidades sociopáticas. Posteriores observaciones confirman lo bizarro y violento de la conducta delictiva del psicópata.

4. Lo observado durante la diligencia de indagatoria también hace pensar en el trastorno mental o la inmadurez psicológica. Hay funcionarios que obtienen una excelente información e interrogan de manera adecuada al presunto sindicado. Saben también describir la conducta del individuo con términos sencillos y sin recurrir a términos complejos. Esto último facilita posteriormente al psiquiatra forense hacer una interpretación correcta de lo que quería decir el doctor del Derecho. En la observación de los 1.140 casos notó como 22 de ellos hicieron pensar, durante la diligencia de indagatoria, el trastorno mental o la inmadurez psicológica. Luego del examen se confirmó para la totalidad de los casos.

Otras diligencias no son positivas en el anterior aspecto porque el funcionario no se detiene a investigar lo que quiere decir el indagado cuando dice: "se me fueron las luces, soy aporreado de la cabeza, sufro de jaqueca, sufro de amnesia, de celos patológicos, de claustrofobia, etc.".

5. Abandono de menores e inimputabilidad. En una mujer que abandona el hijo debe sospecharse el trastorno mental. Usualmente el examen muestra mujeres con esquizofrenia o con retardo mental importante. El abandono de menores es más frecuente de lo que se piensa y no se denuncian o registran todos los casos.

6. Antecedente de enfermedad mental y trastorno mental. Treinta y dos (32) sindicados relataron antecedentes de enfermedad mental. Debe confirmarse este antecedente. 29 de los 32 presentaron trastorno mental para el momento del ilícito. Tres no lo presentaron. Porque el individuo puede estar sano en ese momento a pesar del antecedente. Además hay sujetos que intentan obtener un beneficio secundario del antecedente para cometer delitos y tratar de esa manera quedar impunes.

Hasta acá se ha revisado algunos motivos del peritazgo que tienen una justificación adecuada. Pero no todos son así y con relativa frecuencia nos llegan solicitudes sin justificación o que son totalmente absurdas y que riñen con la sana lógica.

7. Durante la diligencia de indagatoria no se investiga qué quiere decir el sindicado con: "se me fueron las luces, soy aporreado de la cabeza, sufro de amnesia, no recuerdo". Con un solo elemento se solicita el examen. Un hombre joven sindicado de hurto relató en la diligencia de indagatoria que sufría de amnesia. No se investigó que quería decir con ello y fue enviado a examen porque sufría de amnesia. Luego de la entrevista y examen psiquiátrico se precisó que durante la época escolar cuando el sindicado presentaba las evaluaciones no lograba recordar en ese momento (por la angustia) las respuestas a las preguntas formuladas a pesar de haber estudiado.

Existe la creencia popular que los golpes en la cabeza producen locura. Un traumatismo craneoencefálico puede producir un hematoma subdural y los síntomas suelen presentarse horas después o días e incluso semanas. Los primeros síntomas pueden ser trastornos de conducta, pero luego se presentan las manifestaciones neurológicas con hemiplejías y trastornos importantes de la conciencia. El paciente puede recuperarse rápidamente y de manera asombrosa luego de la cirugía que drena el hematoma, de lo contrario se produce la muerte.

8. Solicitud de examen psiquiátrico porque sí, porque así lo pide el Sr. Apoderado. A veces lo solicita porque desea descartar inimputabilidad. Otras veces porque pretende acortar los términos. No puede tomarse el examen psiquiátrico como una peritación de rutina. El número de peritos sería insuficiente para dar respuesta a todas las solicitudes.

9. Hay otro grupo de solicitudes que no muestran justificación alguna. Luego de estudiar cuidadosamente el proceso, el psiquiatra forense no encuentra motivación alguna.

Finalmente hay casos en los cuales falta la sana lógica como el de una mujer sindicada de infringir el estatuto de estupeficientes cuyo Apoderado solicitó se le practicara un cuidadoso examen, especialmente haciendo una incisión en Y desde región retroesternal hasta sínfisis pública para tomar muestras de hígado, bazo, etc.

¿POR QUÉ SIEMPRE INIMPUTABILIDAD?

¿Por qué solicitar siempre Inimputabilidad? Miedo insuperable, temor intenso, ira e intenso dolor y otros tantos términos traídos desde la Psicología, para atenuar la pena de la persona imputada, pueden ser entendidos y explicados por el perito. Es abrir otras posibilidades a la mente de los juzgadores, los investigadores y sus Apoderados.

Miedo insuperable

El miedo insuperable ha sido contemplado en las Cortes. Así la sentencia No. C-563/95 dice:

“Pero es dable suponer, por ejemplo, que alguien -por excepción- sea presa del llamado "miedo pánico" (incontrolable, determinante e insuperable para el sujeto que lo padece) y, en consecuencia, siembre el terror entre la tropa con exclamaciones de alarma, huya o no concurra al combate. Pueden incidir en esa conducta inusitada, factores como el temperamento apocado, el escaso entrenamiento en el ejercicio castrense, la insuficiente compenetración ideológica con el objetivo que se persigue, o incluso el repudio racional del medio utilizado para alcanzarlo (caso de los objetores de conciencia). Todos esos factores y circunstancias deberán ser identificados por el juez en el caso concreto para darle a la persona el tratamiento jurídico adecuado, conforme a las normas que precaven esa eventualidad, tales como la fuerza mayor, prevista como causal de inculpabilidad en el artículo 36-1 del Código Penal Militar, excluyente de responsabilidad, o la contemplada en el 58-3 ("temor intenso") causal de atenuación punitiva. Porque en esos casos el comportamiento no connota el vicio de la cobardía o al menos no merece el reproche total”

Sobre el miedo dice Agudelo(1990):

“A esto, casi enseguida, aludió la mente privilegiada de LUIS JIMÉNEZ DE ASUA demostrando que a veces el miedo sí puede ser considerado como causal de Inimputabilidad: "El profesor Echeverry hablaba del miedo, que ordinariamente puede ser y debe ser causa de inculpabilidad, y yo creo que puede ser causa de inimputabilidad. Creí que tanto el Código Chileno y el Español se refieren igualmente al "miedo insuperable de un mal igual o mayor". El que puede calcular si el mal es igual o mayor, no se halla en estado de inimputabilidad y por eso se trata de un estado de inculpabilidad. Pero pensamos en esa conferencia de Mira López sobre el miedo. El que está pasando desde la situación de alarma o tensión, a la que él llama de terror cuando queda como la tierra, por eso dice "aterrorizado", ese sujeto es absolutamente inimputable”

Agudelo realiza su discusión teniendo en cuenta el Código Penal de 1980 para considerar el miedo intenso como circunstancia de inimputabilidad. Ahora en el Código Penal del año 2000 se contempla una figura nueva como circunstancia de ausencia de responsabilidad cuando es miedo insuperable. Tanto la Sentencia 563/95 como en el alegato de Nodier Agudelo se contempla el “miedo pánico”, “miedo insuperable y aterrorizado” que correspondería a lo denominado por la Psiquiatría como trastorno por estrés agudo (F43.0), a la crisis de angustia o ataque de pánico que aparece en el contexto de tal reacción.

Sobre el trastorno por estrés ver más adelante, hacia el final del capítulo, la descripción que hace Fenichel. En cuanto al ataque de pánico incluido en este trastorno recuérdese lo descrito en el DSM:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización o despersonalización
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias
- Escalofríos o sofocaciones

Estado de emoción y pasión excusables

Estado de emoción y pasión excusables es reconocida por Luis Carlos Pérez (1982) de la misma manera que en la Psiquiatría: “Se sabe ya que a veces las emociones se estabilizan en pasiones, de modo que no son estados antitéticos sino más bien complementarios”. De la misma manera Agudelo (1990) dice: “En el lenguaje coloquial, se habla indistintamente de emoción y de pasión como si se tratara de fenómenos idénticos. Ello no es así en psicología, sin embargo. Un gran científico francés expresó de manera sintética el siguiente pensamiento aún no superado: «La pasión es en el orden afectivo lo que la idea fija en el orden intelectual» (7bis). ¿Qué quiere decir esto? veámoslo: entre emoción y pasión no existe diferencia sustancial, ambas son manifestaciones de la vida afectiva del individuo y por ello no existe diferencia en su naturaleza como tampoco la diferencia está en el grado. La distinción se ha encontrado, mejor, en la duración y así puede decirse que la pasión es la emoción estabilizada en el tiempo”.

Estado de emoción y pasión excusables son distintas de la ira e intenso dolor. Al respecto dice Pérez: “La norma vigente excluye el dolor y la ira injustamente provocada, a fin de que estos dos sentimientos no se confundan con los estados

que no responden a conductas ajenas, graves e injustas. En lugar de la ira, se inscribe el temor como causa de atenuación. La emoción y la pasión excusables, tanto como el temor intenso, pueden haber sido provocados o causados por persona distinta de quien sufrió la acción, o ser propias del agente, o derivar de especiales condiciones, como las producidas por una enfermedad, o por hechos calamitosos o desventurados. La emoción y la pasión deben ser *excusables*, aunque no intensas. El temor sí debe ser *intenso*. En derecho, excusable es lo que admite excusa, esto es, el comportamiento que se explica razonablemente y que por eso lo siguen o adoptan la mayor parte de las personas, en circunstancias análogas. Es un proceder común y corriente, alegable por quien lo cumple para merecer disculpas que se reconocen aun en el caso de que no se aleguen expresamente. Así, en las actividades ordinarias se excusa de un servicio, de una obligación, de un compromiso”.

Y desde el psicoanálisis encontramos una explicación dada por Rivière (1976): “Desde luego, al ser víctimas de ataques, robo, privación o injuria, tanto el individuo normal como la mayoría de los animales reaccionan con agresión. Pero además del ataque externo, el sentimiento de pérdida y dolor puede provenir de otra fuente. Un "deseo insatisfecho", si es suficientemente intenso, da origen a una sensación similar de despojo y pena, y suscita la misma agresión que la que provocaría un ataque”.

El Psiquiatra ha de documentar esa emoción y pasión excusable en la historia de la persona que examina. Porque ha de tenerse cuidado en considerar a todo dolor e ira como estado de emoción y pasión excusable. Los celos, el miedo, el dolor, la cólera, la deshonra, la herida narcisista en un carácter infantil narcisista (diferente de la personalidad narcisista) y la misma personalidad narcisista que presenta ira inapropiada frente a las críticas o las frustraciones. Entoces, es factible encontrar esa emoción y pasión excusable en un cuadro de ansiedad, del estado de ánimo o de un trastorno límite de personalidad. Igualmente en un momento dado en ese carácter infantil narcisista que podría hacer parte de toda estructura de personalidad.

Temor intenso

El temor intenso ha de ser diferente del miedo insuperable. El Psiquiatra documentará si la persona examinada presenta alguna forma clínica o subclínica de trastorno de ansiedad que se manifestó en el momento del hecho que se le imputa. La ansiedad ha de ser diferente del ataque de pánico o de cualquier otro ataque por fobias. No debe responder al trastorno de estrés postraumático. Con frecuencia la diferencia entre temor intenso y miedo insuperable exige un mayor estudio. No obstante, ha de tenerse en cuenta el hecho que para el miedo insuperable la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha respondido con un horror intenso.

Inferioridad psíquica determinadas por

Las condiciones de inferioridad psíquica determinadas por la edad o por circunstancias orgánicas, en cuanto hayan influido en la ejecución de la conducta punible. La minoría de edad, la vejez, el estado de gravidez, la sordomudez, la enfermedad física, son circunstancias que pueden determinar inferioridad psíquica; deben influir de manera decisiva en la comisión del hecho para que opere la atenuante. Igualmente, es de contemplar la embriaguez simple, por alcohol etílico u otra sustancia, como circunstancia de inferioridad psíquica determinada por la alteración orgánica transitoria que produce el alcohol. Es bien conocido a igual que vivenciado por las personas que han presentado algún grado de embriaguez alcohólica que la conciencia, la orientación, el pensamiento, el afecto, la conducta, la memoria se encuentran afectadas en

menor o mayor intensidad o calidad. Otro tanto podría decirse de la sensopercepción, el juicio y el raciocinio. Un individuo en tales condiciones de alteración orgánica cerebral es fácilmente influenciable o manipulable a igual que sus respuestas agresivas o similares no tienen el control que usualmente lo tiene en estado sobrio. Es por ello que Reyes Echandía relaciona la embriaguez con el trastorno mental: “Si, en cambio, la embriaguez del sujeto produjo un trastorno mental de leve intensidad que no alcanzó a oscurecer su conciencia y no le impidió, por lo mismo, darse cuenta de la antijuridicidad del comportamiento realizado en tales condiciones (lo que sucede ordinariamente en la llamada ebriedad común o simple) se está ante persona imputable respecto de la cual cabe juicio positivo de responsabilidad culpabilista de pena”.

Ira o Intenso dolor.

“El que realice la conducta punible en estado de ira o de intenso dolor, causados por comportamiento ajeno grave e injustificado, incurrirá en pena no menor de la sexta parte del mínimo ni mayor de la mitad del máximo de la señalada en la respectiva disposición”

Al respecto dice Gaitán(1963): "La provocación —en su acepción general— consiste en irritar o estimular a alguien con palabras u obras para que se enoje y en su acepción jurídico-penal, en que tales palabras u obras sean graves e injustas, y tanto, que puedan producir estados emocionales o pasionales generadores de reacción. Desde este punto de vista, son típicas —por lo graves e injustas— aquellas frases que en si envuelven la intención injuriosa o calumniosa, esto es, que vulneran o lesionan la integridad o el patrimonio moral de las personas. El carácter 'injusto' de la provocación —en consecuencia al carácter ilícito, es decir, prohibido por la ley penal, de la frase o hecho que constituyen la provocación; y su gravedad, a las consecuencias que la frase o hecho pueden acarrear a la dignidad del procesado... El requisito de la simultaneidad de la inmediatibilidad, no está expresado en la norma del texto: lo que exige es que el culpable, provocado, actúe en estado de ira. Ahora, según nociones muy elementales de psicología, tal estado de ira puede también no ser inmediato, sino subsiguiente a una faz de depresión síquica (intenso dolor) que puede también perdurar por algún tiempo”.

Otro reconocido jurista(Pérez 1982) agrega: “El acto o los actos determinantes de los estados emocionales de ira o dolor, consisten asimismo en ultrajes a ideas o” sentimientos tan importantes como el patriotismo, la religión, el partido político de que se es afiliado, la organización profesional, deportiva, universitaria, escolar o sindicalista de que se forma parte. Existe, pues, estímulo agresivo, o provocador, o ultrajante, o demeritador, tanto en el ataque a la dignidad o la honra de la madre o de cualquier otro ser querido, como en infamias a un grupo, y aun en la invectiva contra un programa, si con ello se busca demeritar a alguien”.

No todo puede ser considerado como ira e intenso dolor y Rivière(1976) ayuda a comprender el concepto cuando escribe sobre el odio: “También la sensación de agravio e injusticia, la idea de que”nadie me ayuda”, se origina en la proyección del conocimiento inconsciente de la propia holgazanería y mezquindad para con los demás. Cuando es demasiado fuerte y no está contrarrestada por cierta buena disposición y capacidad de percepción interna esta proyección constituye germen de la mayoría de las formas de locura delirante, en las que el enfermo imagina que otras personas le roban, le envenenan o conspiran contra él”. La proyección masiva está definiendo el carácter paranoide y la “locura delirante”, el trastorno delirante. Si se tratara del segundo caso habría que considerar, antes que una causal de atenuación de la

pena, una circunstancia de inimputabilidad.

El Psiquiatra evaluará si se trata de ira e intenso dolor porque es la respuesta que usualmente se encontraría en la estructura paranoide de personalidad. O tal vez se trata de un derivado cultural del patriarcado. Ha de tenerse en cuenta el carácter infantil narcisista.

La víctima

La persona que ha sido víctima de lesiones personales o de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales podría presentar perturbación psíquica, incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o estar en condiciones de inferioridad psíquica.

La perturbación psíquica correspondería a lo descrito en el DSM como síndrome por estrés postraumático que consiste en la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable y que puede considerarse agudo (transitorio) o crónico (permanente).

El trastorno adaptativo del DSM es clásicamente descrito por Fenichel y resumido así:

“Los síntomas de las neurosis traumáticas son: a) bloqueo o disminución de diversas funciones del yo; b) accesos de emoción incontrolables, especialmente de ansiedad y frecuentemente de rabia, e incluso, ocasionalmente, ataques convulsivos; c) insomnio o perturbaciones graves en el dormir, con sueños típicos en los que el trauma es experimentado una y otra vez; también repeticiones, en horas del día, de la situación traumática, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones; d) complicaciones psiconeuróticas secundarias”.

Ha de considerarse la persona que se encuentra bajo los efectos de una sustancia depresora del sistema nervioso central como condición de inferioridad psíquica. Igualmente aquellas cuya escala de evaluación global (eje V del DSM IV) puntúe muy disminuido. Según los peritos que laboran en los laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal existe combinación de alcohol y benzodiacepinas en las personas que han sido víctimas mediante el uso de tóxicos. También se ha informado casos de intoxicación por escopolamina. Las benzodiacepinas (por lo general lorazepam) son suministradas en galletas, dulces o en gaseosas en lata que han sido previamente preparadas. La escopolamina, al parecer, suministrada en una bebida cuando la víctima se encuentra distraída.

Las pacientes con trastornos psicóticos se encuentran en circunstancias de trastorno mental que conlleva incapacidad de resistir dada la perturbación en la prueba, sentido y adaptación de la realidad. La palabra trastorno mental, en este caso, no tiene la connotación de inimputabilidad. Las personas con retardo mental moderado, severo y profundo también tienen limitada la capacidad para resistir.

Conclusiones

1. Las cuatro principales razones que motivan el peritazgo en su orden son: la embriaguez para el momento del ilícito, antecedente de enfermedad mental, durante la diligencia de indagatoria parece enfermo mental y cuarto ninguna justificación.
2. La embriaguez es un factor importante que puede llegar a

producir trastorno mental. Se exagera su importancia en la génesis. Tan solo un 30 y 40% de los embriagados durante el ilícito podrían ser considerados dentro del concepto de inimputabilidad.

3. La embriaguez facilita la comisión de delitos como el homicidio, tentativa de homicidio, incesto, corrupción de menores y lesiones personales.

4. Entre el 20 y 30% de las solicitudes de peritación psiquiátrica no hay una razonable justificación. Esto recarga el trabajo y hace prolongar innecesariamente las citaciones para los demás exámenes.

5. Alrededor del 10% de los casos durante la diligencia de indagatoria el funcionario no se detiene a investigar qué quería decir el indagado con: "sufro de la cabeza, de amnesia, jaqueca, golpeado en la cabeza, etc.

6. Se hace necesario más racionalización en la solicitud de la peritación psiquiátrica. Los funcionarios judiciales descuidan el filtrar aquellas solicitudes que son ilógicas o que no contienen adecuada motivación.

7. Existen otras condiciones psicológicas diferentes al trastorno mental o la inmadurez psicológica (circunstancias de inimputabilidad) como son el miedo insuperable, la emoción y la pasión excusable, el temor intenso, las condiciones de inferioridad psíquica, la ira y el intenso dolor que podrían presentarse en el individuo implicado en una conducta típica y antijurídica.

8. El pensum del pregrado en las Facultades de Derecho debería contener las cátedras de desarrollo de la personalidad o psicología evolutiva y Psiquiatría Forense.

9. Somos los Psiquiatras y los Psicólogos los llamados a conceptualizar sobre las circunstancias anotadas, pero con previa ilustración y documentación sobre lo que piensan los Juristas al respecto.

10. Así como los señores Abogados debe evitar caer en la sinonimia del trastorno mental como circunstancia de inimputabilidad y el trastorno mental de la nosología psiquiátrica, el Psiquiatra y el Psicólogo deben tener cuidado al interpretar las circunstancias a las que se refiere la atenuación punitiva.

19. Estupefacientes

Este capítulo está compuesto de dos partes. La primera, un marco teórico sobre algunos artículos del Estatuto de Estupefacientes. En la

segunda, se muestra el resultado del examen sobre drogadicción practicado a personas que fueron enviadas, por Juzgados e Inspecciones de Policía durante el año 1988, a la Sección de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal en Bogotá.

Marco Teórico

Las tres sustancias tóxicas que más consumen los Colombianos en su orden son: alcohol etílico, nicotina (cigarrillo o tabaco) y benzodiacepinas. Según el concepto que trae el Estatuto de Estupefacientes, estas tres sustancias son Estupefacientes. Pero a la Sección de Psiquiatría no se solicita establecer la dosis para uso Personal de alcohol o si el síndrome de portar alcohol es drogadicto.

A la Sección de Psiquiatría llegan los usuarios de la marihuana y la cocaína (bazuco). Actualmente muy pocos de metacualona. No llegan los adictos a los derivados del opio (morfina, codeína, heroína, metadona), barbitúricos o benzodiacepinas. Esta anotación es pertinente porque existe incongruencia en los conceptos que trae el Estatuto de Estupefacientes sobre drogadicción y el tratamiento a que deben ser sometidos los drogadictos.

Dice la Ley 30 de 1986 en el Art. 2 numeral g) Adicción o drogadicción: "Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga". Las drogas que producen síntomas físicos cuando se suprimen son los depresores del sistema nervioso central: alcohol etílico, derivados del opio, barbitúricos y benzodiacepinas. Los estimulantes del sistema nervioso central como la marihuana y la cocaína (bazuco) no producen síntomas físicos cuando se suprimen. Por lo tanto, de acuerdo con la definición del Estatuto de Estupefacientes, la marihuana y la cocaína no producen adicción o drogadicción. Sin embargo, hay algunos que consideran que la cocaína produce una reacción de abstinencia. Se desprende de lo anterior que a los usuarios de la marihuana y la cocaína no se les puede aplicar lo normado en el Art. 51 punto c) de la misma Ley que dice: "El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción así haya sido sorprendido por primera vez, será internado en establecimiento psiquiátrico o similar para su recuperación".

Pero el concepto de drogadicción fue modificado mediante Decreto 3788 del 31 de diciembre de 1986 que dice debe entenderse la adicción o drogadicción tanto la dependencia física como la psíquica. Como la marihuana y el bazuco producen dependencia psíquica, entonces por "decreto" las dos sustancias automáticamente quedan comprendidas en el concepto de drogadicción.

Con la reglamentación ahora si se les podría aplicar lo normado en el Art. 51 sobre tratamiento, pero no del todo. Por qué? La marihuana, cocaína (bazuco), anfetaminas (vía oral) son sustancias que producen dependencia psíquica. Hasta donde se sabe, no producen dependencia física. En la dependencia física se da el síndrome de abstinencia cuando se suspende la sustancia, es decir aparecen síntomas físicos como malestar general, vómito, diarrea, sudoración, hipotensión, temblor, insomnio; además irritabilidad, desorientación, ansiedad; en algunos casos hay convulsiones y en otros la muerte. Las personas que presentan el síndrome de abstinencia (por dependencia física) deben ser hospitalizadas para su tratamiento y recuperación tal y como reza el Art. 51. Los

dependientes a la marihuana y al bazuco se hospitalizan no para el tratamiento de la drogadicción. La hospitalización que debe ser corta (en promedio un mes), pretende manejar la compulsión o necesidad

psicológica a consumir la droga (Acosta). Luego vendrá el verdadero tratamiento de la drogadicción. Pero la hospitalización no debe hacerse en un establecimiento psiquiátrico por que allí básicamente están los psicóticos. A no ser que el drogadicto sea un psicótico. La hospitalización puede ser en una clínica u hospital general o también en la casa. La idea es abstener forzosamente al individuo durante el tiempo señalado.

Por ello otro lugar que podría servir es la misma cárcel, siempre y cuando allí no se expendan ese tipo de drogas. Además que haya control del sujeto para que no consuma otras sustancias naturales como telarañas, cascaras secas de plátano o naranja, etc. (Acosta)

Consideramos también, que un dependiente psíquico o físico a alguna sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central cabe dentro de alguno de los siguientes tres grupos:

- 1) Personas con trastorno de personalidad que se vuelven adictos por contacto con otros que ya lo son. El trastorno de personalidad que habitualmente usa la droga, que constituye una característica propia de personalidad, es el sociópata o psicópata.
- 2) Neuróticos y psicóticos que encuentran alivio a través del uso de las drogas.
- 3) Personas que la recibieron durante una enfermedad.

De estos tres grupos y de acuerdo con lo que plantea la psiquiatría clínica moderna, solamente deben ser hospitalizados en instituciones psiquiátricas, los psicóticos en fase aguda. Excepcionalmente un neurótico se hospitaliza. Los Trastornos de personalidad no deben ser hospitalizados porque las personas que lo presentan son inaccesibles a la mejoría con los tratamientos actualmente conocidos. Como la mayoría de los drogadictos presentan un trastorno de personalidad, el Art.51 de la Ley 30 es parcialmente aplicable a los usuarios de la marihuana y la cocaína. Por otra parte, cuando un sujeto de estos se hospitaliza ocurre lo que sucede en las cárceles. El drogadicto continúa usando la droga y lo que es más preocupante, la suministra a los pacientes psicóticos que empeoran con la marihuana y el bazuco.

Se anota que el Art. 51 no es parcialmente aplicable por que dice:

"internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado". El establecimiento similar podrá ser una comunidad terapéutica donde se recibe exclusivamente drogadictos. Estas comunidades deben efectuar una cuidadosa selección de los sujetos a tratar. Porque resulta dudoso la aceptación de individuos con trastorno de personalidad sociopático (psicópata). Estos contravienen toda norma, trafican con la droga, desestabilizan las instituciones, e inducen a los otros sujetos con trastorno de personalidad no sociopático a que consuman la droga. Por otra parte, el tratamiento debe ser por lo menos de cuatro (4) años (Acosta).

Qué ocurre con el control de las drogas en las cárceles. Estas son

ollas de drogadicción. Durante el examen los presos nos relatan que en las cárceles continúan consumiendo droga o el que la había suspendido hacía varios años la usa de nuevo desde cuando ingresó a la cárcel. Un preso relató en la historia de su caso la forma como traficaba dentro de la cárcel. Además el verdadero adicto es muerto en la cárcel porque no tuvo con qué pagar la dosis que compró y consumió.

Hay otros dos conceptos de la Ley 30 para discutir. Tratamiento, Art. 2 m): "Son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga". Rehabilitación, Art. 2 n): "Es la actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad". El verdadero tratamiento y rehabilitación no corresponde solamente al médico y su equipo porque las causas de la drogadicción no son solamente biológicas y psicológicas sino también sociales con aspectos educativos, económicos y políticos.

Otro concepto cuestionable es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio uso. Nada se dice del lapso de tiempo y esto ha dado pie para que se nos pregunte si los dos (2) kilos de cocaína que le fue incautada a la St. XX en el Aeropuerto del Dorado constituye dosis de aprovisionamiento porque va a permanecer un año en Europa.

Dice el Estatuto, Art. 2 j): "Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos".

Veinte (20) gramos de marihuana es una cantidad considerable. El peso neto de un cigarrillo con nicotina es de 0,741 gramos. Con veinte gramos de marihuana se obtienen 27 a 50 cigarrillos.

Un gramo de clorhidrato de cocaína es cantidad letal suficiente vía venosa; se ha informado de casos de muerte con dosis menores de 30 miligramos. Pero un gramo de bazuco es cantidad irrisoria. El bazuco es una mezcla de cocaína, harina, carbonates, lactosa, talco, miga de pan, ladrillo, etc. (Forero). La cantidad de cocaína contenida en un gramo de bazuco oscila entre 1% y 20%. Hay papeletas de bazuco que contienen 40 mgs., 100 mgs. o 5 grs. Un gramo de bazuco con las concentraciones anotadas contendrá entre 0,001 gramo y 0,2 grs. 40 gramos de bazuco entre 0,4 grs. y 0,8 grs. de cocaína.

Un usuario del bazuco puede fumar en una noche 200 cigarrillos, es decir, más o menos 60 gramos de bazuco. Nos preguntamos qué sanción o pena estarán recibiendo los usuarios de más de un gramo de bazuco.

Otro término que no tiene un concepto claro en el Estatuto es el de abuso, Art. 2 e): "Es el uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos". Cuando se dictamina que el examinado presenta abuso a la marihuana u otra sustancia, vienen las ampliaciones en el sentido de que se diga si es adicto.

La CIÉ 9 define abuso de drogas como los casos en los cuales se usa una droga por propia iniciativa, con detrimento de su salud o de su funcionamiento social y no hay dependencia.

Contempla las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, alucinógenos, barbitúricos y tranquilizadores, tipo morfina, tipo cocaína, tipo anfetaminas, antidepresivos, otras, las mixtas y las no especificadas. A mitad de semana alguien festeja su cumpleaños, se embriaga. Al día siguiente tiene un terrible guayabo y no puede ir a trabajar. Ha abusado del alcohol con detrimento de su salud y de su

funcionamiento social, pero puede no ser un alcohólico. De la misma manera una persona puede usar o abusar esporádicamente la marihuana o la cocaína y no ser un drogadicto.

Muestra de examinados

Durante el año 1988 en la Sección de Psiquiatría se examinaron 334 personas para determinar drogadicción. La muestra estuvo compuesta de 266 hombres y 68 mujeres sindicadas de infringir la Ley 30 de 1986. En las tablas se presenta la edad por grupos, la escolaridad, la ocupación y el diagnóstico luego del examen psiquiátrico.

En las siguientes ocupaciones dos (2) de cada uno: droguería, pensionado, plaza de mercado, condenado (en la prisión), músico, instructor de cultura física, ayudante de camión, soldador, panadero, zorrero, guarnición, administrador, lustrabotas, celador, latonero.

En las siguientes ocupaciones uno (1) de cada uno: carnicero, granero, plomero, comisionista, radiotécnico, prensista, cocinero, joyero, técnico aviación, muñequero, carbonero, impulsadora de ventas, tornero, reciclaje, estilista, auxiliar de ladrillera, profesor de inglés, fabrica escobas, pintor de bellas artes, policía, camarera, periodista, repara electrodomésticos, niñera, ganadero, coter, abogado, tejidos, tipografía, sastre, ayudante de bus.

En otros diagnósticos se encontró uno con retardo mental moderado no adicto. Cuatro (4) con esquizofrenia crónica, de los cuales dos adictos a la marihuana. Uno (1) con psicosis paranoide adicto a la marihuana. Una (1) con psicosis afectiva no adicta. El resto de examinados (327) en su gran mayoría presentaban trastornos de personalidad y unos pocos con trastornos neuróticos.

Discusión

A la Sección de Psiquiatría Forense sólo llegan personas procedentes en su mayoría de estratos económicos bajo- bajo, bajo, medio bajo y muy escasos de medio.

La gran mayoría de los examinados tienen edad entre los 18 y 39 años. Son adultos jóvenes en edad productiva de los cuales 49,1% consumen drogas y el 34,1% NO lo hacen. El total de los que consumen drogas (adictos o abuso) es de 43,1%.

El nivel escolar de la mayoría (83%) oscila entre analfabetas y secundaria incompleta: 9,8% analfabetas; 27,2% primaria incompleta; 9,5% primaria completa; 36,2% secundaria incompleta.

Los tres primeros puestos para la ocupación son: vendedor ambulante, comerciante y sin ocupación. Hay toda una gama de ocupaciones no calificadas y dos profesionales.

Entre los adictos los hay más al bazuco, luego a la marihuana y en tercero una combinación de bazuco y marihuana.

También se abusa de la marihuana y el bazuco sin que se de dependencia. Nos preguntamos que estarán haciendo las autoridades judiciales con las personas que abusan y no son drogadictos. Nada dice la Ley 30 al respecto sobre tratamiento medico.

Del total de examinados se encontró 46,4% drogadictos, 10,1% abusan de las sustancias y 43,1% no son adictos ni abusan. Esto último nos permite pensar que hay uso inadecuado en las solicitudes de examen por parte de las autoridades. Los siguientes son algunos motivos que aumentan el número de consultas:

1. Se solicita determinar si es drogadicto casos como el individuo

quien en la Aduana es detenido con una maleta de doble fondo que contiene cocaína y que además al ser escuchado en diligencia de indagatoria dice que no sabe cómo llegó la droga allí y que él nunca la ha usado.

2. Capturan al comerciante en pequeñas dosis (jíbaro) vendiendo la droga y como en la indagatoria dice que es drogadicto, es enviado a examen.

3. Qué sucede con el lugar donde se expenden drogas; porque llegan personas a examen que dicen ser drogadictas y que fueron capturadas saliendo del mismo lugar.

4. En la indagatoria niega ser adicto, no conoce las drogas y sinembargo es enviado a examen.

5. Joven de escasos recursos económicos quien dice nunca haber consumido estupefacientes. Fue capturado con otros desconocidos en redada de varias cuadras. Dice que los otros fueron liberados y él no tenía droga, dice que no tenía dinero para dar a los Agentes. Es enviado a examen sobre droga.

6. La Corte Constitucional mediante sentencia 221 del 5 de mayo de 1994 se despenalizó el consumo de la dosis personal al ser declarado inexecutable el artículo 51 y el artículo 87 de la Ley 30 de 1986

Conclusiones

1. A la sección de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal no llegan los verdaderos drogadictos, es decir, los alcohólicos, los adictos a la nicotina, a los derivados del opio, las benzodiacepinas y los barbitúricos.

2. A la sección de Psiquiatría llegan por lo menos 43% de personas no drogadictas, pero que de alguna manera son expendedores en pequeñas cantidades.

3. El tratamiento que se ordena en el Art. 51 de la Ley 30 es inconsistente y desconoce la real psicopatología del drogadicto.

4. Es muy cuestionable la cantidad considerada como dosis personal para las diferentes sustancias.

5. El Estatuto tiene un vacío en el manejo que debe hacerse con los que abusan de las drogas y no son drogadictos. Médicamente estas personas son las más susceptibles de un tratamiento y prevención de la drogadicción.

6. Da la impresión que el dictamen sobre drogadicción pretende ser utilizado como puerta de impunidad cuando se solicita se determine si son drogadictos los jíbaros o a las personas a quien se les ha incautado grandes dosis de estupefacientes.

7. A partir del año 1994, cuando fue despenalizado el consumo de la dosis personal, disminuyó notablemente la solicitud de estos exámenes. En promedio cada perito atendió de 0 a 1 caso por año.

Para terminar, debe decirse que el ser humano busca la seguridad, librarse de la ansiedad y depresión y ser feliz mediante el contacto estrecho y afectivo con los otros. El alcohólico y el drogadicto sustituyen a los seres humanos con sustancias tóxicas. Estas los protegen momentáneamente de la ansiedad, depresión y de las frustraciones inevitables que surgen en las relaciones interpersonales, pero a un costo biológico, psicológico y social grandes.

20. CONDUCTAS SEXUALES DELICTIVAS

20. CONDUCTAS SEXUALES

DELICTIVAS

A manera de visión abreviada de la historia de la sexualidad, podríamos decir que han existido tres marcadas tendencias que han nutrido a la Psiquiatría: Krafft-Ebing enfocó su estudio sobre la sexualidad anormal. S. Freud habló de perversiones o desviaciones sexuales calificándolas como signo de inmadurez, de falla en la represión del polimorfismo infantil o detención en la línea normal del desarrollo psicosexual; Havelock Ellis centró su estudio en la sexualidad normal. Su tesis central dice: "La diversidad de la sexualidad humana es casi ilimitada, e importante el número de variantes". Y estableció el un principio legal importante: "La función de la Ley debe circunscribirse a la prevención de la violencia, a la protección de la niñez y la juventud y a preservar el orden y la decencia públicos".

Siguiendo este orden de ideas los diferentes legisladores contemporáneos buscan hoy por hoy proteger la libertad, el honor y la seguridad sexuales; y las personas que reducen sus desviaciones o variantes al ámbito inocuo de la vida íntima sin lesionar a los demás son cada vez menos interferidos por las legislaciones.

Como psiquiatras forenses del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, examinamos con relativa frecuencia, a personas que de una u otra forma han incurrido en violación de normas sexuales, generando sufrimiento psíquico, lesiones personales y embarazos indeseados en sus víctimas.

El Instituto de Medicina Legal es apenas un Centro de Diagnóstico y sentimos con preocupación como los implicados en estas conductas delictivas no reciben asistencia psiquiátrica adecuada en los centros carcelarios cuando son reclusos y tampoco la reciben si quedan en libertad. No existen centros especializados en el manejo de urgencias de las víctimas de violación; atención que debe ser inmediata, adecuada e integral para evitar el establecimiento de secuelas mayores. Cuando el suceso se denuncia, queda el denunciante expuesto a un proceso de difícil y dolorosa confrontación con el Sistema de Justicia. Lo habitual es que a medida que avanza el proceso vemos llegar a los menores de edad a examen psiquiátrico casi denunciados como corruptores de mayores; a los varones violados tildados de homosexuales pasivos, porque el violador los acusa como tal y mientras tanto él niega ante sí mismo ser homosexual, porque considera que su conducta ha sido activa. Las mujeres con retardo mental, consideradas incapaces de memorizar son entonces llamadas confabuladoras y fantasiosas, a pesar que el reconocimiento Médico-ginecológico y el embarazo afirmen lo contrario.

Estos actos de acceso carnal y/o abuso sexual materializados mediante el uso de la fuerza, la coacción o el fraude, bien entre individuos del mismo sexo o entre personas de sexo opuesto y pertenecientes a nuestra realidad nacional, han sido la motivación central de presentar a ustedes un fragmento de nuestro diario trabajo con la certeza que algo haremos para que las consecuencias negativas derivadas de estas conductas disminuyan en el futuro.

Metodología

Durante el año de 1985 examinamos en el Instituto 51 personas sindicadas de delitos sexuales y 28 ofendidas de iguales delitos (cuadro No.1). Dichos exámenes fueron hechos para obedecer la solicitud de una Autoridad Judicial. En todos los casos seguimos el modelo o protocolo de peritazgo psiquiátrico del Instituto y complementados con los test psicológicos: Rorschach, Bender y cuando fuese necesario el Wais, realizados por la psicóloga del Instituto Dra. Victoria Villegas Mejía. El estudio electroencefalográfico se hizo tan solo cuando la clínica así lo exija.

El presente estudio fue replicado en el año 1993 y en el año 2000 para obtener resultados similares.

CUADRO No. 1 CASOS DE DELITOS SEXUALES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL BOGOTÁ - AÑO 1985

MUESTRA DE ESTUDIO

Sindicados	50	1	Total 51
Ofendidos	3	25	Total 28

UNIVERSO: 154 Casos

Muestra

La muestra de 79 casos examinados, forma parte del trabajo de un año y está contenida dentro de un total de 154 solicitudes, UNIVERSO de ese mismo año, de las cuales 12 no pudieron ser examinadas en forma total por diversas razones y 62 solicitudes fueron devueltas a los juzgados sin el respectivo examen, porque las personas implicadas no se presentaron. Preliminares observaciones en esta materia informan que los delitos sexuales son los menos denunciados. O que una vez puesta la denuncia se abandonaron. Entre otros factores por las amenazas del ofensor, el temor que no sea detenido o lo sea por muy poco tiempo.

Presentación y análisis de resultados

Aparecen 50 hombres y una mujer sindicados. Las mujeres en este tipo de delitos figuran raras veces y cuando aparecen es en calidad de cómplice, de referencia para atraer a la víctima. Se les conoce también como integrantes de bandas ejecutando conductas de lesbianismo. El caso aquí registrado corresponde al de una mamá que supuestamente suplicaba a su hija que accediera a la relación sexual con el padrastro para que éste no las abandonara. La denunciante no compareció al examen. En ofendidos hay superioridad de mujeres, pero los varones menores de edad o con déficit mental son también objeto de violencia sexual.

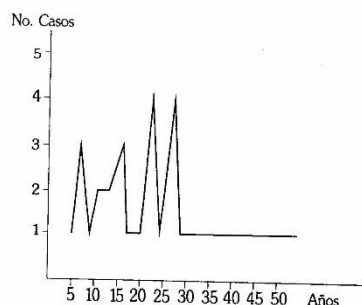
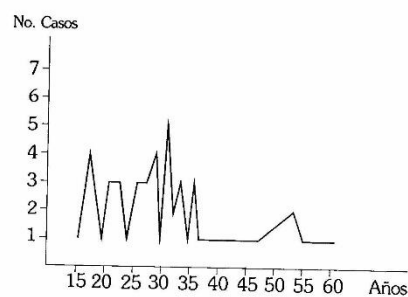
Edad: (Ver cuadro 2 y Gráficas 1 y 2). Representar gráficamente las edades nos permitió concluir para los sindicados que existen mayor frecuencia entre los 20 y los 30 años de edad, y una disminución hacia la ancianidad y la pubertad, sin que por ello pensemos que estas edades están exentas de incidir en estas conductas. Encontramos un niño de 15 años de edad, con apariencia más de ser víctima de violación, que sindicado. En cuanto a las edades de las víctimas no existen límites definidos. Encontramos un grupo grande desde los 7 años de edad hasta los 48, y en los reconocimientos de las 51 víctimas de los aquí sindicados aparecen cifras más extremas de 2 años y una anciana de 62 años.

CUADRO No. 2
EDADES DE LOS SINDICADOS Y OFENDIDOS
EXAMINADOS Y SU FRECUENCIA

Edad en años	Sindicados	Ofendidos	Edad	Sindicados	Ofendidos
6		1	26	3	
7		3	27	4	

9		1	29	1	
11		2	30	5	1
12		2	32	2	
15	1	3	33	3	
16		1	35	1	1
17	1		36	3	
18	2	1	37	1	
19	4		38		1
20	3	4	43	1	
21	1		47		1
22	3	1	48	1	
23	3	4	54	2	
24	1		55	1	
25	3	1	59	1	

Estado Civil (Cuadro 3). Existió una amplia mayoría de sindicados y ofendidos solteros. En menor frecuencia hay incidencia de casados, separados o en unión libre.

Edades de Ofendidos examinados y su frecuencia**Edades de sindicados examinados y su frecuencia**

CUADRO No. 3
ESTADO CIVIL DE SINDICADOS Y OFENDIDOS
Y SU FRECUENCIA

	Sindicados	Ofendidos
Solteros	31	27
Unión libre	8	1
Casados	7	28
Separados	5	
TOTAL	51	

Área de Procedencia (Cuadro 4). Analizada el área de procedencia de ambos grupos examinados notamos para los dos mayor incidencia en el área urbana. No tuvimos en cuenta el lugar de nacimiento por considerarse inoperante, pues siendo Bogotá una ciudad

cosmopolita, sería difícil encontrar alguna tendencia estadística y la factibilidad que el mayor número de casos corresponde a la zona Cundi-Boyacence obedece al sistema de regionalización de la Medicina Legal que se está imponiendo en el país.

CUADRO No. 4
ÁREA DE PROCEDENCIA DE SINDICADOS Y OFENDIDOS Y
SU FRECUENCIA

	Sindicados	Ofendidos
Urbana	36	19
Rural	15	9
TOTAL	51	28

Profesión u Oficio (Ver Cuadro 5). No existe profesión u oficio que inmune a una persona de incurrir en conductas sexuales delictivas; es así como el ramillete de profesiones encontrado es bastante grande, incluyendo profesiones como dijéramos popularmente "Quien lo creyera" hasta oficios aquellos de los cuales se dice; "De ellos todo puede esperarse".

CUADRO No. 5
PROFESIÓN U OFICIO DE SINDICADOS
Y SU FRECUENCIA

Profesor universitario	1	Odontólogo	1
Ingeniero de Sistemas	1	Jardinero	1
Catequista - Misionero	1	Carpintero	5
Auxiliar de Enfermería	1	Panadero	1
Técnico de Comunicación	4	Carnicero	2
Ayudante de Mecánica	5	Zapatero	1
Mensajero - Celador	3	Albañil	3
Vendedor ambulante	1	Aseadora	1
Jornalero rural	4	Recluso	1
Agricultor	10	Desempleados	4

En el grupo de las ofendidas hay superioridad estadística de las personas incapacitadas o inhabilitadas, de estudiantes de primaria o secundaria, empleadas en oficios domésticos, reflejando estas ocupaciones una situación de inferioridad psicofísica, o inferioridad por su minoría en edad, por formas de sometimiento u obediencia en el caso de parientes, relaciones laborales con formas de autoridad o con diferencias socio-económicas, demostrándose con esto que la violación sexual es más una conducta de poder o agresividad que de verdaderos contenidos sexuales. (Ver Cuadro 6).

Vínculo entre Sindicato y Ofendido (Cuadro 7). La violación no siempre resulta ser un asalto cometido por desconocidos, puede ocurrir en cualquier tipo de relación hombre-mujer, ésta puede cometerse contra parientes, amigas, vecinas, pacientes; en un contexto familiar, social, laboral, de recreación etc. En el cuadro se muestra favorable esta tendencia, permitiéndonos afirmar que más violaciones se suceden en las casas, que en los parques, callejuelas o zonas despobladas. La mayor parte de la violación es son premeditadas y no actos impulsivos. Los asaltos sexuales entre desconocidos se ven

acompañados sí de mayor agresividad y con el concurso de otros delitos y mayor frecuencia de la asociación de un grupo de asaltantes. El cuadro 8 muestra la frecuencia con que la violación fue cometida por más de una persona; también muestra casos en los que un padre, un tío incestuoso o un desconocido escogen para sí a una pareja o grupo de menores.

CUADRO No. 6
PROFESIÓN U OFICIO DE OFENDIDOS
Y SU FRECUENCIA

<i>Incapacitados</i>	<i>11</i>	<i>Estudiantes</i>	<i>12</i>
<i>Oficios domésticos</i>	<i>4</i>	<i>Secretaria</i>	<i>1</i>

CUADRO No. 7
TIPO DE DELITO Y SU FRECUENCIA Y VINCULACIÓN
PREVIA ENTRE SINDICADO Y OFENDIDO

	Parientes	Conocidos	Paciente	Desconocidos
Acceso carnal violento	13	18	1	1
Acceso carnal violento más lesiones personales	1			7
Acceso carnal violento lesiones personales				
hurto				4
Acceso carnal violento				
Secuestro				2
Acceso carnal violento				
Homicidio	1			1
Acceso carnal violento				
Extorsión		1		
Total	15	19	1	15

Cuadro 9. Varios de los casos graficados como Corrupción de Menores se han llamado inicialmente violación carnal que al no ser corroborados con la desfloración del himen, porque éste es complaciente; o bien porque la menor en cuestión fue imprecisa en su información, han ocasionado a ella y a su familia términos despectivos y acciones peyorativas y han motivado en el examen psiquiátrico las preguntas de sí es una menor mitómana, con precocidad sexual, fantasiosa o seductora.

CUADRO No. 8
RELACIÓN NUMÉRICA ENTRE SINDICADO Y OFENDIDO

S/ O		S/ O		S/ O	
Pa nd illa de ho m br es/ Co ntr a m uje r	1	Do s ho m br es/ Co ntr a ho m br e y m uje r	1	U n ho m br e/ C on tr a do s m uj er es en di sti nt os tie m po s	2
Tr es ho m br es / Co ntr a m uje r	3	Do s ho m br es/ Co ntr a m uje r	1	U n ho m br e/ C on tr a un a m uj er	5 4
Tr es	1	Un ho	1	U n	9

hom br es/ Con tr a ho m br e		m br e/ Co ntr a do s ho m br e y un a m uje r en dis tin tos tie m po s		ho m br e/ C on tr a un ho m br e	
Do s ho m br es y un a m uje r/ Co ntr a m uje r	1		1		

CUADRO No. 9
OTROS DELITOS SEXUALES, SU FRECUENCIA
Y VINCULACIÓN PREVIA ENTRE SINDICADOS

Y OFENDIDOS

	Parientes	Conocido	Desconocid
Corrupción de	1	17	1
Tentativa de Acceso Carnal			
Violento	1	3	1
Estupro	1		
TOTAL	3	20	2

Cuando los niños varones son enviados a examen en algunos casos lo rechazan, preguntando por qué se les considera enfermos y homosexuales. Lamentamos este hecho, pero hemos sido testigos del aislamiento y el rechazo familiar a que son sometidos los menores "posiblemente corruptos" para "que no contagien a los otros niños del grupo familiar".

Tipo de Familia (Cuadros 10 y 11). Analizamos algunas características familiares y personales, a pesar de obtener esta información con sindicados que se presentan al interrogatorio orientados por un apoderado y buscando obtener para su situación de reclusión un beneficio del examen, o de igual manera ofendidos que quisieran aparecer completamente sanos antes del lamentable suceso. Nótese una alta incidencia de abandono paterno, hogares maltratantes, orfandad y alcoholismo en el padre. Pero igualmente véase la alta frecuencia de hogares citados por los examinados al menos como "estables". Iguales antecedentes se registran en las familias de los ofendidos.

CUADRO No. 10
TIPO DE FAMILIAS HALLADAS EN LOS SINDICADOS
Y SU FRECUENCIA

Características	Número
Estable	19
Abandono Paterno	10
Hogar maltratante	8
Padre alcohólico	7
Hogar Inestable	7
Abandono de Padres	3
Padre fallecido	3
Padres fallecidos	1
Madre fallecida	1

CUADRO No. 11
TIPO DE FAMILIAS HALLADAS EN OFENDIDOS

Y SU FRECUENCIA

Característica	Número
Hogar estable	12
Abandono Paterno	10
Hogar inestable	4
Padre alcohólico	3
Padres fallecidos	2

Antecedentes Personales (Cuadros 12 y 13). En el rubro de los antecedentes personales registramos noxas sobre Sistema Nervioso Central con deterioro de la vida intelectual; pérdidas afectivas, maltrato infantil y defectos físicos congénitos o adquiridos, generadores de sentimientos de inferioridad, minusvalía con el consecuente sentimiento de incapacidad para obtener satisfacción sexual por caminos que no sean el robo o la estafa sexual. Encontramos el antecedente de adicción al licor y a los estupefacientes que generan debilitamiento de las normas morales y ticas. Cuadros de francas desviaciones sexuales, enfermedad mental psicótica y finalmente personas que no registran ningún antecedente patológico importante en el orden psíquico ni físico. Para los ofendidos igualmente existe noxas sobre Sistema Nervioso Central y enfermedad mental. También la privación afectiva infantil con la consecuente desprotección que los hace presa fácil de la maquinación de un asaltante. Es necesario resaltar que hubo casos en los cuales no se registró ningún antecedente.

CUADRO No. 12

Antecedente	Número	Antecedente	Número
Trauma intraparto	1	Violación homosexual	1
Trauma craneano	1	Homosexualidad	2
Síndromes convulsivos	2	Exhibicionismo	1
Privación afectiva y maltrato infantil	27	Zoofilia	1
Defectos físicos (congénitos y/o secuelas)	9	Promiscuidad sexual	7
		Hospitalización	
Alcoholismo	14	psiquiátrica previa	4
Farmacodependencia	9	Ningún antecedente	12

Antecedentes Judiciales (Cuadro 14). La perspectiva de los antecedentes familiares y personales, se ve reflejada de igual manera en los antecedentes judiciales, cuando encontramos personas sin antecedente judicial; otros muchos con varios delitos en su historia y varios reincidentes en el área de la conducta sexual delictiva. Contrasta si el historial jurídico en blanco de las víctimas, que casi todas las legislaciones consideran indispensable para la credibilidad de las quejas formuladas.

Diagnóstico Psiquiátrico (Cuadro 15). Hemos venido presentando sindicados que no registran ningún antecedente patológico personal, judicial ni de disfunción en su grupo familiar.

CUADRO No. 13

FRECUENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES
EN OFENDIDOS

Antecedente	Número
Trauma Intra-parto	2
Trauma cráneo-encefálico	1
Síndromes convulsivos	4
Privación afectiva	15
Maltrato infantil	2
Defectos físicos (congénitos y/o adquiridos)	1
Sordo mudo	1
Múltiples violaciones	1
Psicosis previa	1
Ningún antecedente	9

CUADRO No. 14
ANTECEDENTES JUDICIALES DE SINDICADOS
Y SU FRECUENCIA

Delito	Número	Delito	Número
1 Hurto	5	Lesiones personales	5
2 Hurtos	2	Fuga de presos	1
3 Hurtos o más	5	Secuestro	1
2 abusos sexuales	1	Corrupción de menores	1
3 abusos sexuales	4	Ninguno	31
1 Homicidio	3		
2 Homicidios	1		

CUADRO No. 15
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO DE SINDICADOS
Y SU FRECUENCIA

Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número
	1	Trastorno de personalidad tipo depresivo	8
Neurosis obsesiva	3		
Neurosis de ansiedad	1	T. de R tipo histérico	1
Neurosis depresiva	2	T. de P. Pasivo-agresiva	
Psicosis afectiva	2	T. de R esquizo-paranoide	3
Psicosis esquizofrénica	2	Sociopatía	14
Psicosis orgánica	2	Pedofilia	3
Delincuencia Grupo		Exhibicionismo	1
Retardo mental leve		Personalidad límite	4
Retardo mental moderado	2		

Ahora 5 personas que fueron diagnosticadas con trastornos neuróticos, que a los ojos de la sociedad son personas bastante normales. Algunos de ellos tan sólo bajo efectos del licor han infringido la legislación Colombiana en relación a la sexualidad. Encontramos 6 con trastornos psicóticos: 35 con trastornos de personalidad, con amplio predominio de la sociopatía al ser hallados 14 casos; 2 de delincuencia de grupo y finalmente 3 fallas en el área intelectual ocasionando conductas sexuales delictivas de hombres que sufren retardo mental.

La ley tiende a agrupar a todos los individuos que cometen delitos de connotación sexual, en un capítulo denominado "Delincuentes Sexuales". En la práctica psiquiátrica vemos que todos los delincuentes sexuales son diferentes y presentan un amplio abanico de trastornos emocionales que van desde los trastornos de personalidad a graves enfermedades psicóticas o lesiones orgánicas cerebrales.

Ellis y Brancale, aportan un procedimiento de clasificación que sigue siendo útil; y con los resultados de nuestros diagnósticos podríamos al unísono decir con ellos que existen:

1. Delincuentes sexuales normales, que no son desviados sexuales pero que han llevado a término actos sexuales ilegales.
2. Desviados sexuales que han cometido actos sexuales ilegales pero que son lo bastante estables y bien integrados como para mantener sus patrones de desviación sin tener dificultades en la vida pública.
3. Delincuentes sexuales y psiquiátricamente desviados, y que están tan perturbados emocional y mentalmente que con frecuencia son objeto de detenciones.
4. Delincuentes psiquiátricamente trastornados pero sexualmente no desviados que cometen actos sexuales ilegales a causa de sus trastornos generales más que por sus problemas sexuales, y que son detenidos con frecuencia.

Los psiquiatras debemos acostumbrar a los juristas a estos diagnósticos variables y por tanto a los tratamientos individualizados.

En el caso de los ofendidos (ver cuadro 16) tenemos en cambio una amplia superioridad de las diferentes formas del retardo mental, con 17 casos, 1 de síndrome mental orgánico y 10 casos normales, entre ellos tan solo un caso con rasgos histriónicos. Esta amplia superioridad de violación en jóvenes con déficit mental y en personas con pocos rasgos histriónicos contrasta ampliamente con la literatura

Las secuelas más comúnmente halladas corresponden a cuadros depresivos, con menosprecio, minusvalía, reproche, vergüenza, auto-acusaciones y bloqueo de la prospección. En los menores de edad resalta el apego ansioso a los padres, los cuadros regresivo-fóbicos y la pérdida académica.

Antes de finalizar es importante recordar las palabras pronunciadas **en** un Tribunal Judicial, Virginia U.S.A. "El principio que hace recomendable la vacunación obligatoria es el mismo que hace recomendable la esterilización eugenésica para disminuir enfermedades hereditarias".

Importante también mencionar la siguiente cita, que dicha en forma de sarcasmo contiene algunas verdades: "El hombre culpable,

alojado, alimentado, calentado, entretenido, a expensas del estado en una celda, ha pagado una deuda con la sociedad... pero la víctima tiene su consuelo, ello puede pensar que con los impuestos que paga al Estado ha contribuido al cuidado que ha tenido el criminal durante su permanencia en la prisión" (Prins 1985).

La situación nacional exige de los centros universitarios especialmente en las ramas de derecho, psiquiatría y afines el estudio cuidadoso de estos temas para que el tratamiento médico-psiquiátrico y el manejo legal de sindicados y ofendidos sea mejor, buscando disminuir la instauración de secuelas graves, programas estos que revertirían en beneficio a la comunidad.

21.Delitos Sexuales

Artículo elaborado por la Dra.MARÍA IDALJD CARREÑO SALAZAR y dirigido a la Dra. CLAUDIA BLUM DE BARBERI, Senadora de la República, para el debate de proyectos de Ley que reforman el régimen penal de los delitos contra la libertad y el pudor sexual. Octubre de 1995.

Es mi deseo hacer llegar una felicitación a los señores Congresistas que están adelantando el proyecto de Ley con relación a los delitos sexuales. Por intermedio de la Honorable Senadora Claudia Bloom de Barben quiero aportar información sobre este tema.

La palabra violación proviene del latin violare , y ésta a su vez de vis, que significa "fuerza". La violación es un acto de coerción y humillación en el que la víctima siente un miedo atroz a perder la vida, así como una profunda sensación de impotencia que difícilmente tiene parangón con cualquier otro suceso de su existencia (Hilberman, 1976, p. 437). La violación es un delito contra la persona, no contra el himen (Metzger, 1.976, p. 406). La violación es un trauma psíquico, físico y social de inmensas proporciones.

Diversos estudios (Groth, Burgess y Holmstron, enfermera, psicólogo y sociólogo) han demostrado que en todos los casos de violación se hallan presentes tres componentes: Poder, ira y sexualidad. La interrelación entre estos tres factores y la intensidad de su expresión llevan a estos autores a catalogar en dos los modelos de violación: Por Poder, donde el violador intimida y controla y por

Ira, donde libera su cólera sobre la víctima para desquitarse de presuntos y pasados agravios, recibidos de otras personas. Ellos encontraron en cifras que las violaciones por poder son de un 65 % y por ira un 35 %. Concluyen ellos que la violación es una conducta pseudosexual, porque es una expresión sexual puesta al servicio de emociones diferentes como la agresión, el control y el dominio.

Una observación básica es que los violadores y abusadores sexuales no son todos iguales. No existe un perfil único del violador. Antes que clasificarlos, (Laverde Rubio, Revista Colombiana de Psiquiatría volumen XXI número 4, 1992) ,expone algunos mecanismos psicológicos presentes en variadas proporciones en los distintos sujetos: a. temor inconsciente a la mujer del cual se liberan momentáneamente bajo la influencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas o mediante la indefensión de la víctima. Este temor reprimido puede ser sustituido por el odio, el cual se expresa mediante el hecho de colocar a la víctima en una posición inferior y degradada, donde el violador puede ejercer su dominio, b. La resistencia física de la mujer puede ser un elemento que se configure en fuente de excitación sexual, pues algunos hombres sólo logran la potencia sexual, venciendo la resistencia física de la mujer. En mi experiencia, he visto este componente muy claro en las violaciones en grupo y en hombres con tendencias homosexuales latentes, c. un fuerte componente sádico, el cual se hace evidente en los procedimientos empleados por el violador en contra de su víctima; este componente llega a su máxima expresión con la relación entre violación y asesinato, d. En otro grupo de violadores, este trastorno de la conducta sexual es el resultado de pobres mecanismos de control e inadecuación de su Yo, debido a alteraciones mentales graves como sucede en el retardo mental, procesos psicóticos (esquizofrenia) o en lesiones cerebrales (síndrome cerebral orgánico). Dentro de éste último especialmente las anormalidades en lóbulos temporales (Karpman, B. 1974. El crimen sexual y sus motivaciones. Buenos Aires: Horme). Segal M.M. (1963) (Impulsivo sexuality: some clinical and theoretical observations. 1. Journal Psycho-Anal. 44:407) , citado por Laverde Rubio, ha estudiado la sexualidad impulsiva , presente en algunos violadores y la relaciona con situaciones de pérdida o separación de un objeto necesitado, con los consiguientes sentimientos de ansiedad, vacío, soledad y depresión. Ese objeto necesitado en temprana edad fue la madre y su relación afectiva fue perdida.

La clasificación descriptiva de Brancale et. ais. , a mi juicio es útil para comunicarnos entre la Psiquiatría y la Ley por lo siguiente: El primer grupo llamado por ellos de delincuentes sexuales normales, que no son desviados sexuales pero que han llevado a término actos sexuales ilegales, agrupa personas con alteraciones leves de carácter o neurosis que por ejemplo bajo efectos del alcohol acceden carnalmente. Valga aclarar que sin el efecto del alcohol no lo hubieran realizado.

Segundo grupo: DESVIADOS SEXUALES que han cometido actos sexuales ilegales pero que son lo bastante estables y bien integrados como para mantener sus patrones de desviación sin tener dificultades en la vida pública. Con relación a esto dicen Masters, Johnson Kolodny, « algunas veces el violador comete una larga serie de agresiones planeadas de forma metódica. Esta clase de personas no siempre son de tipo asocial o inadaptado. En 1.983 por ejemplo el

Dr. Edward F. Jackson, un respetado profesional, miembro de la junta de gobierno de un hospital, fue declarado culpable de 21 violaciones cometidas en el lapso de 7 años y en otro sumario instruido con independencia del primero, se declaró culpable de otras violaciones (Facts on file) 18 de noviembre de 1983, pp. 879-880. Jackson que guardaba en su automóvil una lista con los nombres de las mujeres agredidas y la fecha del suceso, fue sentenciado a una pena comprendida entre los 191 y los 665 años de reclusión. Amplia difusión alcanzó el caso de Ted Bundy, antiguo estudiante de derecho, que fue declarado culpable de la violación y asesinato de varias mujeres. Estos casos muestran cuan «respetables» son algunos violadores atendiendo a las apariencias (Michaud y Aynesworth, 1.983)». Nuestro medio social no es diferente. El trabajo análisis psiquiátrico del incesto, de mi autoría, (en principios de Psiquiatría forense, Duran, L. y Carroño S. Ed. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1.989) corresponde al de un brillante profesional colombiano. Muy conocido también el caso de Camargo, colombiano encontrado culpable de un centenar de violaciones y asesinatos de jóvenes en el Ecuador.

Este grupo de sujetos con desviaciones sexuales logran realizar una conducta clandestina, sigilosa y sin testigos. Después en el enfrentamiento con la víctima es el testimonio de una mujer violada contra el de un hombre , o un padre de familia « respetable ». En cuántos procesos no he visto numerosas recomendaciones y firmas de autoridades eclesiásticas, civiles , militares y en general de personas prestigiosas de la comunidad, certificando de la buena conducta del sindicado y que siendo tan amable, generoso y caballero no podría realizar una conducta así. Este grupo genera muchas dificultades en el ejercicio psiquiátrico- jurídico , porque un perito no muy bien entrenado , diagnostica normalidad psiquiátrica forense. Hemos visto que estos dictámenes son entonces mal interpretados. La lógica jurídica aplicada a ese dictamen funciona entonces de la siguiente manera: « si es normal psíquicamente no puede haber realizado una conducta así». Si se diagnostica su desviación sexual , entonces el proceso se encamina hacia la exculpación por enfermedad mental. A mi juicio , estas personas podrían recibir un beneficio de atenuación por la psicopatología que presentan, pero deberían responder legalmente por sus actos. Lo que usualmente sucede es la impunidad. Este grupo contiene los individuos que reinciden en estos delitos. La impunidad estimula a que el sujeto siga infringiendo las normas cada vez con menos temor y más agresión. Los exámenes a estas personas deben ser realizados por profesionales debidamente entrenados porque un especialista que no cuente con la debida capacitación no percibe la desviación. Una madre decía en una ocasión que antes que seguir el proceso que adelantaba, había debido comprar un revólver para matar el perito que diagnosticó normalidad psiquiátrico-forense en su prometido que no estaba a su lado por ella, sino por su hija de 8 años de edad.

Tercer grupo: Delincuentes sexual y psiquiátricamente desviados. Es importante aclarar que esta división de sexualidad y psiquiatría es puramente académica y con fines clasificatorios, porque la sexualidad no debería desligarse del psiquismo. Pero para efectos jurídicos sirve expresar que si una persona además de su desviación sexual presenta otras patologías psiquiátricas, su alteración será mayor. Este grupo puede contener sujetos tan perturbados emocionalmente que suelen

ser objeto de detenciones frecuentes. Podría incluir los sociópatas y personalidades limítrofes.

Un cuarto grupo: Sujetos psiquiátricamente trastornados pero sexualmente no desviados, que cometen actos sexuales ilegales a causa de sus trastornos generales (más que por sus problemas sexuales) y que son detenidos con frecuencia. Este grupo puede contener personas con alteraciones psicóticas (esquizofrenia) y orgánicas (daño cerebral, retardo mental).

Los datos disponibles sobre los hombres que incurren en delitos de violación se basan principalmente en personas juzgadas y declaradas culpables. Esto ocasiona sesgos, ya que con frecuencia los capturados son los menos inteligentes, los más enfermos o los que tienen menos recursos económicos y sociales para su defensa. Resumiendo observaciones acumuladas por distintas fuentes para USA (Amir, 1971; Rada 1.978; Groth 1979; Wolfe y Baker 1.980), es posible avanzar algunos datos generales sobre los violadores que han sido condenados. Son los siguientes: El 85 % tenía antecedentes penales, el 80% no llegó a terminar los estudios de bachillerato, el 75% tenían menos de 30 años, el 70% no estaban casados, el 70% no conocían a sus víctimas, el 60% pertenecían a minorías raciales, el 50% eran alcohólicos o estaban embriagados cuando cometieron el delito, el 15 % eran reincidentes.

Una observación cotidiana en mi experiencia como psiquiatra forense es la elevada inasistencia de los sindicados al examen psiquiátrico. Son solicitudes tardías y con personas que gozan del beneficio de libertad vigilada y no comparecen al examen. Por esto los registros estadísticos anuales, de la sección de psiquiatría forense, no son representativos de la magnitud del problema. Dos alumnas de Trabajo Social que realizan una tesis de grado con mi dirección y colaboración, asistieron a uno de los tres turnos diarios del Instituto y aplicaron un cuestionario de investigación a 30 mujeres violadas en dos meses, agosto y septiembre de 1.995. Entre tanto los registros anuales de examen psiquiátrico a sindicados oscilan entre treinta o cuarenta casos por año. Y los registros judiciales y policivos nacionales están muy distantes de las cifras atendidas en los Hospitales y centros de salud mental. El año 1.985 fue cuidadosamente estudiado todo para una investigación y fueron 51 casos (Carreño Salazar Ma. Idalid, op.cit).

Los delitos sexuales han aumentado y sin embargo para el año de 1.993 la estadística en psiquiatría informó el análisis de 23 sindicados y en el año 1.994 31 casos (Martínez, A. de la Hoz, N. inédito). De enero a septiembre de 1.995 hemos examinado un total de 33 sindicados.

Las historias que conozco en mi trabajo pericial son tan dolorosas que una basta para afectarnos emocionalmente. Los nombres que daré a continuación no son reales. Juanita tiene 16 años de edad, su inteligencia es subnormal, la pretende un joven de su barrio, conductor de bus y la invitó a una cafetería. Estando allí con él, llegaron un grupo numeroso de compañeros de él, la subieron a un bus y la accedieron brutalmente. Además del sadismo y el trauma las posibilidades de embarazo para ella en nuestro país son del 100%.

Carlos está en una esquina y ve pasar a Diana, colegiala de 10 años. Impulsivamente le sube la falda y quiere tocarle los genitales. Ella grita y los adultos que la rodeaban la protegieron. Capturaron al individuo y lo entregaron a la policía. Este fue duramente golpeado

por sus captores y los agentes. Es un hombre que no conoció su padre, su madre lo dejó a su abuela. Creció bajo el cuidado de la anciana y desde sus 7 años de edad era abusado sexualmente por jóvenes de su vecindario. Es una persona con tartamudez e inteligencia deficiente. La niña colegiala fue llevada a formular la denuncia y enviada para reconocimiento ginecológico, a pesar de la oposición de la familia. Este examen en mi opinión es innecesario. En forma súbita una niña de 10 años de edad es víctima de una caricia sexual. Probablemente un intento de violación. Pero por qué si se salvó de esto, debe terminar en un examen ginecológico? En varias ocasiones y con otros colegas hemos planteado la necesidad, que en el pregrado de la carrera de Derecho se incluyan temas de ciencias de la salud que formen para nuestro país abogados, comisarios y juristas diferentes. Estas áreas propuestas son Psicología Social y Psicología Evolutiva. De la misma manera pensamos que los profesionales del Derecho que trabajen con áreas de la conducta humana, como especialistas en familia y en derecho penal deben tener preparaciones especiales en estas áreas y ojalá algún entrenamiento psicodinámico y psicoanalítico. No es loable, sentir que nuestros Jueces funcionan con los mismos prejuicios culturales y sociales que el resto de la población. Deben ser un sector que se diferencie por sus cualidades humanas y académicas.

Conocimos por los periódicos de una violación en un bus ejecutivo. No fue la única. La semana pasada una joven de 19 años de edad, a las 12 del día, fue accedida carnalmente por dos hombres dentro de una ruta de un bus ejecutivo. Existen residencias, hoteles y moteles que permiten el ingreso de varios hombres con una sola mujer a sus habitaciones. No es ingenuidad como pretenden que se crea, es complicidad de propietarios o administradores de estos establecimientos.

La violación no es solamente un atentado a la libertad y el pudor sexuales. Es un ataque contra la integridad biológica, psicológica y social de quien la padece. Las consecuencias de éste trauma, extienden sus efectos nocivos más allá de la tercera generación. La siguiente historieta ilustra esta afirmación: Eva, la última mujer que he atendido antes de escribir este artículo, era madre de dos hijos cuando fue violada por su hermano. Este llegó al hogar en estado de embriaguez. Todos sus familiares se opusieron a la denuncia para que Juan no fuera a la cárcel. Se mantuvo el hecho en silencio y fue alentada para tener la hija producto de éste embarazo. La menor cuenta ahora con 10 años de edad. Tiene unos ojos de una profunda tristeza, dice que no quiere ver a su madre porque ésta no la acaricia ni la mimaba como a sus otros hijos. La obligaba a esconderse en la casa cuando tenía visitas. La golpeaba y le negaba el alimento. La niña tiene bajo peso, baja talla, está desnutrida y tiene numerosas cicatrices y heridas en su cuerpo que dan cuenta del maltrato físico crónico. Eva quiere que la niña siga en una Institución o sea adoptada

por alguien que la quiera. Dice que ella no quiere esa hija porque no fue deseada. En mi desempeño profesional he repetido que la causa principal del maltrato físico se remonta a que el niño maltratado ha sido un hijo no deseado. Qué podrá hacer una institución o unos padres adoptantes con ésta niña? Y si es madre qué podrá aportar a sus hijos, más allá de su sufrimiento y su venganza? Estas deficiencias afectivas presentes en padres y madres son una causa muy importante generadora de violencia. La violencia es ausencia de afecto, ausencia

de amor.

Volviendo al tema de los Estados Unidos y de otros países mas desarrollados que el nuestro, los delitos sexuales tienen un manejo diferente que comienza desde la concepción de la naturaleza del delito. Son delitos violentos. Aún los que se realizan con una menor y sin el despliegue de la violencia física. No es acaso violencia, acceder carnalmente una niña o niño de 6 años que en su repertorio motriz y verbal carece de todos los elementos para su defensa? En algunos Estados de los Estados Unidos, como por ejemplo La Florida, por el sólo hecho de suceder en un menor de edad tiene un agravante, justificado por el impacto perturbador emocional sobre el futuro desarrollo psicosexual del menor. Lamento en cambio como en nuestro medio, los procesos de los niños se invierten con frecuencia. Los funcionarios judiciales nos mandan examinar las tendencias fantasiosas, mitómanas, seductoras de las niñas o los componentes homosexuales de los niños; o que examinemos si las menores tienen vida sexual activa. Percibo que en estos los funcionarios judiciales buscan en la estructura de personalidad de los menores, atenuantes y disculpas para la conducta del adulto. Repito, en otras naciones es un agravante si se trata de un menor y de esta manera no son sometidos los niños a valoraciones psicológicas o psiquiátricas en forma rutinaria.

En otros países como en Holanda existen medidas preventivas. La red de incestuosos. Ante una mínima sospecha de incesto en una familia, todo el grupo familiar es estudiado. Como es lógico esperar, aparecen otros miembros igualmente incestuosos y son puestos en tratamiento.

Los Equipos Multidisciplinarios de Trabajo para atender los casos de violación han dado buenos resultados en otros países. Se trata de grupos de profesionales distribuidos adecuadamente en las ciudades. Localizados en Hospitales estatales y particulares y en centros de salud. También localizados en los sitios de denuncias de casos de violación, como Unidades Judiciales de policía, Comisaría, Inspecciones. Estos equipos están conformados por un Psiquiatra-Psicoterapeuta, ginecólogo, pediatra (para menores), psicólogo, Trabajador Social, Asesor jurídico y antropólogos en algunos casos. Este grupo de profesionales atiende oportunamente las necesidades médicas, psíquicas, jurídicas y sociales de las víctimas.

Pero fundamentalmente y lo que es muy importante, estos equipos al igual que todos los profesionales que de una u otra forma se enteran de un caso de violencia sexual, informan a una Red de divulgación y prevención de los delitos sexuales, para que los Estados puedan trazar políticas preventivas. La víctima no es forzada a formular la denuncia, pero en todos los casos los funcionarios que atienden los aspectos de la violación denuncian el hecho, para registrar el sitio, la hora, las modalidades de acción por ejemplo en el caso de los asaltos por desconocidos, lo que facilita la captura de estas personas en flagrancia. En nuestro país poco se ha hecho al respecto. Sabemos de sectores de la ciudad en donde con mayor frecuencia ocurren estos fenómenos y a pesar de ello no se toman las medidas preventivas. Estas responsabilidades no deberían estar solamente en poder de unas autoridades, porque el monopolio genera impunidad. En los sindicatos de violación hemos encontrado agentes de la policía, ex-agentes y personas disfrazadas de agentes. Si la institución de la

policía no fuese la única encargada de esta vigilancia serían más fácilmente detectables aquellas personas que aprovechando su función de proteger abusan de su autoridad.

Desde los años 1.980 se han incorporado elementos positivos en la investigación de los casos de violación y en los procesos legales, en los Estados Unidos, según expresión de Moody y Hayes y separadamente Lasater.» Por ejemplo en muchos estados el abogado defensor ya no puede sacar a relucir el pasado sexual de la mujer». Acá debemos comenzar por no sacar a relucir el pasado sexual de niños y niñas, después mujeres y hombres. Tampoco se exige que la mujer « demuestre», exhibiendo señales de daños o lesiones físicas», que opuso resistencia al violador. Una de las diferencias biológicas irrefutables entre hombres y mujeres es la superioridad osteomuscular del hombre. El tema de la resistencia al violador es culturalmente un tema muy acentuado. En una reunión con Fiscales que atienden casos de delitos sexuales presenté el caso de una sordomuda , de un biotipo pequeño, casi infantil y una funcionaria mujer exigía para la tipificación de ese acceso carnal pruebas de la resistencia de la joven, de lo contrario podría haber sido un acto consentido. En otra ocasión nos preguntaban si una mujer accedida carnalmente en una buseta hubiera podido librarse de sus tres asaltadores. También he visto casos de desproporción física contra niños púberes o adolescentes de parte de hombres adultos y contra hombres normales de parte de hombres armados.

Expresan Masters et al. con relación nuevamente a los Estados Unidos que «por lo general la policía hace gala de mayor delicadeza en el trato con las víctimas de una violación». No las someten a preguntas como « la pasaste bien»? « te gustó hacer el amor» «obtuviste placer?». «Este tipo de preguntas tiene poco que ver con la captura del violador y traslucen por el contrario, pura curiosidad o ansia oculta de dar pábulo a los apremios sexuales de los funcionarios» (Gager y Schurr 1.976, pág. 68).

En nuestra legislación existe un artículo de urgente comentario y es el de la extinción de la pena si el sindicado contrae matrimonio. Cómo organizar un hogar, una pareja en armonía, cuando su primer encuentro de intimidad ha estado mediado por la coerción, la ira y la humillación de la otra? En algunos casos muy especiales en los cuales existían algunas posibilidades futuras de armonía , estos matrimonios convivieron unos pocos años en un ambiente de reproche y maltrato verbal y psíquico, procrearon hijos y finalizaron en ruptura conyugal. En los estrados judiciales actualmente se insiste en esta modalidad, que es muy censurada por nuestro punto de vista psicológico. Una menor de edad que quedó embarazada era instada el día de la audiencia pública por los familiares del sindicado y por los funcionarios judiciales a que aceptara el matrimonio para favorecer al sindicado.

La menor volvió su rostro ante la perito que la había atendido para preguntarle qué contestar. Propio de una menor de edad preguntar en éste caso qué es lo que debe hacer.

La incidencia de delitos sexuales en nuestro país está en aumento. Si no introducimos medidas correctivas podríamos llegar a la situación de los Estados Unidos en los años de 1.981. Dicen Masters y Johnson para esa época: «según estadísticas del FBI, en 1.981 hubo en los Estados Unidos 82.000 violaciones con fuerza o intimidación (FBI Uniforme Crime Reports, 1982). La mayor parte de los estudiosos

del tema y las autoridades policiales estiman que las violaciones denunciadas constituyen sólo una pequeña parte de las que se producen en realidad, por lo que nada tendría de extraño que la cifra de violaciones por año superase el medio millón (Brownmiller, 1975; Gager y Schurr, 1.976; Nadelson, 1.977). Una evaluación reciente pone de relieve que 1 mujer de cada 6 será víctima de un intento de violación en su vida y que 1 de cada 24 será efectivamente violada (Nelson, 1980). Este fue el problema de los Estados Unidos en los años 1.985, pero actualmente debemos aprender de ellos y de la implementación de medidas legales que tuvieron que afrontar para combatir este flagelo.

Vislumbro que podemos tener un auge de la figura denominada Estupro. Hago esta afirmación porque ya he atendido casos de adolescentes que han quedado en embarazo, en parte, por los programas de información sexual y de planificación familiar impartida en los colegios. Explico: Si en forma conjunta tanto a hombres como a mujeres, les explican por ejemplo el método del ritmo en el colegio y les quitan el temor del embarazo, el joven tiene mayores elementos de presión sobre la joven para que acceda a la relación sexual. Como la sexualidad era su único objetivo, huye de la relación ante el embarazo de la joven. En una cultura como la nuestra, en donde la conquista sexual es un triunfo para el hombre, es muy peligroso derribar los diques que aunque débiles ayudan al ejercicio mas responsable de la sexualidad. Considero importante revisar una y otra vez los contenidos informativos que se dan en los colegios y enfatizar en la importancia de la castidad del adolescente. A ese respecto decía Bruno Bettelheim: « causa mayor daño al adolescente la no práctica del deseo de castidad que la represión de la sexualidad». Se entiende por castidad, el deseo de mantener su cuerpo inviolado, respetable para el mismo y para los otros, considerándolo psicológicamente como su propio dominio». (Bettelheim, B. Educación y vida moderna, Grijalbo, Barcelona 1.952). La castidad es un requisito indispensable y una garantía para el ejercicio de una sexualidad responsable.

22. ANÁLISIS PSIQUIATRICO DEL INSESTO

En la práctica diaria de la sección de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, atendemos personas sindicadas de delitos que generalmente está en estrecha relación con la estructura de personalidad del examinado.

Durante 12 meses de trabajo (Julio 1985-Julio 1986) realizamos 1.688 exámenes de los cuales 216 (12.18%) correspondieron a delitos sexuales y *entre* estos 28 denuncias correspondieron a incesto, o sea 1.65%. Estudios realizados en los Estados Unidos sobre este mismo tema estiman que los delitos de incesto, como porcentaje de los delitos sexuales en general oscila entre un 2.4% y un 6.3%. La práctica psiquiátrica clínica nos demuestra que un gran porcentaje de estas conductas no se denuncian. La vergüenza y la culpa o la menor edad de las ofendidas en estas conductas hacen casi imposible su denuncia.

De los 28 casos de incesto hemos seleccionado la historia clínica correspondiente a un núcleo familiar integrado por sus dos progenitores y sus seis hijos: cuatro mujeres y dos varones comprendidos entre las edades de 21 años la hija mayor y ocho años el hijo menor. La conducta incestuosa padre-hijas comenzó cuando la hija mayor se acercó a la edad de 8 años por tal razón transcribimos a ustedes dos artículos de nuestro código penal que tienen que ver con el tema: "El Artículo 303 establece que el que acceda carnalmente a persona menor de 14 años incurrir en prisión de 1 a 6 años. El Artículo 259 del Código penal dice el que realice acceso carnal u otro acto erótico sexual con un descendiente o ascendiente, adoptante o adoptivo, o con un hermano o hermana, incurrirá en prisión de 6 meses a 4 años".

Como primera objeción a nuestro código penal tendríamos el que sería erróneo considerar como de menor gravedad, reflejado en la menor pena, el incesto cuando esta conducta, por provenir precisamente de la persona que debe prestar protección y cariño ocasiona mayor daño psicológico que si el acceso carnal se comete por un extraño. Por tal razón dedicar los siguientes renglones al tema del incesto y la violación.

Dice Henderson, que aunque hay pruebas convincentes de que el incesto es preocupación universal, su discusión abierta rara vez se produce. Incluso en la literatura psiquiátrica y psicoanalítica la atención prestada al tema dista de ser proporcional a su importancia. En nuestra sociedad occidental es condenado como pecaminoso por la iglesia y constituye una ofensa desde el punto de vista legal.

Por definición el incesto se refiere a la incidencia de relaciones sexuales entre parientes carnales. Pero también a situaciones entre padrastro e hijastro o entre hermanastros lo que abarcaría individuos de una misma unidad socializadora.

Se han descrito varias formas de incesto a saber: incesto padre-hija que reviste la mayor frecuencia, incesto entre hermanos; incesto abuelo-nieta, incesto tío-sobrino, incesto tía- sobrino, incesto madre-hijo que ocurre con la menor frecuencia de los anteriores y que

generalmente se acompaña de mayor psicopatología de los participantes.

El incesto ha estado presente en todos los grupos socioeconómicos y algunas formas fueron permitidas o al menos tácitamente aceptadas por las familias reales de Egipto, Grecia y Japón. Las conductas incestuosas son más detectables en las familias de niveles socioeconómicos inferiores que en las familias ricas.

Se ha hablado de la pobreza y el hacinamiento como factores asociados al incesto. Lutier en 1961 insistió en el AISLAMIENTO SOCIAL como la variable demográfica de mayor importancia en el incesto. *Rhinehart en 1961 asoció el incesto a los desajustes socioeconómicos acompañados de desorganización social en medios con restricciones morales laxas. Estas variables económicas continuaban cuestionadas pues es sabido que, la mayoría de las personas que llegan ante los tribunales son de baja posición social, de forma que los casos de incesto sucedidos en ese medio reflejan unas condiciones generales de vida.*

El análisis del siguiente caso clínico pretende demostrar a ustedes conductas que escritas en los textos psiquiátricos parecen fantasías, rarezas o excentricidades de la teoría y presentarles algunas consecuencias médico legales por las conductas psicopatológicas de los seres humanos.

El Padre de este núcleo familiar es un hombre de 48 años de edad con estudios universitarios. Sintió a sus padres como personas frías, distantes, poco afectuosas. Su padre fue cruel y castigador. Ellos gozaban de prestigio social en su medio ambiente.

El examinado fue apreciado por su buen rendimiento académico. De adolescente burlaba las normas escolares, sin remordimientos y con la certeza que nunca pensarían sus profesores que él era el autor de las faltas. Ingresó a la vida militar pero se retiró voluntariamente por no tolerar su disciplina.

Inició su vida heterosexual en prostíbulos llevado por el padre. Cursó 4 años de estudios médicos con mal rendimiento académico por dedicarse a conductas de promiscuidad sexual y consumo de licor. Contrajo matrimonio con una joven universitaria a escondidas de los padres de ella y para afrontar las responsabilidades económicas iniciaron su vida laboral como docentes. Allí se destacó como líder sindical y buen orador.

La misma noche de bodas comenzó su conflicto conyugal al pensar que su mujer no era virgen, creía que había sido engañado y ella debía ser la mamá del que decían ser su hermano menor. El análisis de este caso hace pensar que la señora tuvo himen complaciente. Al mes de casados inició agresión física a su esposa constituyendo una relación conyugal sadomasoquista de magnitudes importantes. Presentaba hipersexualidad, aun para la época del puerperio inmediato de su esposa.

Como ella no correspondía a ese ritmo instauró una conducta de violencia física para obligarla. Quería utilizar diversos consoladores contra la voluntad de su pareja. Creía que su pene era pequeño y buscaba aumentarlo de tamaño en forma artificial. Observaba una conducta excelente fuera de su hogar y ante sus familiares cercanos.

Cuando su hija mayor tuvo 6 años de edad, empezó a someterla a caricias erótico sexuales y a los 8 años de edad bajo el pretexto de ir a una visita familiar la llevó a una residencia clandestina en donde después de unas escenas de agresión física, golpes en el abdomen y

en la cara, palabras soeces y amenazas, realizó acceso carnal y después la sacó en brazos de ese lugar. Desde entonces organizó sobre su hija una severa vigilancia y un ambiente de terror que le garantizó el silencio de la niña y la continuidad de estas prácticas (en ausencia de su mamá) encerrado en la alcoba de su casa, en los paseos donde compartían lecho o cuando la sacaba de la casa o el colegio, donde él era profesor, a residencias de parejas con algún pretexto familiar. Igual conducta presentó con sus dos siguientes hijas cuando llegaron a las edades de 10 a 12 años pero en menor intensidad que con la hija mayor por quien siempre mostró mayor inclinación. Siendo la hija mayor estudiante de bachillerato quedó en embarazo y fue sacada por su padre con permiso del colegio y llevada en busca de atención ginecológica. Se presentó él como un padre comprensivo que apoyaba a su hija ya que el novio la había engañado. Esta situación se repitió por segunda vez y después de ésta, el padre adoptó el uso de preservativos para la relación sexual.

Como mecanismo de presión para no ser delatado empleaba la agresión física y cuando la madre notaba a sus hijas golpeadas él argumentaba que era por el mal comportamiento de ellas y para su formación. Recurría a constantes chantajes a las hijas diciéndoles que golpearía a la mamá, la despediría de su hogar o la llevaría a un sitio aislado para convivir tan solo con ellas.

Las amenazas de muerte y la vigilancia era extrema llegando a impedirles salir a casa de sus familiares o permanecer mucho tiempo tan solo con la mamá. Con el hijo mayor presentó un comportamiento de crueldad y sadismo y lo mantenía distanciado de las relaciones familiares. El menor estaba aun protegido de este trato por su corta edad.

Las pruebas psicológicas aplicadas a este padre de familia (Rorschach, Bender) muestran "que tiene de sí mismo una imagen débil e insegura que oculta tras una fachada intelectual. En cuanto a su desarrollo se observa la presencia de unas figuras parentales, madre y padre, frías, que le impidieron el desarrollo afectivo, la identidad y los sentimientos de reconocimiento del otro, elementos que lo dejaron en un infantilismo en estas áreas, y que logró superar a través del intelecto. La relación sexual es para él una relación narcisista con claros componentes de homosexualidad ya que sólo puede realizarse a través de su propia imagen. El tono afectivo es de frialdad esquizoide con elementos depresivos. Ostenta agresividad que internaliza como formación reactiva de su debilidad. Su nivel intelectual es promedio. El pensamiento de tipo lógico, coherente, con un lenguaje prolijo y acentuación de la simetría en las interpretaciones, elementos indicativos de ocultamiento y manifestación de trastorno de personalidad". Dubreuil hablando con relación al hombre incestuoso decía que reconstruía a su familia según el modelo de un reinado, en donde él era la autoridad absoluta.

Diversos autores psiquiatras entre ellos Winberg, han agrupado a los padres incestuosos en tres categorías. La primera dada por personalidades introvertidas con extrema orientación endogénica y una desproporcionada investidura de las características de la familia nuclear; la segunda categoría estaría formada por personalidades psicopáticas propensas a una promiscuidad indiscriminada y la tercera por padres psicosexualmente inmaduros con tendencias pedofílicas que se extienden hasta su propia hija. En el caso que nos ocupa hallamos **en el** examinado un trastorno mixto de la personalidad con rasgos sociopáticos y paranoides. Exhibía características de los tres grupos

antes mencionados, pero con predominio de la estructura sociopática de personalidad. Esta estructura de personalidad, es normal a los ojos del profano, además se muestran simpáticos, amables, con especial atractivo, encantadores y sus capacidades intelectuales las orientan hacia la manipulación. Todas estas habilidades los hacen pasar como personas respetables ante sus juzgadores, como incapaces de realizar tales conductas, circunstancia que hace muy difícil la comprensión del caso por parte de los legisladores. Pero desde el punto de vista psiquiátrico forense conservan las capacidades de comprensión y autodeterminación de sus actos.

La madre de este grupo familiar una mujer de 43 años de edad cursó estudios secundarios interna en colegio de religiosas, sus padres se opusieron a su noviazgo por considerarse de mejor condición socioeconómica. Contrajo matrimonio a escondidas presionada psicológicamente por la culpabilidad que sentía al considerarse devaluada por las caricias con su novio.

No había tenido relaciones sexuales prematrimoniales, pero pensaba que hubiera podido perder su virginidad por la masturbación y vivió agradecida con el esposo porque no la devolvió a su hogar la primera noche de matrimonio. Continuó sumisa, dependiente, temerosa y maltratada física y verbalmente, era golpeada y obligada a la relación sexual cuando se negaba y era accedida carnalmente en el pos-parto inmediato (5 a 8 días). Dijo nunca haber tenido orgasmo con su esposo pero simuló siempre estar satisfecha con la relación. Fue desplazada por él de los quehaceres domésticos y del cuidado de sus hijas. Sentía celos con las niñas y notaba extraña la conducta de su esposo con ellas pero concluía que podía ser morbosidad de ella. Ante sus familiares presentó siempre a su cónyuge como un modelo de esposo y padre, nunca delató sus conductas, siendo incapaz de defenderse y de proteger a sus hijos.

Lusting y colaboradores al hablar del incesto dicen que la madre fuerza a la hija a llevar la pesada carga de la responsabilidad asumiendo el papel de esposa y amante del propio padre, absolviéndose ella de tales funciones, que por demás le son desagradables. Dicen también que tal conducta es una transacción que sirve como defensa para proteger y mantener la disfuncional estructura de la familia. Definieron también ellos cinco condiciones para que una familia disfuncional viole el tabú del incesto:

- Instauración de la hija como figura femenina central desplazando a la madre. Estos padres colocaron a su hija mayor en este papel.
- Cierta grado de incompatibilidad sexual entre los padres. En el presente caso existía hipersexualidad en el hombre y frigidez en la mujer.
- Imposibilidad del padre para buscar una pareja fuera de la familia nuclear, puesto que necesita mantener una fachada pública de patriarca estable y competente. En este caso cuidaba celosamente su prestigio como profesor universitario.
- Miedo a la desintegración familiar y al abandono. Eran síntomas protuberantes en ambos padres.
- Aceptación tácita de la madre no participante que absuelve y secunda como cómplice.

Por lo general también los casos de incesto Padre-Hija aparecen al final de la tercera o al iniciarse la cuarta década de la vida, período en el que acostumbra establecerse cierto estrés conyugal.

La hija mayor desde muy niña sentía a su padre como autoritario y déspota, pero sin embargo dice que vivió feliz hasta sus seis años época en la cual él inició una conducta libidinosa con ella. Le demostró especial dedicación y de esta manera la bloqueó en su espontánea comunicación con la madre y no le permitió tampoco amistades ni juegos infantiles. Creció aislada, silenciosa e irritable. Derivaba la ira que sentía contra su padre en el maltrato a sus hermanos menores. Desde pequeña tuvo deseos de huir de su hogar o de suicidarse, fue una estudiante de bajo rendimiento académico y su padre no le permitió desempeñarse en actividades artísticas ni eventos deportivos ni aun dentro de las aulas escolares. Ella se sentía diferente a sus compañeras de colegio. Cuenta que cuando niña su padre la dominaba muy fácilmente, pero que ya en la pubertad y en la adolescencia; cuando ella podía oponer mayor resistencia, el padre llevaba consigo una aguja, la que empleaba para pincharla y obligarla a mantenerse quieta y callada durante la relación sexual. Expresa también que él nunca utilizó una táctica cariñosa o seductora sino agresiones físicas y verbales. Estando en sus últimos años de bachillerato presentó su primer embarazo y su padre sin mediar ninguna conversación la llevó a la práctica de su primer aborto, dice que en el sitio donde fue atendida tampoco hubo ninguna conversación con el personal médico o paramédico que la atendió.

Escogió una carrera donde no tuviera varones como compañeros de estudio, inclinándose por la educación pre-escolar para poder tratar con niños que le recordaran sus años tranquilos de infancia. Es de notar que optó por una profesión igual a la de sus padres. Ya en la universidad su padre continuó cuidándola y vigilándola, al extremo de rumorarse que estaba enamorado de su hija. A la edad de 18 años y posterior al segundo aborto comunicó a su madre y una tía paterna lo sucedido; ellas en primera instancia formularon una denuncia penal pero luego a solicitud de los familiares paternos desistieron de la misma.

Las dos siguientes hijas declararon haber vivido similar situación que su hermana mayor, con intensidad menor y un comienzo más tardío: hacia la edad de 10 años. Informan que su padre las encerraba tan solo en ausencia de la hermana mayor.

La segunda hija dice haber tenido varios noviazgos cortos a escondidas de su casa y que los terminaba porque tenía un sentimiento de indignidad de sí misma y desconfianza con los jóvenes que la motivaba a abandonarlos al corto tiempo de haberlos conocido. Con la menor de las hijas tan sólo había tenido caricias eróticas. Finalmente asociadas las dos hijas mayores se fugan del hogar y formulan contra su padre denuncia penal.

Sometidas estas jóvenes a valoración ginecológica como uno de los posibles exámenes que corroborarían la veracidad de su denuncia fueron encontradas vírgenes las cuatro jóvenes. Con un himen elástico, dilatable, complaciente, sin evidencia de desgarros. Resultado éste que permitía pensar y en efecto el padre y su abogado defensor argumentaron que se trataba de una calumnia de las hijas contra su progenitor por su conducta rígida y normativa en el hogar o posiblemente instigadas por la madre para vengarse por las desavenencias conyugales.

El segundo reconocimiento ginecológico de la hija mayor para examinar específicamente el cuello uterino, habla de la presencia de un orificio cervical abierto, que no sería el correspondiente a una mujer núlpara siendo indicativo de embarazo y, maniobras abortivas. De igual manera encontraron las historias clínicas en los centros médicos y en las fechas que ella informaba haber recibido atención ginecológica. Bien podemos preguntarnos ¿cómo hubiera finalizado este caso, si no hubiera existido embarazo, abortos e historias clínicas? Estos aspectos favorecieron a estas jóvenes para no pasar a la lista de las que supuestamente denuncian falsas violaciones. El padre para entonces había argumentado ante el Juzgado que seguramente sus tres hijas mayores no eran vírgenes porque habían tenido en el pasado mala conducta, amigos y noviazgos varios, visitas y salidas a escondidas con sus amigas de colegio y que él tan solo podría afirmar que su hija menor era la que hasta el momento había guardado obediencia y buen comportamiento.

Esta situación fue vivida durante varios años después de haber sido de pleno conocimiento de los integrantes del grupo familiar. La esposa no podía concebir que sus padres y hermanos se enteraran de esa conducta de su esposo, fueron las dos hijas mayores las que formularon denuncia penal con el siguiente abandono del hogar y la desintegración del grupo familiar. Pero si bien es cierto sentían haber conseguido una liberación de las agresiones paternas, se encontraban ansiosas y confundidas por la divulgación de una conducta que las demeritaba en su autoestima; había sido conocida por un grupo grande de familiares y numerosos funcionarios ante los cuales habían debido acudir, habían tolerado careos con su padre quien valga la pena mencionar les preguntó que sí eso sucedía por que no lo habían denunciado tiempo atrás y si no tenían acaso una responsabilidad compartida por haber guardado silencio. En estos procesos se plantea un enfrentamiento entre dos partes, una que emplea todos sus mecanismos para declararse inocente y otra que necesita demostrar la veracidad de sus quejas. La estructura de personalidad determina la calidad de argumentos nobles o innobles a que se recurra en el proceso. Otras consecuencias derivadas de este caso consistieron en denuncias penales a los médicos que habían prestado asistencia ginecológica y denuncia al abogado defensor por soborno.

Algunas teorías psiquiátricas con relación a las hijas sometidas a incesto dicen que han encontrado en ellas cuadros de pseudomadurez, parecen precoces en sus aprendizajes, en su desarrollo psicomotor y en sus contactos con la realidad, pero sus relaciones objétales, su identificación femenina y el desarrollo de su yo adolescente están generalmente alterados. Estas jóvenes tienden a presentar trastornos de carácter más que neurosis o psicosis y la regresión tras el incesto pueden llevarla a la promiscuidad y la conducta antisocial, la frigidez y la homosexualidad, a los trastornos del aprendizaje y a la depresión.

Pero otros autores en psiquiatría dicen en palabras textuales en relación con el incesto padre-hija: "Las hijas incestuosas son cómplices en la relación y desempeñan un papel activo e incluso incitante, en el establecimiento del vínculo. Las chicas pueden sentirse solas y rebasadas por sus propios temores y recibir los acercamientos paternos como muestra de amor paternal. La actividad incestuosa suele

proseguir hasta que es descubierta y las hijas no actúan como si hubiesen sido ofendidas y dañadas. Por lo general el padre selecciona a la mayor y es factible que la actividad incestuosa se irradie luego a las hermanas más pequeñas. Como su madre es raro que la hija incestuosa descubra o proteste por la relación".

Estas frases sugestivas de responsabilidad y de seducción en la hija, a mi juicio, merecen una cuidadosa revisión. Mal puede hablarse de incitación y complicidad a los 8 años de edad cuando la inmadurez en el desarrollo intelectual, emocional y moral no permite al menor comprender adecuadamente las conductas a que se ve sometida. Carece también de los recursos, elementos y el desempeño necesarios para liberarse de las agresiones de manos de quienes supuestamente debe recibir protección, cariño y buena educación.

Estas posibles creencias de seducción de parte de las hijas pueden originarse en la divulgación que hace la teoría psicoanalítica de la preferencia de los niños por el progenitor del otro sexo, pero esto tiene solamente una connotación inconsciente y no debe caerse en el uso inadecuado psiquiátrico y legal al usar estos conceptos sin un riguroso análisis.

Parafraseando a Master y Jhonson pioneros en el estudio de conductas sexuales, diremos con ellos que la literatura psiquiátrica predominante en nuestra 'época en su mayoría ha sido escrita por hombres. La mujer poco ha escrito. Ha escrito el hombre, diciendo lo que él es y cree que es y opinando sobre cómo es la mujer y cómo piensa el hombre que ella es. Cómo cree que vive una violación y desea una violación. Los pocos escritos de la mujer tienden aun a repetir los conceptos tradicionales masculinos.

Si los Psiquiatras autores de estas teorías no han ventilado en un proceso psicoterapéutico sus individuales tendencias, pueden transferir sus vivencias y proyectar sus deseos a sus conceptos teóricos. Su diferencia con el común de la población sería tan solo el conocimiento teórico de algunos temas psicológicos y esta sola condición no es suficiente para el buen ejercicio de la psiquiatría. Y si esto sucede al psiquiatra quien al menos adquiere un entrenamiento teórico en los aspectos psicológicos de la situación, el tema es más difícil para el abogado que se entrena fundamentalmente en los aspectos legales de la conducta. No estudia la psicología de los sindicados y ofendidos. No vive un proceso psicoterapéutico y al hacer el juzgamiento o la defensa de los mismos queda sometido a la subjetividad que le confieren los antecedentes de su vida, sus conceptos morales, religioso y culturales y que muchas veces están alejados de la verdad científica.

Decir en psiquiatría que las hijas no actúan como si hubiesen sido ofendidas y dañadas es un concepto aplicable tan solo a los reducidos casos de incesto entre adultos. Pero la práctica psiquiátrica muestra que el incesto con frecuencia se sucede con niñas antes de la pubertad.

Las escenas incestuosas narradas anteriormente, con todo derecho pueden llamarse también de violación, han sido más traumatizantes que las sucedidas entre extraños y han despertado en las ofendidas mayores sentimientos de odio y venganza contra el ofensor y una actitud irreconciliable con su padre.

La madre muchos meses después de divulgada esta conducta encontraba ambivalente entre escoger el cariño de sus hijas o recobrar a su esposo.

Con toda razón la violación ha sido definida como un delito que degrada, deshumaniza y viola el yo de la víctima, exige sometimiento a un proceso legal, complejo y traumatizante cuando se denuncia. Exige corroboración aspecto que favorece al ofensor y la víctima puede llegar a sentirse también víctima de la Ley. Algunos autores han venido hablando del síndrome del trauma de la violación, que en la práctica forense con relativa frecuencia podemos constatar de la siguiente manera:

- Una fase aguda en el momento del suceso, reduciendo a la impotencia el yo corporal y psicológico de la víctima. Hay ansiedad, temor, llanto y pánico. Incomodidades físicas por el daño corporal, molestias genitales, trastornos del sueño y del apetito. Temor a que se repita la experiencia traumática, miedo a salir sola. Sensación de vacío y aislamiento. Temor al posible embarazo. Profundo sentimiento de desvalorización y pérdida, según el valor que tuviese la virginidad para la víctima. Sentimientos de culpabilidad por lo que hizo o dejó de hacer para defenderse.

- A mediano plazo se observa una integración superficial y profundamente un proceso de negación de lo vivido. Disminución de la autoestima, autoculpabilidad, deseos de venganza y dificultad en la relación interpersonal.

- A largo plazo se instauran cuadros de pesadillas, temores y fobias persistentes.

Basándome en los hechos presentados y a manera de conclusión resaltar los siguientes conceptos:

Las prácticas sexuales de los adultos con los menores de edad, causan daño al menor. Demostrado está que la sola estimulación sexual precoz es nociva para la mente de un niño. ¿Cómo no encontrar daño si se ha causado lesión a la integridad física, pérdida de la virginidad tan apreciada en nuestro medio, si se ha ejercido violencia psicológica y se han ocasionado sentimientos de desamparo y confusión?

El incesto y la violencia son algo más que un atentado contra la libertad y el pudor sexual. Son atentados contra la integridad biológica, psicológica y social del individuo.

Nuestro Código Penal tiene prevista una mayor pena para el acceso carnal violento realizado por un extraño, pero desde el punto de vista psiquiátrico, reviste mayor gravedad cuando éste es cometido por un pariente.

En la legislación sobre el incesto no se hace diferenciación según la edad, cuando indudablemente causa mayor daño si éste se realiza con menores de edad.

El presente caso muestra claramente abuso sexual infantil intrafamiliar del cual es necesario tomar conciencia ya que en nuestra sociedad su incidencia es relativamente alta.

Para una niña resulta imposible juzgar si son adecuadas o no las conductas de sus padres. Es incapaz de enfrentarse a ellos y menos aun de defenderse.

Estos delitos enfrentan las mayores capacidades del adulto, contra la inmadurez en el desarrollo biológico, intelectual, emocional y moral del niño.

Resulta un cinismo que el adulto responsabilice al niño de su conducta y esto es muy frecuente en estos procesos. Al igual que es un horror buscar mitomanía o perversiones sexuales en los menores

como justificación de la conducta del adulto o para atenuar su responsabilidad.

No pueden ni deben formularse juicios morales contra los ofendidos en estos procesos, hasta tanto no se haya completado el ciclo de desarrollo biológico, intelectual y psicosexual que se logra en la adolescencia, aproximadamente alrededor de los 18 años de edad.

Finalmente los padres de familia deben ser responsables no sólo , del desarrollo físico, sino también del desarrollo psicológico de sus hijos.

23. HOMICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

En el hombre colombiano entre los 15 y 44 años la primera causa de muerte está representada por el homicidio, luego por accidentes, para encontrarse el cáncer en tercer lugar.

La muerte ejerce cierta fascinación en el hombre. En parte porque su inconsciente le dice que dentro de él lleva el instinto fanático. Las personas con importantes conflictos en el manejo de la agresión tienen cierta predilección por películas de muerte, violencia y relatos similares que aparecen en las páginas rojas de los periódicos. "Sabemos también que los impulsos agresivos, crueles y egoístas se hallan íntimamente ligados con el placer y la gratificación y que cierta fascinación o excitación suele acompañar a su desahogo. La satisfacción salvaje o goce que experimenta el autor de una réplica mordaz, por ejemplo, es a menudo visible en sus ojos" (Riviere).

¿Por qué el hombre da muerte al hombre? El hombre se siente orgulloso de ser el homo sapiens y una de sus preocupaciones ha sido encontrar el eslabón perdido en la evolución del homo erectus. Cuando observamos que el hombre da muerte al hombre sin motivos aparentes, o por nimiedades o con marcada violencia, pensamos que el homo sapiens aún no ha llegado porque somos el eslabón perdido.

Pero para no despertar discusiones con los Antropólogos preferimos pensar que la explicación la encontramos en el inconsciente. Dice Schilder "en todo ser humano permanecen siempre vivos los deseos salvajes infantiles y que forman el núcleo del Inconsciente. Son tendencias sódicas y agresivas, así como deseos sexuales infantiles primitivos y perversos". Mediante diferentes mecanismos de defensa el YO del individuo adulto mantiene en el Inconsciente tales deseos. Cuando los mecanismos de defensa del YO capitulan estos instintos infantiles se abren paso bajo la forma de fantasías o de acciones. La acción de los deseos constituiría en un momento dado, el llamado delito. La no satisfacción de estas tendencias instintivas estaría dada por un lado por las exigencias del medio ambiente que obligan al individuo a renunciar a ellos, pero como afirma Schilder "si es cierto que las necesidades externas de la vida obligan a los hombres a la resignación, tampoco sus propias tendencias y deseos están en armonía con los de los demás. La fuerte tendencia a la agresión, el deseo de poder, la tendencia a la destrucción, los impulsos sádicos, son contrarrestados en el individuo por un auténtico amor y ternura hacia sus semejantes". Contemporánea de Schilder, Melaine Klein (1934) señaló que tanto la conducta criminal como la psicosis tenían igual base común en la compulsión a destruir, resultado del mecanismo defensivo para silenciar las intolerantes amenazas del Superyo: "las fantasías de persecución son comunes a ambos estados; es porque el hombre se siente perseguido que va destruyendo a otros".

Ya antes M. Klein (1927) había descrito las analogías entre algunos crímenes violentos y fantasías correspondientes que había encontrado en el análisis de algunos niños pequeños.

Esto la llevó a formular "que el mejor remedio contra la delincuencia sería analizar a los niños que muestran signos de anormalidad hacia una u otra dirección".

Entonces las raíces psicológicas de la psicosis y la criminalidad serían las mismas, solo que el criminal mediante un complejo de Edipo invertido y un desarrollo diferente del Superyo se estaría defendiendo de la Psicosis. Pero estas defensas son inadecuadas en algunos criminales que son sometidos a reclusión y ante el gran monto de angustia abrumadora, el círculo vicioso entre el odio, la angustia y las tendencias destructivas vividas en ese medio, un escape que les queda es refugiarse en la alteración mental tipo disociativo o de aspecto esquizofrénico que va a constituir el denominado síndrome de Ganser.

Específicamente con el enfermo esquizofrénico, Schipkowsky (citado por Szabo) anotó que el homicidio podía ser el primer síntoma del proceso psicótico. Además parece que entre las conductas delictivas cometidas por paranoides, epilépticos, esquizofrénicos, dementes arterioescleróticos y maniaco depresivos en fase depresiva, el homicidio constituye la más frecuente.

Pero no todos los homicidas padecen trastorno mental (circunstancia de inimputabilidad) para el momento del ilícito. En un estudio (Buitrago y Duran 1983) de 123 sindicados de homicidio (119 hombres y 4 mujeres), encontramos 50 hombres

inimputables (43%) y cuatro mujeres inimputables. El diagnóstico de esquizofrenia se impuso a la mayoría de los inimputables. Además se observó que en el 55% de los inimputables había marcada violencia en el acto homicida. La marcada violencia entre los imputables fue del 11%. Uriarte emplea la palabra ferocidad violenta para describir la conducta violenta.

También se encontró un mayor número de víctimas con parentesco en el grupo de inimputables (35,1%), comparativamente con los imputables (10,1%). La característica fue más evidente al relacionarla con la marcada violencia: 25,9% de los inimputables cometieron el homicidio con marcada violencia en familiares mientras que las mismas características para los imputables fue de 1,4%. En el mismo estudio se vio que el homicidio cometido por las 4 mujeres tenía la característica de marcada violencia en todas. Tres víctimas con parentesco.

El subgrupo de imputables con violencia exagerada (8 en total) mostró la relación víctima-homicida y homicidio así:

con parentesco: estado emocional agudo	1
sin parentesco: psicópata	2
sin parentesco: psicópata más embriaguez	2
sin parentesco: embriaguez aguda (normal)	2
sin parentesco: normal, con antecedentes de epilepsia gran mal	1

En otro estudio (Durán y otros 1983), la observación se centró en correlacionar el trastorno mental en las mujeres y el tipo de conducta delictiva desplegada. En el grupo de las mujeres homicidas llamó la atención lo siguiente: 27 presentaron trastorno mental (inimputables) con diagnóstico psiquiátrico de psicosis esquizofrénica (18), psicosis postparto (3), retardo mental moderado (3) y epilepsia

psicomotora (2). El diagnóstico psiquiátrico para las consideradas imputables fue: trastorno neurótico (3), embriaguez simple (3) y sin alteración psiquiátrica o "normales" (13).

Las víctimas de estas mujeres fueron:

imputable	Total	Homicida inimputable	Homicida
Hijo	12	12	0
otra mujer	14	5	9
cónyuge	10	5	5
otro hombre	7	2	5
cuñado	1	1	0
otro bebe	1	1	0
padre	1	1	0

Hay 24 víctimas con nexos familiares y 22 sin vínculo familiar. Llama

la atención que todas las filicidas presentaron trastorno mental. También que la mayoría de las mujeres homicidas presentaron trastorno mental (27 contra 19). Si esto se compara con el grupo de hombres homicidas se puede llegar a la conclusión que con más frecuencia el trastorno mental se puede observar en la mujer homicida, que en el hombre. Por otra parte, la participación de la mujer en las conductas delictivas comparativamente con el hombre muestra cifras muy inferiores. La Revista Colombiana de Criminalidad (Policía Nacional) en los diferentes años muestra cifras de delincuencia en el hombre que oscilan entre el 92% y el 85%, mientras que en la mujer está entre el 8% y el 15%. Dicen los autores del mencionado trabajo: "Este hecho es tan evidente y podría aceptarse como algo natural y que no requiere explicación, o podría llegar a explicaciones simplistas o apriorísticas. ¿Será que la mujer es "buena" por naturaleza, o que los principios éticos le vienen dados genéticamente? ¿O será en el sexo masculino que predominan factores biológicos que lo llevan al comportamiento inadecuado y de trasgresión social con mayor facilidad? Por nuestra parte, sin pretender analizar exhaustivamente esta cuestión, consideramos que esa "división sexual del delito" desborda ampliamente cualquier explicación exclusivamente psicologista, biologista o moralista, y que por el contrario, está determinada por factores múltiples que incluyen en primer término la estructura misma de la sociedad y particularmente la condición específica de la mujer en esa sociedad".

Un tercer estudio (Durán 1986) mostró el análisis psiquiátrico de 18 filicidas: 14 mujeres y 4 hombres. Nuevamente se observó que todas las mujeres presentaron trastorno mental con diagnóstico psiquiátrico de psicosis esquizofrénica (4), psicosis maníaco depresiva tipo depresivo (1), otras psicosis no orgánicas (8), retardo mental grave (1). De los cuatro hombres solamente uno presentó trastorno mental. El diagnóstico para los hombres fue: trastorno de personalidad sociopática (1), trastorno de personalidad pasivo-agresiva (2) y uno con psicosis orgánica transitoria (inimputable). Las conclusiones de esa observación fueron: "El análisis permite concluir que cuando una mujer da muerte al hijo, debe pensarse que presenta un trastorno psicótico. Por el contrario, el hombre filicida usualmente no presenta psicosis y debe pensarse en padre maltratante e hijo con síndrome del niño maltratado. Sin embargo esta conclusión no puede ser definitiva dado el bajo número de hombres estudiados. No se registra en nuestro medio la relación padre filicida y psicosis por drogas". Posteriormente hemos examinado mujeres filicidas sin trastorno psicótico. El diagnóstico correspondió a trastorno de personalidad sociopático (psicópata).

Los tres trabajos mencionados describen ampliamente al homicida inimputable y el correspondiente diagnóstico psiquiátrico. Pero poco o nada dicen del diagnóstico de los imputables. Para llenar ese vacío se estudió 61 sindicados de homicidio: 55 hombres y 6 mujeres. El diagnóstico de los hombres fue:

Psicosis esquizofrénica		Trastorno de personalidad	
▪ paranoide	5	▪ psicópata	6
▪ crónica	3	▪ psicópata y esquizoide	1
▪ simple	1	▪ esquizoide y embriaguez	4
▪ latente	1	▪ explosiva	1
Estado paranoide	1	▪ explosiva y embriaguez	1
Psicosis crónica y gran mal	1	▪ depresiva y embriaguez	1
		▪ pasivo agresiva y embriaguez	4

Psicosis alcohólica y alcoholismo	4		
Síndrome mental orgánico por A.C.V.	1	Sin alteración psiquiátrica	6
Retardo mental moderado	3	Sin alteración pero embriaguez	4
Inmadurez psicosocial	1		
Trastorno neurótico		El diagnóstico de las mujeres fue:	
▪ obsesivo-compulsivo	1	Psicosis alcohólica y alcoholismo	1
▪ obsesivo-fóbico y epilepsia psicomotora	1	Esquizofrenia crónica	1
		Estado paranoide	1
▪ fóbico y gran mal	1	Psicosis depresiva	1
▪ mixto	2	Epilepsia psicomotora	1
▪ mixto y alcoholismo	1	Sin alteración y embriaguez	1

La víctima del hombre homicida fue

Otro desconocido	24	novia	2
Hermano	3	vecino	2
Víctima atraco	3	cuñado	2
Amigo	7	padrastro	1
compañero de trabajo	3	comadre	1
compañero de bebida	2	abuela	1
enemigo	2	esposo de la amante	1

La víctima de la mujer homicida fue

mamá	1
otra desconocida	2
cónyuge	2
Hijo	1

El móvil manifiesto del hombre homicida fue:

riña	16	venganza enemigo	1
riña embriagado	17	por dinero	1
se opuso al atraco	3	para acceso carnal	1
celos	3	no se sabe	1
idea delirante	7		
idea delirante de referencia	2		
accidentalmente	1		
accidentalmente y embriagado	1		

El móvil manifiesto de la mujer homicida fue:

riña	2
idea delirante	3
riña embriagada	1

Retomemos el interrogante del comienzo de este capítulo: ¿por qué el hombre da muerte al hombre? Se explicaron las motivaciones inconscientes, pero clínicamente se observa que la mayoría de los

homicidas presentan algún tipo de perturbación mental: psicosis, neurosis, trastorno de personalidad, retardo mental, síndrome mental orgánico. Unos pocos no presentan enfermedad mental detectable. De los 55 hombres examinados, 10 no presentaron alteración, aunque 4 estaban embriagados (embriaguez simple). El 29% de los homicidas presentaron un trastorno psicótico (inimputables) contra 71% no psicóticos. De todas maneras, el número de psicóticos es bajo si se tiene en cuenta que la gran mayoría de los homicidas no remitidos a examen psiquiátrico deben ser personas no psicóticos o de lo contrario las autoridades judiciales deberían enviarlos según lo planteado en el código de procedimiento penal.

En el estudio de Paredes realizado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, se encontró que de 110 homicidas examinados (población de 3 años), tan solo 6 eran psicóticos y todos hombres: 4 con psicosis asociada a trastornos encefálicos y 2 con esquizofrenia. En el estudio de los 55 homicidas el diagnóstico de psicosis esquizofrénica ocupa el primer lugar. Se vuelve a resaltar como anotamos con Buitrago (1983) que en la literatura científica algunos siguen considerando al paranoide como el más peligroso: "Se puede afirmar que estos enfermos en estado potencial son de todos los enfermos mentales, los más peligrosos" (Uriarte). Sin embargo en el estudio citado de 1983 y en el de los 55 hombres tan solo hay un sujeto con psicosis paranoide en cada uno. Paredes en su observación de 3 años no encontró el diagnóstico de psicosis paranoide entre los homicidas.

Pero no son los psicóticos quienes ocupan el primer lugar entre el diagnóstico. 22 de los 55 hombres tenían un trastorno de personalidad, es decir el 40%. En el estudio de Paredes el mismo diagnóstico correspondió al 36,3%. Se observa personalidades sociopática (psicópata), esquizoide, explosiva, depresiva y pasivo-agresiva. No sorprende encontrar mayoría en sociopatía ya que una de las características de estos sujetos es delinquir. Tres de sus víctimas se opusieron al atraco y por ello fueron muertas. Otro lo hizo por dinero. Un quinto dio muerte a una pareja en riña con ellos. Un sexto dio muerte a su amigo delincuente por el botín.

Sorprende encontrar solamente dos con personalidad explosiva (uno embriagado), porque precisamente la característica agresiva es la que lo define. Tal vez el explosivo se mide en el despliegue de la violencia.

También resulta llamativo la personalidad esquizoide en segundo lugar después de la sociopatía. Se nos ocurre que por su hipersensibilidad a la crítica y en estado de embriaguez despliega agresividad hacia el afuera. Como profilaxis no debemos ingerir bebidas alcohólicas con un esquizoide armado.

El tercer puesto en diagnóstico lo ocupa el trastorno neurótico. Encontramos neurosis obsesivo compulsiva, fóbica y mixta. Constituyen el 10% de la población estudiada. En la observación de Paredes el mismo diagnóstico corresponde al 7,2%. Aunque en el presente estudio no aparecen otras neurosis, si hemos tenido oportunidad de examinar a personas con neurosis histórica y depresiva. La muestra es tan pequeña que no permite establecer hipótesis sobre determinado tipo de neurosis.

Un cuarto grupo está constituido por el síndrome mental orgánico, el retardo mental y la inmadurez psicosocial. Son 5 personas que

tampoco nos permiten formular hipótesis alguna.

Un último grupo de 10 personas sin alteración psiquiátrica cuatro de ellas embriagadas y en riña. Ocho de las diez en riña. Las otras dos: una para eliminar al enemigo y otra para eliminar al esposo de su amante. Las 10 constituyeron el 18%, las embriagadas el 8%. En el estudio de Paredes el 12,7% no tenían trastorno psiquiátrico. La muestra es pequeña, pero hay que resaltar que ocho fue en riña para defender la vida propia. Es pertinente ampliar más este punto con una muestra mayor para aclarar las ideas que puedan plantearse al respecto. Pero lo que sí puede establecerse o plantearse es que no necesariamente un homicida debe presentar un trastorno psiquiátrico de los descritos en los diferentes glosarios y textos. En ellos *eros* y *tanatus* están actuando conscientemente.

El grupo de las mujeres resulta de más fácil análisis aunque hay que tomar con cuidado lo dicho porque son solo 6 mujeres. Cuatro presentaron un trastorno psicótico, la quinta con epilepsia psicomotora y la sexta sin alteración psiquiátrica, pero con embriaguez. La mujer epiléptica dio muerte al cónyuge con quien la relación era de continua violencia por parte de él. Lo mismo la sexta mujer, pero embriagada para tener fuerzas y así defenderse del marido violento. En el estudio de Paredes la cifra de mujeres homicidas correspondió al 13,6%. En el estudio mencionado de la enfermedad mental en la mujer y las conductas delictivas hay 46 mujeres homicidas de las cuales 19 no presentaron trastorno mental (imputables) y 27 con trastorno mental (inimputables). Parece que hay más patología en la mujer homicida. Patología de tipo severo, porque necesariamente una mujer que conviva con un hombre durante varios años y que reciba a diario golpes, debe tener alguna alteración (masoquismo). De todas maneras sigue resaltándose la menor participación de la mujer en las conductas delictivas.

¿Quien fue la víctima del hombre homicida? El 49% (27) sin nexo familiar o vínculo afectivo. El 12,7% (7) con vínculo familiar y 38,3% (21) con algún vínculo afectivo. En otros términos: 49% desconocidos y 51% conocidos. Entre los conocidos hay una amplia gama desde familiares como el hermano, la abuela (en otros casos se ha examinado a parricidas, filicidas, matricidas, uxoricidas), hasta el compañero de trabajo.

En el grupo de las mujeres homicidas, nuevamente la cifra es tan pequeña que no permite hacer observaciones. Pero de acuerdo con el anterior estudio parece que la mujer tiene mayor tendencia a elegir entre las víctimas a un familiar (la más de las veces el hijo o el cónyuge).

Otro aspecto llamativo en el acto homicida es el tipo de violencia desplegada. Se había determinado (Buitrago y Duran 1983) esas características: sin exagerada violencia (víctima única, no más de dos heridas con arma blanca, o de una por arma de fuego, ausencia de otras formas de lesión) y con exagerada violencia (más de una víctima, más de una herida con arma de fuego o más de dos heridas con otras armas, otras formas de lesión tales como inmersión,

ahorcamiento, politraumatismo). Para el escrito de 1983 y que correspondió al estudio de homicidas examinados por los autores entre junio de 1980 y julio de 1981 se había pensado que era importante investigar sobre la marcada violencia del psicópata equiparable a la del esquizofrénico. La idea nos sigue inquietando, pero la respuesta se hace más compleja y difícil porque ya no son los esquizofrénicos y psicópatas de quienes pensábamos eran los únicos que cometían homicidios bizarros. La lista se agranda.

Entre los diagnósticos y la exagerada violencia en el acto homicida se encontró que 8 de los 16 con trastorno psicótico lo presentaron. Entre los psicópatas 6 de 7. Los trastornos neuróticos 3 de 6. Aquellos sin alteración psiquiátrica 2 con exagerada violencia del total de 6. También presentaron exagerada violencia los únicos casos diagnosticados como síndrome mental orgánico, retardo mental moderado y personalidad explosiva más embriaguez. Habíamos pensado por lo observado que solamente los psicópatas y los esquizofrénicos eran capaces de tales actos. Pero hoy después de diez años de haber examinado cientos de homicidas la observación es que el homicidio con exagerada violencia lo puede cometer hasta el individuo en el cual no detectamos patología psiquiátrica alguna: un hombre en riña con su amigo recibe una herida con arma de fuego, a su vez propina al amigo 4 heridas con arma blanca. Otro para eliminar a su enemigo lo hace con 3 disparos de arma de fuego. Y dentro de la patología un sujeto con educación superior y personalidad de rasgos pasivo-dependiente, obsesivo y esquizoide propina 27 puñaladas a la esposa dentro del automóvil, conduce por la ciudad durante varias horas hasta cuando la mujer fallece y va y se presenta ante las autoridades. Un neurótico obsesivo compulsivo, también con educación superior da muerte a la esposa de 15 puñaladas. Una mujer epiléptica propinó 19 puñaladas al cónyuge. Un psicópata propinó 9 puñaladas al que se opuso al atraco. Otro psicópata dio muerte a una pareja para robarlos y antes de que la mujer muriera debido a las heridas, la accedió carnalmente.

Una mujer con enfermedad psicótica golpeó a su hija de dos años contra el piso para “sacarle” el demonio. Una mujer psicótica luego del parto del niño vivo, lo desmembró y arrojó varias partes por el excusado. Un sujeto esquizofrénico dio muerte a sus dos hijos y cuando fue dado de alta del anexo psiquiátrico regresó al hogar y ultimó al tercero.

El móvil manifiesto del homicida en los 55 hombres correspondió a riña en el 60%; la mitad de estos embriagados. Es el despliegue de agresión de dos personas que se baten en golpes; salen a relucir las armas: el cuchillo, el machete o el arma de fuego. Es pertinente estudiar el móvil latente que constituye el verdadero motivo de la agresión. Otros móviles, la idea delirante, el que la víctima se oponga al atraco y los celos. En el estudio de Paredes los tres principales móviles son la discusión, los celos y el atraco. Se nos ocurre como profilaxis para evitar ser muerto el no discutir y reñir con una persona armada. Dada la importancia de la embriaguez alcohólica dentro de los motivos del homicidio es importante no reunirse a departir con personas que están armadas.

El móvil del homicidio en las 6 mujeres correspondió a 3 en riña (una embriagada) y 3 con ideas delirantes. El grupo es pequeño, pero vuelve a resaltarse la riña.

En otro estudio (Durán 2001) con una muestra de 83 sindicados para estudiar la relación entre la personalidad y las conductas sociopáticas observamos lo siguiente:

De los 83 sindicados en 23 hombres y 2 mujeres homicidas examinado se encontró:

Personalidad sociopática 1	Distimia y embriaguez	1
P. sociopática y paranoide 1	Esquizofrenia paranoide	2
P. límite y sociopática 3	Esquizofrenia crónica	1
P. narcisista, paranoide y sociopática 1	Mujer con P histérica	1
P. límite y embriaguez 3	Mujer con psicosis posparto	1
P. límite 1		
P. paranoide y embriaguez 2		
P. paranoide 2		
P. histérica 1		
P. pasivo dependiente 3		
P narciso y obsesivo 1		

Llama la atención en este grupo de homicidas el siguiente grupo por el tipo de conducta:

Dos hermanos uno con personalidad Sociopática y paranoide y el otro limítrofe y sociopatía se encontraban en el techo de una casa y dispararon con escopeta a las personas que se encontraban en la calle. También arrojaron papas explosivas y dispararon contra los Agentes de la Policía que llegaron al lugar. Corrieron por encima de los techos y finalmente fueron detenidos.

Un joven de 16 años con personalidad sociopática en compañía del hermano de 20 años prendieron fuego a la casa de los vecinos.

Un esposo con personalidad paranoide bajo efectos del alcohol roció con gasolina a su esposa y le prendió fuego.

Un parricida con personalidad sociopática y paranoide. El sicario que contrato para que diera muerte a los padres, al hermano y a su esposa tenía personalidad limítrofe.

La conducta homicida no solamente es cometida por el individuo con personalidad antisocial, psicópata o sociópata. También se observa, por lo general, la comisión del hecho en estado de embriaguez alcohólica y con una personalidad de tipo esquizoide, paranoide o limítrofe. También se observa en la personalidad limítrofe con sociopatía.

Debe estudiarse más a fondo la relación víctima- victimario. ¿Por qué se escoge esa víctima? ¿Qué características tiene la víctima? ¿Se venga el victimario de la víctima por algo que ella le hizo en la realidad o en la fantasía? ¿Es la víctima un sustituto de otra persona? ¿Da muerte al otro para no suicidarse? ¿Busca inconscientemente la víctima al victimario? Las respuestas se obtendrán estudiando un buen numero de casos de relaciones homicida-víctima. Pero por ahora traigamos en forma breve dos casos para ilustrar una forma de relación homicida-víctima y la dinámica que llevó al hecho. En el primer caso se consideró que el homicida había presentado trastorno mental (inimputable). En el segundo, la conclusión fue que no había

presentado trastorno mental (imputable).

Todo depresivo es un asesino en potencia (Tarachow). Si el depresivo tiene elementos paranoides muy importantes en su personalidad, se defenderá de la depresión mediante lo paranoide. Otras veces el depresivo se defiende mediante la manía. En el paranoide cuando la defensa paranoide comienza a debilitarse aparece la depresión. En el siguiente caso es la estructura básicamente paranoide de personalidad que libró a D.R. del suicidio y a expensas del homicidio de su compañera.

El padre de D.R. fue un hombre violento, represivo, sarcástico e irónico. Todos le tenían miedo: hasta su propia esposa vivía sometida a él. Aquella, madre de D.R., fue además una mujer pasiva y poco protectora. D.R. fue el segundo de diez hijos y ya al final de la adolescencia se caracterizó por ser litigante, crítico, celoso, perfeccionista, suspicaz, desconfiado, amante de las normas y con una idea sobrevalorada de sí mismo. Se deprimía cuando de pronto captaba de la realidad que no era tan grande como él creía. A los 16 años se embriagaba frecuentemente y durante los últimos años ha presentado lagunas alcohólicas. Contrajo matrimonio en contra de la voluntad de sus padres, para separarse seis años después. Entonces conoció a M.M. de quien se enamoró perdidamente.

M.M. era una mujer atractiva y de carácter histérico. Los amores de la pareja fueron borrascosos con agresiones, separaciones y reconciliaciones. D.R. se sentía despreciado por M.M. Días antes del homicidio en un arranque de llanto y desesperación le escribió: "Reconozco hoy aunque sea tarde, obedeciendo el llamado de mi suerte, jamás logré que llegaras a amarme al igual que yo haré hasta la muerte, sigue jugando con mis sentimientos, cuando te canses ya no podré verte". La noche del homicidio D.R. de 41 años y M.M. de 27 fueron a una discoteca: bailaron, tomaron, D.R. se sintió celoso de los coqueteos de M.M. con otros hombres. M.M. trató a D.R. de poco hombre y marica. Regresaron al apartamento, ambos embriagados. Riñeron y D.R. propinó a M.M. 16 heridas con un cuchillo en manos, antebrazos, cara, miembros inferiores y cinco penetrantes a tórax con lesiones en ambos pulmones y corazón. Luego

el homicida llamó a la Policía y pidió a gritos que lo mataran. Los exámenes mostraron además del trastorno de personalidad paranoide y el alcoholismo, núcleos psicóticos paranoides muy importantes en su personalidad. Dinámicamente todos estos aspectos se unieron para producir un trastorno psicótico por el cual D.R. no tuvo la capacidad para comprender la ilicitud ni de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

El psicópata es exteriormente vistoso y provocativo; tiene cierta semejanza con el héroe popular romántico y resulta atractivo para las personas que buscan aventuras románticas, excitantes o brillantes. Pero su interés está primero en obtener ventajas y sus admiradoras o admiradores están condenados a la desilusión y la agresión (MacKinnon). L.F. de 26 años fue el menor de tres hijos procedente de un hogar desintegrado, con un padre ausente. La madre, una mujer poco o nada controladora o normativa, consideraba que debía permitir a su hijo todo lo que él quisiera por ser el menor y no tener padre. A los 15 años se inició en el uso de las drogas depresoras o estimulantes del sistema nervioso central y en compañía de un grupo de adolescentes conformaron una especie de "gallada" para delinquir o agredir a otras personas o a otros grupos de "galladas". Fue expulsado de varios colegios debido a la rebeldía y a la resistencia a aceptar las normas. Trabajó en diferentes labores de manera inestable y

últimamente se definía como comerciante independiente. Y entonces conoció a Z mujer de 16 años quien por la descripción que hizo de ella debía tener un carácter histérico. Z era además una de esas personas que creen que son capaces de regenerar a sujetos como L.F. El padre de Z no estaba de acuerdo con el romance de su hija y L.F. Pero como suele suceder con los adolescentes Z pensaba que su padre era un anticuado y ella debía con su amor rehabilitar a L.F. La relación duró pocos meses porque L.F. no era el hombre encantador que parecía y porque Z fue agredida físicamente varias veces. L.F. no había consumido drogas, pero compró un cuchillo; defecó y untó el cuchillo de materias fecales y salió a buscar a Z. Sabía que solía pasear con su hermana al medio día por determinada calle. Encontró a las dos mujeres y propinó a Z 13 puñaladas; a la otra mujer no la agredió. Luego de multiherirla escapó del lugar y solamente se detuvo

cuando fue contenido por los perseguidores y la inminencia de un escopetazo si no lo hacia. Al examen psiquiátrico y pruebas psicológicas se estableció que L.E tenía una personalidad sociopática y esquizoide. Se consideró que para el momento del homicidio no presentó trastorno mental inmadurez psicológica.

Terminemos este capítulo sobre el homicidio con una cita de Freud: "A mi juicio, el destino de la especie humana ser decidido por las circunstancias de si - y hasta que punto- el desarrollo cultural logrará hacer frente a las perturbaciones de la vida colectiva emanadas del instinto de agresión y de autodestrucción... Sólo nos queda esperar que la otra de ambas "potencias celestes", el eterno Eros, despliegue sus fuerzas para vencer en la lucha con sus menos inmortal adversario. Más quién podría augurar el desenlace final?"

24.LESIONES PERSONALES

Entre la Perturbación Funcional y la Pérdida Anatómica y/o Funcional.

Para poder emitir concepto sobre el documento propuesto en la sección de Psiquiatría, pido un tiempo para exponer lo expuesto por el Dr. Vicente Arenas. Carrara define el delito de lesiones personales como "cualquier acto que causa al cuerpo de otro un daño o un dolor físico, o una perturbación en la mente; siempre que sea ejecutado sin ánimo de matar y sin resultado letal", o mejor "cualquier daño en la persona humana que no destruya su vida ni esté dirigido a destruirla. Históricamente el término ha evolucionado del nombre de heridas, al de heridas golpes y malos tratos, al de lesiones corporales y actualmente al de lesiones personales porque se incluyen no solamente los actos contra la integridad anatómica y fisiológica sino también contra la integridad psíquica.

El Código Penal (CP) define lesiones personales: "El que cause a otro daño en el cuerpo o en la salud incurrirá en las sanciones establecidas en los arts. siguientes":

Concurso de delitos. Dice Arenas, que a su juicio si una bofetada o un puntapiés, son dados con intención de injuriar y causaren daño en el cuerpo, en la salud o en la psiquis de la víctima habrá concurso de delitos de injuria y lesiones personales.

Clases de lesiones:

- a) producidas con el ánimo de causar daño en el cuerpo o en la salud: lesiones personales
- b) lesiones inferidas sin ánimo de causar daño, pero producidas por culpa del agente: lesiones culposas
- c) lesiones con propósito de causar daño en el cuerpo o en la salud, seguidas de muerte, no previstas ni queridas por el victimario: homicidio preterintencional
- d) lesiones causadas con propósito de matar cuando este resultado no se produce por circunstancias extrañas a la voluntad del agente: tentativa de homicidio
- e) lesiones intencionales seguidas de parto prematuro o aborto: lesiones agravadas

Relación de causalidad: Dice Arenas "es esencial en el delito de lesiones personales que exista entre la actividad realizada por el agente y las lesiones padecidas por la víctima una relación de causa a efecto, sin que interese la

existencia o inexistencia de concausas. Si la lesión sufrida no tiene relación ninguna de causalidad con la actividad del sujeto activo no puede hablarse de delito de lesiones personales. Es indiferente que se trate de medios directos o indirectos, mediatos o inmediatos, físicos o morales, (aunque la prueba en este caso sea excepcionalmente difícil), por acción o por omisión, (como la madre que por no alimentar al niño le causa un daño en la salud). Los medios pues carecen de relevancia para tipificar el delito de lesiones personales. Tan idóneos son los instrumentos cortantes, punzantes o contundentes, como las armas propias o impropias y las sustancias químicas (ácidos, venenos). La calidad de los medios empleados solo tiene importancia para agravar la pena o como circunstancia específica de agravación por ejemplo cuando las lesiones se causen con insidia.

Daño en el cuerpo o en la salud: "La materialidad del delito de lesiones personales es el daño causado en el cuerpo o en la salud. Este elemento debe acreditarse mediante dictamen pericial".

Daño en el cuerpo es toda solución de continuidad, rotura o corrosión en los tejidos, pues sin alteraciones de esta clase fácilmente apreciable por los peritos no podría hablarse de daño en el cuerpo.

Por daño en la salud se entiende todo trastorno, desequilibrio, alteración, perturbación, o desorden de las funciones FISIOLÓGICAS. Es interno o funcional.

Se emplea la disyuntiva, ya que es suficiente establecer el daño en el cuerpo (primer término) o en la salud (segundo término) para que se configure el delito.

"Algunas lesiones, especialmente las localizadas en el cráneo suelen producir

Perturbaciones Psíquicas que van desde la simple conmoción cerebral hasta la Epilepsia y la parálisis general de origen traumático.

LESIONES SIMPLES Y LESIONES CALIFICADAS. Simples las que solo producen enfermedad o incapacidad para trabajar de mayor o menor duración. Calificadas las que dejan resultados distintos de la simple enfermedad o incapacidad, como deformidades, perturbaciones funcionales etc. Deformidad física; perturbación funcional; perturbación psíquica; pérdida anatómica o funcional; lesiones a consecuencia de las cuales sobreviene un aborto o parto prematuro.

Incapacidad para trabajar o enfermedad: La enfermedad constituye una alteración más o menos grave de la salud. La disposición se refiere a la incapacidad en general no a una incapacidad en especial por razón de la profesión o de las ocupaciones ordinarias de la víctima. Se trata aquí de una incapacidad para el trabajo corporal, no para el trabajo profesional. Por esa razón es igualmente grave penalmente causar heridas a un trabajador que a un desocupado. No se requiere que la incapacidad sea absoluta. Basta que como resultado de las lesiones la víctima se restrinja en sus actividades o disminuya sus movimientos corporales o psíquicos. No puede admitirse la inexistencia de la incapacidad cuando la víctima haya quedado impedida para entregarse a sus ocupaciones habituales, pero capacitada para el desempeño de otras actividades lucrativas ya que la ley exige una **relativa incapacidad para el trabajo**, no una **incapacidad absoluta para toda clase de trabajos**. "El concepto de enfermedad o incapacidad para trabajar es la modalidad que el Juzgador debe tener en mente para sancionar las infracciones contempladas en el Código Penal. En esos casos es indispensable la demostración o comprobación de la enfermedad o incapacidad para trabajar porque la sanción se impone en atención a esos factores y no en relación con las consecuencias o resultados de las lesiones. La expresión enfermedad o incapacidad para trabajar solo se refiere a los delitos de Lesiones Personales en los cuales no hay consecuencias distintas a la enfermedad o incapacidad para trabajar, pero cuando la infracción, **fuera**

de esta incapacidad para trabajar produce consecuencias de otro orden, las disposiciones aplicables, según el caso.

"El Código Penal, en ninguna de las disposiciones por las cuales sanciona el delito de lesiones personales condiciona la pena, en su aplicación y graduación, al porcentaje de incapacidad fijado por los médicos legistas. Esta apreciación para la imposición de la pena la hace el fallador, claro es que atendiendo al concepto médico legal, pero no a los porcentajes que este fija como lo pide el recurrente. Si la ley en forma directa o indirecta hubiera condicionado la fijación de la pena al mayor o menor porcentaje de incapacidad determinado por los médicos el demandante tendría razón pero como el legislador ordena que se tenga en cuenta para señalar la sanción **solo la calidad de la perturbación funcional, si esta es transitoria la pena será menor y si la perturbación funcional es permanente la pena será mayor** ". " La Corte ha sostenido que cuando se causa una lesión o herida la primera consecuencia que se observa en el ofendido es la incapacidad para trabajar como antes, traducida en el tiempo que este necesita para recuperar su salud y volver a ocuparse de sus labores ordinarias. La incapacidad se define como el tiempo necesario que se requiere para hacer entrar la parte enferma en las condiciones que constituyen la salud. Aparte de la incapacidad para trabajar pueden producir las lesiones otros trastornos, **mediatos o inmediatos**, con alteración en la anatomía y estética del cuerpo (deformidad física) o perturbación funcional (afección de un órgano o miembro) en estos casos puede presentarse a un mismo tiempo la incapacidad, la deformidad y la perturbación funcional como, en la amputación de un miembro, en la pérdida de los ojos, en la anquilosis de los dedos de las manos, etc. " Por eso la ley penal a fin de evitar un exceso en la determinación de la pena, cuando se presentan varias secuelas como resultado del mismo acto lesivo de la integridad personal, tiene en cuenta únicamente el daño mayor que produzcan las heridas ".

DEFORMIDAD. Se entiende por deformidad física la falta de proporcionalidad o de armonía entre las diferentes partes del cuerpo humano. La disposición señala una escala ascendente de sanciones para las lesiones que causen deformidades transitorias o permanentes y para las que en uno u otro caso afecten el rostro. Decía el Dr. Baquero: "se hace referencia a que la deformidad física sea transitoria o reparable ... transitorio se refiere al transcurso del tiempo y reparable a que la armonía del cuerpo se restablece mediante el tratamiento médico. El Juez, debe tener en cuenta este aspecto para la dosificación de la pena, porque obviamente implica mayores molestias para la víctima, inclusive afectarla seriamente en su patrimonio económico, cuando se exija la intervención médica con el fin de restablecer la armonía corporal". Debe incluirse la armonía psicológica.

La deformidad física transitoria debe ser Reparable. Si no lo fuese no podría calificarse de transitoria. **El Juez no debe perder de vista** la diferencia entre deformidades transitorias que desaparezcan con el solo transcurso del tiempo y las que para que desaparezcan requieren tratamiento médico. Son dos modalidades del hecho punible que influyen en la dosificación de la pena.

"La ley penal sanciona el delito de Lesiones Personales en atención a la **ESPECIE DE DAÑO CAUSADO y A SU DURACION**, Principio este que deriva la clasificación Tripartita de Enfermedad o Incapacidad, Deformidad física o desfiguración facial y Perturbación funcional Transitoria o Permanente. La incapacidad o enfermedad, la deformidad o desfiguración y la perturbación funcional pueden coexistir o tener la misma duración, en cuyo caso se impone la sanción mas grave, esto es, la que corresponde a la desfiguración o a la

perturbación, sin que su desaparición las asimile, por su duración, a la enfermedad o incapacidad. La pérdida de dientes es lesión que produce desfiguración facial reparable y perturbación funcional transitoria del órgano de la masticación y la implantación de dientes artificiales no quita a la pérdida de los naturales su carácter de desfiguración facial y perturbación funcional transitorias. La noción de órgano se explica por la función que ejerce y su perturbación puede ser total o parcial. (Sentencia 14 de Abril de 1945, t. LIX, pag 218). Nótese como el autor toma la filosofía de una sentencia del año 1945 y la valida con un ejemplo posible solo años después de la sentencia, es decir la implantación de los dientes.

Perturbación Funcional. El daño causado a un órgano o miembro puede consistir en la perturbación o en la pérdida de la función que desempeña. Lo que aquí contemplaremos será la perturbación funcional. La pérdida se contempla en otro artículo del CP. Órgano es la parte del cuerpo que realiza determinada función. Los ojos son el órgano de la visión. Los dientes y los músculos de la boca son el órgano de la masticación.

Los conceptos de perturbación Psíquica transitoria y perturbación funcional de un órgano o miembro no son idénticos; el primero, hace referencia propiamente al conjunto de facultades mentales; el segundo, a funciones materiales que prestan los órganos anatómicos.

"La aplicación de estos preceptos no esta subordinada **a que la perturbacion psíquica** o la perturbación funcional transitoria sean de larga duración, sino al hecho fundamental de que la lesión produzca como consecuencia natural una Perturbación psíquica o una perturbación funcional transitoria del órgano o miembro. **Es claro que cuando la perturbación no va más allá de la incapacidad puede confundirse con esta, y en este caso, la norma aplicable sería la que rige la naturaleza y consecuencia del hecho mismo.** Pero cuando esa perturbación se prolonga más allá de la incapacidad no puede reemplazarse, en la imposición de la sanción, una pena con otra, sino que debe aplicarse las disposiciones que contemplan la perturbación funcional transitoria o permanente según el caso."

"La perturbación funcional implica una **limitación, trastorno, alteración o supresión de las funciones vitales de un órgano o miembro que pueden ser debilitado o suprimidos en su carácter funcional por consecuencia de la lesión.**"

"Es un error afirmar que una función no se perturba sino cuando se compromete **la totalidad del órgano o miembro que la representa**, puesto que si el funcionamiento normal queda anulado porque se suprima o extirpe el órgano o el miembro destinado a cumplirla, también se debilita o disminuye por mutilación parcial de uno de aquellos, o por otra causa que los afecte y sea capaz de mermar sus facultades. Y viene entonces el trastorno o desarreglo respectivo, es decir la perturbación funcional. Esta admite grados, porque no es lo mismo perder dos dedos que perder cinco.

"La perturbación funcional que no se prolonga más allá de la incapacidad, se confunde con ésta; y si es de muy corta duración y desaparece a los pocos días sin dejar deformidad física reparable, hay que concluir que es **pasajera, momentánea y no de prolongación indeterminada** caso en que si habría de aplicar la sanción correspondiente"

La incapacidad para trabajar de que habla el Código Penal, es aquella que hace referencia al tiempo o duración que necesita determinado individuo para dedicarse a cualquier trabajo, bien sea físico o intelectual, y esta es la

interpretación que bajo el imperio de las leyes vigentes les han dado la jurisprudencia y la medicina legal. En cambio, la perturbación funcional transitoria, producida como consecuencia natural de la lesión (que afecta a determinado órgano o miembro) es la falta de aquellas cualidades propias o inherentes a la parte afectada, que produce la limitación o supresión de las funciones normales de dicho órgano o miembro.

Pueden presentarse casos en que una misma lesión produzca varios efectos, como serian: incapacidad para trabajar, deformidad física y perturbación funcional; pero estas modalidades que se operan como resultado del acto lesivo no se confunden unas con otras, para el efecto de computarlas como una sola consecuencia. Lo que ocurre es que la ley, a fin de evitar un exceso en la imposición de la pena, establece la norma según la cual debe reprimirse el hecho con la pena mas grave, cuando concurran varios de los efectos anotados.

Si las lesiones producen una perturbación funcional transitoria, el hecho se reprime por la disposición del código, no por la circunstancia de que la perturbación funcional transitoria desaparezca en virtud de una intervención médica o porque ella se extinga por uso y/o hábito de la función del órgano, sino por la sola modalidad de haber producido la lesión una perturbación funcional de carácter transitorio, **porque es propio de lo transitorio terminar por cualquier cosa**. Tampoco es exacta la afirmación de que la norma es aplicable solo para el caso de que la lesión produzca la perturbación funcional del órgano completo y no de una parte del mismo. Porque tales expresiones, en el campo del derecho penal, hacen referencia a la función que el órgano o miembro desempeña, y no al sentido anatómico que le asigna la medicina en general (Cas. 23 de octubre de 1.946, t. LXII, pag. 148).

La tesis de que, cuando la perturbación funcional solo abarca una parte del órgano o miembro, no todo, solo hay incapacidad, de conformidad con la Ley, no es jurídicamente exacta; proviene ella del concepto equivocado de que solo hay perturbación funcional cuando afecta la totalidad de un órgano o miembro, según su clasificación genérica (miembro superior, miembro inferior, órgano de la respiración y de la locomoción, de la nutrición) y no cuando afecta un sector o parte de órganos o miembros (aprehensión, masticación, deglución, manos, brazos, etc.), llegando así a la conclusión de que la incapacidad de la función causada por una lesión (cuando no pueda equipararse a incapacidad o enfermedad), no es penalmente sancionable como perturbación, lo que es igualmente equivocado .

La ley penal, por eso, frente a la hipótesis de la mayor o menor extensión o gravedad de las perturbaciones funcionales, estableció una escala de penalidad dentro de la cual el Juzgador pueda actuar, de modo que si abarcaren en su totalidad, un órgano o miembro, se acercará al máximo de la pena, y al mínimo si una parte o sector de ese órgano o miembro. **Es inaceptable por lo tanto la tesis de que la perturbación funcional se equipara a la incapacidad cuando no afecta la totalidad de un órgano o miembro** (Sent.25 de Enero de 1949,t. LXV pag.407; 18 de Julio de 1.952 t.LXXII pag.703).

La ley penal emplea los vocablos órgano y miembro en sentido funcional para los efectos penales y no en sentido anatómico, y por eso dice la norma: si la lesión produjere la perturbación funcional transitoria de un órgano o miembro ... , si la perturbación funcional o psíquica fuere permanente ... ; de suerte que está refiriéndose a las perturbaciones producidas por el hecho de las lesiones y no a los casos en que la lesión causa solamente trastornos en los elementos anatómicos que integran el órgano o miembro, sin que tengan capacidad para

alterar la función de estos, situaciones en las cuales sería inaplicable la norma. Esto tendría lugar en los siguientes ejemplos: en la simple pérdida de la yema de un dedo, en un ligero desgarramiento del pabellón de la oreja, en la pérdida de un diente, etc. en los que no se debilitan ni restringen las operaciones de la aprehensión, audición y masticación .

La tesis de que la incapacidad para trabajar se confunde con la perturbación, cuando esta es transitoria o de corta duración, no puede aceptarse en la exégesis de la legislación penal que rige, porque de ser de otra manera, las demás secuelas de la lesión perderían su **existencia autónoma**, que la ley consagra, para reducirlas arbitrariamente a un común denominador, que sería la **simple incapacidad de trabajo que todas ellas comportan, en mayor o menor grado**, y que no impide tenerlas en cuenta para graduar la penalidad, según se manifiesten en cada caso particular. De no ser ello así, habría que formar un cuadro de incapacidades clasificándolas por categorías, señalando cuales pueden admitir dicha confusión, porque no sobrepasaron en mucho la simple incapacidad para trabajar, y cuando sucede lo contrario, **porque el tiempo que duró la perturbación o cualquier otra de las consecuencias de la lesión, resulta igual o más larga que la incapacidad, dosimetría de las lesiones que no autoriza el Código Penal**

La perturbación funcional implica criterio. Aquí entra el concepto de alteración, **aunque sea en mínima parte**, y el de supresión de una función orgánica, sin que este criterio distinto, como la imperfección estética o la modificación de las formas propias de la eurtimia corporal, tenga que ver nada para fijar su alcance, porque no se trata de deformidad física ni de desfiguración facial, en las que atiende preferentemente a aquel criterio.

La aplicación de la norma del Código Penal, no está subordinada al concepto de la enfermedad o incapacidad para trabajar, sino al hecho fundamental de que la lesión produzca, una perturbación funcional transitoria, de un órgano o miembro y cuando esta perturbación funcional o psíquica es permanente, la pena se aumenta . (G.J. t.LXVI ,1949, pag.179)".

Perturbación Psíquica. " Sobre esta posible secuela de las lesiones personales dijo el Dr. Baquero que se ha considerado conveniente distinguir la perturbación funcional, en general, de la perturbación psíquica, en particular, porque **esta es lesión muy grave** que necesita tratamiento especial.

Pérdida anatómica o funcional de un órgano o miembro.

Sobre esta definición hay que prever dos hipótesis: la pérdida de la función (forma simple) y la pérdida anatómica del órgano o miembro (forma agravada). En el primer caso la función desaparece aunque el órgano o miembro se conserve anatómicamente, en el segundo se pierde tanto la función como el órgano o miembro."

A lo largo del discurso jurídico anteriormente expuesto, vemos como los autores equiparan la perturbación psíquica a la perturbación funcional (por excelencia ?), mas sin embargo, ha sido considerada en renglón separado " por ser de naturaleza más grave y específica, que requiere además tratamiento específico ". Quiero expresar que comparto este criterio con los autores mencionados. Mas sin embargo en la graduación de las penas, finalmente las mayores sanciones han quedado para la deformidad física permanente en rostro y para la pérdida anatómica de órgano. (Ver gráficas). Cómo cuantificar y quién cuantifica las pérdidas anatómicas de cerebro cuando de traumas cráneo encefálicos graves se trata?.

En esta graduación de las penas el abogado y el legislador han dado una punibilidad al compromiso del psiquismo en un lesionado, en mi sentir en un

término razonable. Resulta paradójico que algunos Psiquiatras encargados por vocación de velar por la integridad psíquica de las personas deseen que la punibilidad haya sido menor. Con los anteriores argumentos jurídicos considero necesario insistir hasta la saciedad que si el psiquismo se perturba el Psiquiatra debe dictaminar perturbación psíquica y no incapacidad médico legal.

EL PSIQUIATRA Y LA SALUD MENTAL .

El término salud mental hace referencia no solamente a la ausencia de signos o síntomas, como expresión del **ideal mínimo** de salud sino también al **ideal máximo**. Entendido este último, como la utilización óptima de las capacidades de un individuo en determinado momento.

Visto así el Psiquiatra estudia a diario las condiciones en las cuales no se obtiene ese ideal mínimo (trata a diario lo infrahumano, lo marginal: la delincuencia, la adicción, la psicosis...). El Psicoanálisis ha prestado en cambio, mayor atención a los mecanismos para la obtención de la salud mental en términos del **ideal máximo**. (Ver tabla de Reacciones defensivas).

Los eventuales sujetos de un trauma biopsicosocial pueden encontrarse en la amplia gama representada desde el **ideal máximo** pasando por el **mínimo** y llegando a los extremos de lo marginal. Ver gráfico. No olvidar que el niño tendría un esquema diferente por ser un organismo en **proceso de maduración**. (Debe ser sujeto de definición y consideraciones específicas en materia de reacción al trauma).

Considerando el anterior esquema interaccional entre la normalidad y la anormalidad debe ser comprensible que un evento traumático puede llevar a un ser lesionado de muy diversos puntos de partida y a muy diversos puntos de llegada. (A--A', B--B', C-C', D--D"). Por lo anterior no son convenientes como definición de la perturbación psíquica, aquellas tomadas de la nosología psiquiátrica (enfermedades, trastornos o síndromes) contenidas en los manuales de clasificación. La definición de perturbación psíquica ha sido dada por la legislación como "daño en la integridad psíquica ".

Para no apartarnos de los delineamientos jurídicos básicos para el dictamen de perturbación psíquica podríamos ampliar dicha definición diciendo que es: "El menoscabo en una o varias de las áreas del funcionamiento mental (...), teniendo en cuenta el estado previo de salud (pre-sanidad) y con relación a un evento traumático (delito) en proceso de investigación jurídica. Dicho menoscabo debe ser cualificable y cuantificable por los muy diversos recursos del ejercicio psiquiátrico y psicodinámico, mediante evaluación clínica, escalas, pruebas y diversos auxilios paraclínicos de laboratorio y radiología. Es conveniente tener en cuenta que si se trabaja con la sola evaluación clínica esta debe demostrar una desmejoría en la condición de leve, que así debe expresarse al funcionario Judicial. En cambio si se recurre al uso de escalas, cada una de ellas **trae su calificación intrínseca**, a partir de la cual puede hablarse de alteración, desadaptación o deterioro.

En el caso de los niños la situación es diferente. Es preciso evaluar la desviación en el desarrollo, la detención en el mismo o la regresión y a que niveles.

Procedimiento. Será tema de otro capítulo el cómo hacer el diagnóstico.

Pero hay diagnósticos de perturbación psíquica cuya evidencia comienza inmediatamente al trauma. Otros en los cuales el diagnóstico no es muy claro, los exámenes auxiliares se hacen necesarios y el diagnóstico puede dejarse diferido. Hay también exámenes posteriores a un hecho traumático que aparecen como normales, pero que las manifestaciones patológicas son de esperar en un tiempo posterior. Esto está demostrado con anterioridad en los innumerables trabajos científicos existentes en la humanidad expuesta siempre al trauma y la guerra. Estos casos son verdaderamente aquellos en los que podría

utilizarse el término secuela.

REACCIONES DEFENSIVAS

(Tomado de "Treatment of Mental Disorder", de Alexander)

Tipo de defensa	Efectividad	Resultado
I. Sublimación	El más alto nivel de operaciones defensivas flexibles.	Adaptación
II. Desplazamiento Formación Reac- tiva. Aislamiento. Negación.	Defensas inflexibles. Altamente efectivas	Conflicto
III. Intelectuali- zación. Re - presión.	Defensas inflexibles. Moderadamente efectivas	Conflicto
IV. Inhibición Proyección	Defensas solo ligeramente efectivas. Última trinchera	Conflicto Excesiva alerta
V. Inhibición gene- ralizada. Regre- sión. Auto-ataque Introyección.	Defensas inefectivas. Rendi- ción más que defensa.	Extenuación

25. PERTURBACION PSIQUICA

“Existen otras lesiones que no sangran...
un gesto, una palabra y esas heridas
cómo lancinan con sus estigmas el alma”
Herman Lema

El dictamen de perturbación psíquica que tan polémica se ha vuelto en el último año, es de gran complejidad y cuidado (1) pero el más semejante con el trabajo clínico psiquiátrico. Es la parte de la psiquiatría forense que nos permite seguir conservando nuestras condiciones de clínicos y aún de terapeutas. Exige conocimiento de la historia natural de los trastornos mentales (2), de su pronóstico y su prevención, de las urgencias psiquiátricas y un amplio manejo de las sub-especialidades.

Desde mi época de residente y rotando en este Instituto ,compartí con otros peritos una clasificación sobre la perturbación psíquica que aún me parece útil (3). Es la siguiente:

1. Perturbación Psíquica sin daño orgánico (Torturas, Secuestros, Corrupción).
2. Perturbación Psíquica con daño orgánico.
 - 2.1. Perturbación Psíquica con daño en el Sistema Nervioso Central (Lesiones personales con Trauma cráneo encefálico)
 - 2.2 Perturbación Psíquica con lesión en órgano diferente al Sistema Nervioso Central (Lesiones personales con politrauma pero sin compromiso cerebral, delitos sexuales...)

El anterior marco general da cabida a las numerosas entidades clínicas que podríamos mencionar a manera de ejemplo de perturbación psíquica.

Neurosis traumáticas (antiguamente Neurosis del Ferrocarril, Neurosis de Guerra, de Combate) hoy más conocidas como Síndrome de stres post-traumático agudo o crónico o retrasado (4,4') (con reexperimentación del evento traumático: recuerdos intrusivos, sueños recurrentes, comportamientos repentinos), embotamiento de la capacidad de respuesta (constricción del afecto, disminución notable del interés).

Reacciones psicóticas, depresión reactiva, duelos patológicos. Reacciones situacionales agudas y crónicas. Todos los Síndromes mentales orgánicos por trauma cráneo encefálico: síndrome del lóbulo frontal, del lóbulo temporal (bilateral, izquierdo o derecho). Síndrome de tronco y diencefalo, síndrome cerebeloso, síndrome pos-conmoción, pos-contusión. Neurosis pos-trauma craneano. Trastorno de personalidad postraumático. Psicosis pos-trauma craneano (uno o dos años después del trauma). Síndrome de expansión (Blast) cerebral en personas expuestas a detonaciones (bombas explosivas), síntomas que duran dos años y dejan una disfunción leve. Lesiones por electricidad y por irradiaciones (5).

En niños: síndrome de privación materna, síndrome de maltrato infantil, síndromes ansiosos, regresivos, fóbicos conversivos y reacciones disociativas. Trastornos de conducta. Síndromes depresivos, déficit perceptivo-motores y por ende detención en el crecimiento (6,7,8,9).

En las personas con lesiones corporales: síndromes de despersonalización y depresión pos-operatoria. Distorsión en la imagen corporal con conflictos de la identidad sexual. Depresión omnipresente y miembros fantasmas. Trastornos psicosomáticos e hipocondríacos (especialmente cuando las pérdidas son en aparato gastrointestinal).

Es válido lo escrito en el pretérito por el Dr. Mora sobre la dificultad en la elaboración del dictamen y por ello recomendaba: "cuidadosa historia psiquiátrica elaborada a lo largo de varias entrevistas clínicas, la información recabada de los familiares o personas que conocieron al ofendido antes de producirse la lesión o el accidente, un examen mental profundo y detallado y la ayuda invaluable de otros profesionales, como el neurólogo forense, el psicólogo forense, para dilucidar el problema y detectar casos de simulación". "Son necesarios en algunos casos exámenes clínico-neurológicos, análisis de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, arteriografía cerebral, el escanigrama y las pruebas psicológicas..."Agregaría que para el momento actual se hacen necesarios los electroencefalogramas activados (10), la neuropsicología (11), los potenciales evocados, la resonancia nuclear magnética, laboratorio clínico especializado e interconsultas a otras subespecialidades. Lamentablemente no contamos con los recursos anteriormente anunciados.

"Cada caso debe estudiarse en particular y dictaminar al respecto a plena ciencia y conciencia, sin pretender hacer una escala general para homologar términos de la psiquiatría clínica con conceptos de la psiquiatría forense, puesto que los dictámenes se elaboran para un determinado momento de la vida de un individuo específico, sometido a circunstancias especiales y dentro de un medio ambiente también propio". Es preciso empeñarnos en que esto sea una realidad.

DEFINICION:

La perturbación Psíquica es la figura jurídica contemplada en el código penal. Definida por los legisladores (Irureta-Goyena) como "ataque a la integridad mental o psicológica" (12).

Tanto la teoría como la práctica psiquiátrico-forense y jurídica considera la perturbación psíquica, como una consecuencia o secuela médico-legal de las lesiones personales (S.M.O.) como una lesión personal más o como parte o elemento integrante de otros delitos en sí. (secuestro, tortura, corrupción).

Perturbación Psíquica es el menoscabo o daño en la salud mental causado o desencadenado por un evento traumático. Dicho evento traumático, calificado como delictivo en el código penal, puede estar tipificado como tal antes del dictamen de perturbación psíquica, o el dictamen puede ayudar a su tipificación; como en el caso de la tortura psicológica.

He leído en los escritos jurídicos de la práctica diaria que la perturbación psíquica es para los abogados equivalente de una lesión personal en sí, una secuela de una lesión sobre el sistema nervioso central o la consecuencia de una lesión sobre otro órgano de la economía.

De su definición se desprende una consecuencia: Este dictamen exige el diagnóstico de la personalidad y estado mental previo al evento traumático, el diagnóstico del funcionamiento mental posterior al evento traumático y el

pronóstico de este funcionamiento mental. Los recursos bio-psicosociales con que cuenta el examinado, y en algunos casos el apoyo que recibe de su agresor(es) son muy importantes. Una perturbación psíquica transitoria sin ayudas terapéuticas puede convertirse en perturbación psíquica permanente.

En mi opinión es en esta área del ejercicio forense en donde se conserva más la condición original del trabajo clínico, en donde es de más utilidad el diagnóstico clínico y el conocimiento de la historia natural de los trastornos mentales. De su naturaleza, su evolución, tratamiento y pronóstico obtendremos las bases para orientarnos hacia la permanencia o transitoriedad del trastorno.

DIAGNOSTICO CLINICO:

La clínica de la perturbación Psíquica está magistralmente expuesta en los textos de Psicopatología (13,14,15,16,17,18,19,20) y especialmente en los tratados sobre trauma, intervención en crisis (21) y urgencias en psiquiatría (22). Para hacer el dictamen de perturbación psíquica es necesario hacer al funcionario judicial en cada caso una clara diferenciación entre la personalidad premórbida y la relación causa a efecto del hecho investigado y la signología o sintomatología presentes.

En los últimos meses hemos visto con preocupación en algunos peritos, la tendencia a negar la existencia de la perturbación psíquica porque en la persona existía algún rasgo psicopatológico previo. (Quién no lo tiene? y con mayor frecuencia en las víctimas, por ello están expuestas al riesgo) (23) o a convertir los cuadros de perturbación psíquica en simples mecanismos adaptativos (24).

Hemos visto equiparar la depresión pos-trauma en la infancia a un mecanismo adaptativo!. (¿la enfermedad como mecanismo adaptativo?!). (25)

INTEGRACION BIO-PSICOSOCIAL:

Cualquier aproximación al estudio diagnóstico de la perturbación psíquica debe tener en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y SOCIALES que la producen. El presente siglo es especialmente rico en estudios sobre el Psiquismo y existen cuerpos integrales del conocimiento y complementarios entre sí que no pueden ser desconocidos por el perito.

La Psicología Evolutiva (26,27,28) aporta un cuerpo teórico y coherente acerca del proceso de desarrollo y organización del psiquismo y por tanto de sus noxas (J. Piaget) (29,30). La Neuropsicología explica la alteración de los procesos mentales como resultantes de las lesiones cerebrales (31).

La sexualidad ha sido ampliamente estudiada y en este terreno el marco psicoanalítico y psicodinámico es apenas uno entre tantos (32,33,34,35,).

Existen múltiples estudios sobre el Maltrato físico (36,37), abandono físico y emocional del menor (38) maltrato psicosocial, el abuso sexual (39,40,41,42,43,44), la violencia (45), los desastres (46,47,48), etc. La psicología aporta un marco teórico sobre los procesos cognitivos y sus alteraciones (Psicología cognitiva). Las escuelas culturalistas y la Sociología y nuevamente el psicoanálisis aportan información sobre los factores sociales generadores de patología post-trauma (49,50,51,52,53,54,55).

Sobre el punto qué es el Psiquismo seguirá existiendo gran controversia. Para acceder a su estudio debemos considerar la base orgánica y las relaciones del hombre con su medio. Si bien es cierto el cerebro es la condición del pensamiento, en ningún caso el cerebro es igual a la totalidad de la actividad

psíquica (56). Digo esto porque en las reuniones sobre perturbación psíquica ha existido la postura de unos peritos a considerar el cerebro traumatizado como la única fuente de perturbación psíquica, y en terreno compartido con la Neurología! (57). La neurología no considera como suyas la afectividad, sensorpercepción, pensamiento, inteligencia (análisis, síntesis, abstracción). Tampoco la conducta. Es preciso hacer más énfasis en la importancia del cerebro: el rey de los órganos? Y el cerebro del examinador que informará sobre el cerebro del examinado.

A una niña de tres años, la atacó un tigre de bengala. El padre de la menor la sacó de entre las fauces del tigre. La nota de los neurocirujanos Colombianos y norteamericanos informaba de pérdida de masa encefálica fronto-temporo y occipital. Hubo pérdida de vértebras cervicales. Me pregunto por qué se puso en duda el diagnóstico afirmativo de perturbación psíquica en este caso. Se pensó en la pérdida anatómica de un porcentaje del cerebro?. Será que al quedar la masa encefálica oculta por el cráneo nuestros ojos no ven la pérdida. También presentaba síndrome convulsivo (coexisten la perturbación psíquica y la perturbación funcional del sistema nervioso central). He visto procesos de más de dos años en donde la discusión médico-jurídica gira en torno a si la desfiguración es facial o queda cubierta con el cabello y entre tanto el síndrome demencial prosigue su curso sin ser diagnosticado (58).

De otra parte las relaciones del hombre con su medio son mutuas e interdependientes (dialécticas). Si bien el ser humano tiene el poder de modificar el medio en que vive, puede ser mayor el poder del medio para modificarlo. "El ser humano es por lo tanto modificado por las modificaciones que él mismo introduce en su medio" (56).

Todos y cada uno de nosotros somos desde el comienzo de la vida biológicos y sociales. Y subrayo esto último lo social, porque debe ser elemento prioritario en un funcionario de Medicina Legal. Una institución a donde confluyen todos los conflictos violentos y resultantes del Trastorno en la vida social debe delegar sus peritajes psiquiátricos en íntegros humanistas. No existen seres humanos totalmente biológicos, ni totalmente sociales, ni totalmente individuales ni totalmente dependientes... Un perito de la Institución que no logre desplegar en su desempeño profesional-pericial este marco integral, holístico, (para utilizar un término psiquiátrico de moda) caerá en el Reduccionismo Biológico (reduccionismo médico-bioquímico), en el reduccionismo culturalista (mito a la cultura) o en la Egotría (exaltación del yo).

ACTITUD DEL PERITO:

Es necesario saber colocarse como auxiliar de la Justicia y no como Juzgador o Legislador. A la vez expresar los desacuerdos o incongruencias entre la psiquiatría y los códigos. Si la incongruencia persiste, no debemos por esto cambiar la

psiquiatría y sacrificarla en pro de un artículo de un código. Dejemos a los legisladores que revisen si es insuficiente o exagerada la pena impuesta en casos de Perturbación Psíquica. La psiquiatría en lo esencial debe ser autónoma e independiente del código. En el sentir de algunos psiquiatras el incesto debería ser más penalizado que el Acceso Carnal entre extraños y sin embargo el código establece menor pena (protección del legislador masculino?) (59). Estaría bien que el psiquiatra recurriera a artificios psicológicos para manipular y que el Juez aumentase la pena?. Buscan algunos peritos, artificios psicológicos: (negación, justificación, racionalización) para disminuir la pena del sindicado de perturbación psíquica?

SALUD MENTAL DEL PERITO:

Las palabras son insuficientes para demostrar la importancia de la salud mental del perito para este dictamen. Y si no podemos aspirar a buena salud mental, es al menos necesario que el perito conozca su funcionamiento intrapsíquico, su psicodinamia (60). El compartir durante varios años mi vida laboral con otros peritos me permite afirmar que la estructura básica de personalidad del perito puede convertirse en un escotoma que le impide ver el diagnóstico forense (61,62,63,64).

Así un perito con rasgos depresivos, no ve la depresión pos-trauma del lesionado. Un padre maltratante no ve en el niño maltratado las consecuencias de ese maltrato. Un perito hombre, seductor, proyecta en la mujer violada sus conflictos sexuales y la hace responsable de la violación.

Conocemos del caso de una niña secuestrada, torturada y sometida a vejámenes sexuales durante largo tiempo. Fue hallada polisintomática en la valoración psiquiátrica forense, pero el perito expresó que esa patología correspondía a su personalidad previa (histeria!).

El perito del género masculino, con rasgos fálicos y personalidad paranoide, puede hacer negación de sus minusvalías y sistemáticamente negar en el otro las evidencias del trauma (como no las aceptaría para sí. El aceptarlas sería aceptar su debilidad) (65). Los rasgos maníacos de personalidad y el uso masivo del mecanismo de la negación, permiten que el perito convierta la psicopatología de los examinados, al igual que la suya, en conductas normales. Las mujeres generalmente más "moralistas" buscan la culpabilidad de la víctima.

Es absolutamente indispensable que los peritos conozcan el desarrollo humano integral, el desarrollo de la sexualidad, el pensamiento evolutivo del ser humano. Pero no solamente esto. Es necesario que conozcan su propio desarrollo y el desarrollo de su sexualidad. Solo este conocimiento longitudinal permitirá ver la trascendencia de las noxas en relación a las diversas etapas de la vida y el impacto de la infancia sobre la vida adulta. Es por su desconocimiento, que los casos en donde las víctimas son niños y niñas sometidas a maltrato infantil o abuso sexual, son los casos que mayor controversia y error han generado. No de otra manera se explica que un par de peritos digan que el abuso sexual en la época de la niñez no tiene trascendencia a la vida adulta o que un ser humano puede estar muy perturbado en su sexualidad infantil, y de adolescente (66), pero que llegando a la adultez se corrige. De acá se desprende que los exámenes para dictamen de perturbación psíquica en los cuales los ofendidos sean menores de edad exijan gran capacitación de parte del perito.

Aspectos de procedimiento para el dictamen de perturbación psíquica: Hay dos eventualidades:

1. Diagnóstico retrospectivo: Sobre hechos antiguos, con proceso en etapas avanzadas de la investigación y con la posibilidad de encontrar en los mismos las historias clínicas y demás documentos coadyuvantes del diagnóstico.

Para el diagnóstico retrospectivo, en mi opinión, se necesita una valoración psiquiátrica y/o (valoración psicológica?) mediante entrevista psiquiátrica estructural (en términos de Otto Kernberg) (67) con la finalidad de establecer la estructura de personalidad y el estado mental del examinado antes del evento considerado traumático. Establecer el funcionamiento mental posterior a dicho evento. Considero importante subrayar que este dictamen es al igual que el dictamen de imputabilidad un estudio de caso y no se pueden establecer equivalencias infalibles del diagnóstico clínico al diagnóstico psiquiátrico forense.

Pero si pueden existir aproximaciones muy generales, que un buen clínico conoce: Los cuadros agudos y no más de seis meses, con remisión total o aceptable de la sintomatología podrían equivaler a la Perturbación Psíquica Transitoria. Los cuadros crónicos y con remisión parcial de la sintomatología, que deben ser informados como tal al Señor Juez, podrían ubicarse en la franja de la probable Perturbación Psíquica Permanente, al igual que los cuadros irreversibles.

2.Estudio prospectivo: La persona llega al Instituto de Medicina Legal, bien durante la fase aguda o inicial del hecho traumático y apenas en etapas preliminares o con intención de la denuncia. O en fase de evolución de "X" cuadro clínico encontrándose el ofendido(a) con o sin tratamiento.

El poder examinar a un lesionado(a) al momento inicial del trauma brinda al perito la posibilidad de constatar por sí mismo los signos o síntomas pos-trauma. No sufre las distorsiones por otros examinadores. No está expuesto a la incredulidad que nos despiertan los casos examinados tardíamente.

Dudamos de la veracidad de los signos o síntomas relatados por otros o solamente informados por la víctima (simulación?). En estos casos, estudios prospectivos, se impone algunas veces dejar el diagnóstico diferido. Orientar a los lesionados a los tratamientos adecuados, en los sitios y con los profesionales del caso, o en las entidades estatales (escasas). Esperar la evolución ojalá favorable por las intervenciones terapéuticas que hayamos recomendado. No siempre se realizan por causas de fuerza mayor.

Dentro de un programa de eficiencia institucional y mejor asistencia a la víctima (dictámenes de perturbación psíquica) toda la Justicia y la Medicina Legal deben encaminarse hacia un oportuno examen y atención al lesionado.

26. *Familia*

Relación de pareja

El *ser humano*, conciente o inconciente, busca superar su soledad y compensar su sentimiento de invalidez provocado por las condiciones de su entorno; para lo cual tiene diferentes alternativas, algunas implican interrelación, otras no, siendo éstas en general transitorias y parciales. Paradójicamente, frente a esto, se mantiene el *imperativo biológico del hombre* cual es seguir viviendo, en otros términos subsistir, sobrevivir, individualmente (para lo cual "posee" una tendencia que lo lleva a retener las cosas y a adquirir objetos del ambiente, es la agresividad preventiva o defensiva), y éste impulso prima sobre la tendencia sexual y de reproducción de la especie, por esto en el ser humano encontramos las parejas ambivalentes eros-tanatos, amor-odio, compañía-soledad.

Los tiempos actuales presentan variabilidad en los roles del hombre y la mujer, los comportamientos sexuales y las funciones reproductivas. Las formas de relacionarse la pareja, están sometidas a la evolución y a los cambios. Frecuentemente es cuestionada la relación de pareja, la institución matrimonial, llegando a constituirse algo que podríamos llamar formaciones reactivas como "el amor sin obligaciones" "la unión de compañeros emancipados", "el sexo en grupo" "los intercambios de pareja". Analizaremos la pareja monogámica dentro de nuestro marco socio-cultural.



Historia Natural. Dentro de un contexto un tanto contradictorio y a pesar de los cambios que se sucedan, la pareja seguirá pasando por tres etapas básicas; elección, unión y disolución. Enlazando cada fase se encuentra un acontecimiento. El matrimonio (o unión libre) entre la elección y la unión. La muerte o la separación entre la unión y la disolución. Lo anterior nos permite mostrar a la relación de pareja como un proceso, y no como un estado. Un proceso al cual los individuos ingresan desconociendo el camino que van a recorrer. Se ubican sin saberlo, apenas en el punto de partida de la pareja.

La elección de pareja. Está determinada cuando menos por cuatro factores. El primero, el amor, con un significado complejo y cuyo núcleo es acoger al otro en uno mismo, pero cuya existencia y permanencia no depende de "encontrar al compañero apropiado" como tampoco su

existencia garantiza la ausencia de conflictos o contradicciones. Un segundo factor representado por la tendencia a elegir pareja que pertenezca al mismo medio socioeconómico. Un tercer factor es la presión social que se ejerce sobre las personas para unirse en pareja y huir de las imágenes de solterón o solterona, o de persona con tendencias homosexuales. Un cuarto factor, importantísimo, es el *procedimiento inconsciente de elección de pareja*. El por qué elegí esta pareja y no aquella. Se han postulado diferentes explicaciones tales como la atracción de los integrantes de una pareja por la existencia de conflictos individuales similares. Tienen la esperanza de poder curarse mutuamente sus lesiones y frustraciones o de que el otro le permita liberarse de los propios temores. Neutralizar o solucionar por la unión sus conflictos interiores o sus culpas inconscientes de anteriores relaciones. Estas expectativas parcialmente inconscientes, se ven frustradas y el intento de curación mutua no se logra. Se llega solo a repetir o reeditar los conflictos, generándose de esta manera, sin saber por qué, más frustración, rabia y odio que empiezan a actuarse con la pareja.

Desde este punto de vista psicodinámico se han planteado cuatro tipos de elección inconsciente de pareja, las cuales conllevan riesgo de realizar una elección patológica:

1. *Elección narcisista*. Se busca así encontrar una pareja que **no** tenga aspiraciones propias y por tanto que "nos adore e idealice".

2. *Elección oral*. Se busca satisfacción pasiva de necesidades orales, en la dimensión madre-hijo, padre-hija, buscando ser cuidado(a) y mimado(a).

3. *Elección sádica*. En donde se encuentran las clásicas ambivalencias y emparejamiento de contrastes, actividad-pasividad, autonomía-dependencia, sadismo-masoquismo.

4. *Elección edípica*. Implica una actitud neurótica, errónea. Existe un claro conflicto edípico sin resolver y la firme e intensa necesidad de encontrar en el cónyuge el progenitor perdido. Por eso Karen Horney dice que ni más ni menos lo que nos lleva al matrimonio es la esperanza de encontrar en él la satisfacción de todos los antiguos deseos nacidos de la situación infantil.

La anterior motivación edípica ocurre aun en psiquismos normales. La existencia de estos deseos pueden amenazar la permanencia y estabilidad de la pareja. En primer lugar por que él Ello, el instinto, ha sido engañado y el objeto actual no responde en absoluto a los deseos infantiles. Como dijo Freud "el esposo o la esposa no son más que un mero sustituto". Por otra parte puede apenas llegar a instaurarse una relación respetuosa y de cariño como la establecida en la infancia con los progenitores y bloquearse así el impulso sexual, disociarse y buscar otros caminos.

El matrimonio es la más compleja de las relaciones humanas. Exige la mayor cantidad de identidad, madurez, estabilidad, autonomía y energía para llegar a alcanzar el *amor conyugal y paterno y materno-filial*.

Amor conyugal. Sager lo define como un vínculo duradero, caracterizado por una razonable capacidad de aceptarse y tolerarse entre si, no rivalizar demasiado, por la comprensión y el respeto de las diferencias sexuales, por la comprensión de las limitaciones, la existencia de fidelidad y dedicación mutua, comunicación íntima, capacidad de espera sobre todo en la satisfacción de necesidades infantiles, por una relación apasionada significativa y al mismo tiempo

por la capacidad para dejarse cuidar y ser un padre o una madre para con el cónyuge, en caso necesario.

Esta relación de pareja permitiría la expresión del amor materno y paterno.

Amor materno. Dice Eric From que al darse en un plano de desigualdad, debe ser incondicional, altruista y generoso, pues no debe obtenerse nada a cambio. Se centra en una función de protección, y la retribución podríamos considerarla como una satisfacción narcisística en la medida que se asume el niño como una parte de la madre, diciendo que "la madre trasciende en el niño". Por esto la madre debe cuidar el niño para que éste crezca, pero debe también permitir que éste se separe. Esta situación ideal no siempre se da en toda mujer.

Amor paterno. Descrito por From como condicional (te amo porque llenas mis aspiraciones, porque cumples con tu deber, porque eres como Yo). El amor paterno igualmente se desarrollará dentro de la pareja. Debe ganarse y puede perderse, por el principal pecado de la desobediencia. El amor del padre debe guiar en la solución de problemas, se rige por principios establecidos social y culturalmente, permite obtener el sentido de competencia y si es sentido y expresado con paciencia y tolerancia, se va convirtiendo en el niño en su propia autoridad. Este es un prototipo del funcionamiento del amor, pero algunos hombres tienen capacidad de desarrollar el prototipo de amor materno, a la vez que se observan mujeres que se comportan con el modelo de amor paterno.

El amor a sí mismo, enfocado como la auto-afirmación del ser humano, ya que la comprensión y la responsabilidad por nuestra propia integridad, es decir el amor a nosotros mismos, nos permite amar a los demás. Cuando no se logran los enunciados anteriores se produce finalmente la Separación Conyugal.

La Separación Conyugal. Los tiempos actuales, plantean cada vez más como una de las formas para resolver el conflicto entre los cónyuges, la separación conyugal. Estadísticas nacionales muestran que en 1966 ocurrían 96 separaciones por cada mil matrimonios, en 1980 ascendieron a 165 por mil.

En un reciente trabajo realizado por el Doctor Carlos Gómez Fuentes, Médico especializado en Salud Pública y Psiquiatría, encontraba como causales para la separación en su orden, los siguientes argumentos: dificultades con las familias de los cónyuges, infidelidad descubierta de uno de ellos en cifras mayores al 50%, rechazo al sometimiento a las costumbres del otro, causal argumentada generalmente por la mujer, dificultades sexuales, rechazo al comportamiento del cónyuge que se comporta "como un hijo", generalmente el varón, problemática económica, a pesar de ser un trabajo realizado con un grupo de clase socioeconómica media-alta, en séptimo lugar fueron citadas las causas afectivas como el desamor, que se espera hubiera ocupado el primer lugar, y finalmente otros factores como el abuso de drogas, dificultades con los hijos, maltrato físico, etc.

Todos los factores calificados como conflictos, a pesar de la gran cantidad de variantes, tienen una temática fundamental que es la expresión de causas cotidianas. Factores externos, que pueden considerarse secundarios, superficiales y permiten plantear la hipótesis que son sólo intentos para ocultar conflictos reales que permanecen inconcientes a los ojos de los cónyuges. El mismo trabajo mencionado

localiza la iniciación de la problemática en los dos primeros años de matrimonio. El 50% de las parejas estaban separadas a los cuatro años de matrimonio, lo que indica que con un corto tiempo, se tomó como alternativa de solución la separación.

Anteriormente las convenciones sociales se oponían a la solución de las dificultades conyugales a través de la separación. Hoy esto no es así, y la separación es un hecho social, un nuevo estado civil para el cual no existen aun lineamientos claros, ni derechos, sino tan sólo los deberes y conflictos derivados de la figura jurídica-canónica en que se han visto atrapados sus integrantes.

Creemos que en una gran proporción de casos, la separación, no es una solución de fondo, sino el reconocimiento a la propia incapacidad para resolver una situación de conflicto interno. Es así como se observa la repetición de separaciones en una misma persona, hechos que no son otra cosa que la repetición de un conflicto primario inconsciente, situación en la cual pueden estar implicados los dos cónyuges, uno sólo de ellos, o uno más que el otro.

Pocas veces las parejas en conflicto buscan ayuda adecuada y oportuna. De 53 personas estudiadas, 9 asistieron al psiquiatra, 4 al psicólogo, tres al abogado. Es obvio que la sola asesoría psiquiátrica no es garantía de salvación de la pareja. Es probable que tan sólo sirva ya para un mejor análisis de las causas del fracaso, para un reconocimiento de su elección equivocada, su colaboración en la resolución de la crisis, aceptación de su culpabilidad. Pero ante todo ser útil para hacer una pausa y reflexivamente dar un margen de espera y de cambio, antes de lanzarse a la elección de una siguiente pareja. La experiencia psiquiátrica nos demuestra que quien no busca esta asesoría, no la acepta y la rechaza, continua como ciego que camina a oscuras, pasando rápidamente de una equivocación a otra, tratando en el mejor de los casos, de ser su propio terapeuta.

Numerosos estudios confirman que la mujer parece tener una mayor susceptibilidad para percibir sus disfunciones somáticas o psíquicas. En los registros estadísticos de la consulta médica ocupa el primer renglón la consulta femenina. En la mujer existe mayor tendencia a la pasividad, dependencia, hipocondriasis, timidez, resignación, síntomas que obligan a la consulta. Para el hombre en cambio, se ha encontrado que el narcisismo, la agresividad, psicopatía, paranoia, tendencia al consumismo, y a sentirse soltero para reafirmar su masculinidad, son rasgos que disminuyen la posibilidad que el hombre consulte por sus disfunciones, (estudio realizado por Rojano de la Hoz, Psiquiatra Colombiano).

Separación según sexo. Teóricamente sería igual pues cada separación dejaría un separado y una separada, pero la causal de infidelidad de parte del varón que registra cifras del 50% hace que en la práctica veamos la disolución de la pareja, seguida de la conformación de otra. Predominan en la separación las características generalmente de varón abandonante-mujer abandonada y esto explica el por qué las investigaciones en nuestro medio arrojan un 70% de mujeres separadas.

Mientras los varones pasan rápidamente al nuevo estado de unión de hecho. Paradójicamente, estudios nacionales y extranjeros (U. de Michigan) registran como llamativo que en el 60.4% de los casos

quien toma la decisión de la separación legal es la mujer. Pero la explicación de este fenómeno es clara: transcurrido un tiempo de la separación de hecho y superados los síntomas agudos del trauma de la separación, es la mujer quien generalmente tiene a su alcance la causal o argumento jurídico para la disolución legal. Son mínimos los procesos de separación que se producen de común acuerdo entre los cónyuges, o en los que se invierte el fenómeno a mujer abandonante-hombre abandonado.

Fases del proceso de Separación. Al igual que en cualquiera otra pérdida afectiva, avanza a lo largo de varias etapas conocidas en la psiquiatría con el nombre de Duelo.

1. Los cónyuges pasan primero una etapa de discordia y conflicto, que se va generalizando a todas las áreas de la relación interpersonal, culminando con la separación.
2. Fase de embotamiento de la sensibilidad, de soledad, tristeza, pérdida del interés general, del interés sexual, sentimiento de rabia, odio y venganza. Por ello se ha llegado a pensar que la separación reviste mayor conflicto que la viudez. Esta es una fase variable en tiempo, dependiendo de la estructura psíquica del implicado, pero que no debería pasarse de unas semanas.
3. Fase del anhelo de búsqueda de la figura perdida, que puede prolongarse hasta años y en la cual pueden presentarse conductas de actíng sexual.
4. Fase de desorganización, desesperanza, resignación, que corresponde a la elaboración de cualquier duelo o pérdida.
5. Fase de reorganización en la que se espera una nueva definición de si mismo y de su existencia, recuperando una nueva identidad que permita enfrentar el futuro, sólo o en compañía.

Sabemos que quien no vislumbra una reorganización, es porque no ha terminado de elaborar la pérdida, o duelo, es porque no ha aceptado su separación, como hecho irreversible y permanente, estamos ante una patológica separación inconclusa. Pero no debemos desconocer obviamente, que el rehacer la vida es más difícil para la mujer, ya que sobre ella pesan mayores sanciones morales y mayor limitación en su movilidad social, aunando a esto el hecho, que en la mayoría de los casos conservará el cuidado de los hijos.

Existen visiones distorsionadas en la sociedad en relación a las personas separadas, creyendo que "han llegado a un estado feliz" que podrán disfrutar su restante vida, incluyendo la satisfacción sexual libre de compromisos. Se piensa que el hombre podrá rentar un apartamento de soltero para disfrutar sin restricciones su vida íntima con la mujer que quiera, y a la vez que la mujer podrá entrar en turno, hombres, a la morada que antes fue su hogar. La práctica psiquiátrica a diario nos muestra lo contrario. Dice el hombre: "si tengo deseos sexuales, a veces no tengo más que el recurso del prostíbulo o el sitio de diversión"; y dice la mujer: "a diario recibo ofertas y propuestas pero tan solo temporales y de naturaleza sexual, que el aceptarlas me dejarían la vivencia de objeto sexual utilizado, con mayor cantidad de soledad y resentimiento". No podemos decir que el fenómeno de la separación, por su alta frecuencia, pase a ser una situación normal.

La separación genera en los individuos una fase de transición dolorosa. Etapa en la cual el pasado atrapa: los vínculos familiares con el cónyuge, el nexo económico, los hijos, las metas que habían

sido planeadas en conjunto. Todo esto gasta un tiempo para deshacerse, un tiempo generalmente mayor a veces que el de la recuperación afectiva.

Hogares Uniparentales. La separación es causa generalmente de la instauración de hogares uniparentales, un sólo padre, generalmente la mujer, cabeza de hogar. Debe así empezar a tener como una nueva identidad, una doble identidad. Cumplir bien o mal el rol materno, pero también cumplir bien o mal el rol paterno. Debe en gran numero de casos asumir una responsabilidad económica total, lo que indica la búsqueda de mayores oportunidades laborales.

En la practica es frecuente encontrar a la mujer cumpliendo una jornada laboral remunerada y simultáneamente actividades de comercio, u oficios tales como tejidos, artesanías, que mejoren el ingreso económico familiar. Además de realizar las funciones propias del hogar y el cuidado de los hijos. Pensemos por un momento en este tópico económico, teniendo en cuenta el dato estadístico nacional del Daño que dice que para adquirir la canasta familiar de un obrero se requieren 2.5 salarios mínimos. Dato por demás cambiante cada día.

El doble rol materno y paterno, y la sobrecarga laboral genera un mayor abandono a los hijos, abandono justificado en miras a la supervivencia del grupo familiar, sentimientos de culpabilidad de la mujer en unos casos por este motivo, y afortunadamente en algunos pocos casos expresiones de resentimiento e ira contra los hijos vividos como estorbos.

Qué decir de los procesos de separación cuando estos suceden en los primeros años de vida de los hijos. Especialmente desde la concepción hasta los tres primeros años, como primer período crítico, y hasta los siete años como un segundo período crítico. Suficientes estudios confirman la necesidad de cuidados maternos al hijo durante sus tres primeros años como garantía de una mejor salud mental futura. Cuidados maternos que en nuestro contexto socio-cultural es difícil que la mujer cumpla si no tiene el respaldo afectivo y económico de su cónyuge. Con bastante asombro vemos en la práctica diaria del Instituto de Medicina Legal que el hombre abandona su hogar y sus responsabilidades económicas y transcurridos unos dos años de separación inicia proceso legal reclamando sus hijos bajo el argumento que la madre los tiene abandonados, o al cuidado de familiares, por dedicarse al trabajo. En otros casos, quiere los hijos para si, violando los pactos amigables de separación que antes hubiera pactado. Esta conducta generalmente es asumida como una medida defensiva contra su patrimonio y su economía, buscando evitar la salida de ingresos económicos para su antiguo hogar.

Cuando el hombre separado conserva la custodia de sus hijos los lleva a su núcleo familiar primario en donde sus padres y hermanas, o sea la abuela y tías paternas de los menores colaborarán en el cuidado de los niños. Son raros los casos en los cuales el hombre hace cambios auténticos y genuinos en su forma de vida, en beneficio de la crianza de sus hijos.

No siempre es fácil el manejo de los hijos en los separados. Habrá generalmente una mayor convivencia, comunicación e intimidad con

uno de los padres. Vemos en la práctica que el cónyuge más interesado en la separación que podríamos llamarlo "abandonante" bien sea hombre o mujer deja los hijos en poder del otro "abandonado" junto con algunos aportes económicos, en el momento crítico de la separación, para facilitarla; o para atenuar sus sentimientos de culpabilidad. En el mejor de los casos con el correr del tiempo se va disminuyendo el vínculo paterno o materno-filial y decimos en el mejor de los casos, porque en muchísimos otros el padre que se ha ido, lo sobrecoge el deseo de tener su hijo y se vuelve en busca de él, por caminos legales o ilegales, permisibles o no permisibles. Esto genera en el hijo ansiedad por la amenaza de destruir el vínculo estable que el hijo haya tenido, si es que ha tenido esta hijo estabilidad con el otro cónyuge.

¿Cómo podrá evitarse que en los casos de separación los hijos menores sean forzados a elegir o escoger a uno de sus padres?

Los niños menores no deben ser forzados a tomar partido por ninguno de sus padres. Bowlby y otros psicoanalistas han demostrado en sus estudios que el niño en sus años escolares no tiene los elementos psicológicos que le permitan enfrentarse, a su padre o a su madre. El hijo pequeño no quiere separarse ni enemistarse con ninguno de los dos, y al ser forzado a opinar a favor del uno o en contra del otro, estamos generando en él sentimientos de culpabilidad y estados depresivos. Las autoridades judiciales con frecuencia dentro de los procesos recurren a "sendas valoraciones psicológicas y psiquiátricas y entrevistas judiciales a los menores para escuchar su opinión". En algunos casos ciertamente, los niños colaboran en la claridad del conflicto, no tanto, por sus comunicaciones verbales, como por sus conductas y gestos pre-verbales. Pero el camino más acertado en estos casos, consiste en el trato cordial que los padres separados logren establecer, como único mecanismo que garantizará la continuación de los vínculos filiales.

Frases como las siguientes hemos escuchado de los menores examinados: "yo quiero vivir con mis dos papas", "si se separan no me voy con ninguno", "prefiero morir", "me quedo con papá porque se que mamá no dejar de quererme" en cambio "si me voy con mamá, pierdo a papá". Innumerables arreglos psicológicos y posibles conductas buscan los menores ante estas situaciones generadoras de pérdida de energía psíquica.

Las **reglamentaciones de visitas**: Para que el uno no se exceda en la frecuencia o para que el otro esté siempre atento y presto a facilitar el encuentro parental-filial. Variadísimo y complejo tema. Cuando conviene y cuando no conviene? Qué frecuencia? Se dan de acuerdo a las necesidades infantiles que son las que deben satisfacerse o cuando las ocupaciones laborales, recreativas y sociales del visitante lo permiten? La frase del Legislador cuando dijo que el padre que no tuviere la custodia de sus hijos, no por eso debería ser privado del derecho de verlos, parece haber pensado más en las necesidades del adulto que en las del menor. Es decir que el adulto no se privará de la ternura que su hijo podría brindarle.

Hace pocos días expresaba un Rector de un Colegio capitalino su observación acerca de la actual reglamentación de visitas y sus implicaciones en la vida escolar. "La sentencia judicial decretó que el menor estuviera con la madre de Lunes a Viernes y que el fin de semana o los festivos vaya de salida con el padre. Quedan así las funciones educativas y un tanto represivas a cargo de la madre y las

funciones permisivas-recreativas a cargo del padre. Se distorsionan así desde temprana infancia los roles a cumplir. Mencionaba el rector citado que todo transcurría en aparente normalidad, hasta cuando un Domingo diferente a los anteriores, el menor retornaría a su hogar y dijo: mamá sabe que he decidido dejar de vivir contigo, porque eres muy organizada, me obligas a estudiar, me regañas, cuando no estás le dices a la empleada que me apague el televisor a las siete de la noche". Así ocurre una deserción escolar debido a un cambio de domicilio.

Los padres separados son en mayor o menor grado víctimas del chantaje y la manipulación de sus hijos. Si no me compras tal o cual objeto, tendrá que pedirle a papá... si me restringen aquello me marchar así sea unos días donde mamá.

Varios escritos hablan de los re-encuentros padre-hijos-separados. Estos alertan sobre el efecto dañino que traen consigo las transitorias reconciliaciones, seguidas de los mini-duelos ante la siguiente separación. Estudios realizados en Norteamérica han encontrado que los hijos de padres separados que continúan sometidos a periódicos encuentros generan en su vida adulta mayor psicopatología. Mientras que los procedentes de padres separados, quienes después de la separación permitieron continuidad y estabilidad tan sólo con uno de los progenitores presentan una mejor salud mental. Empieza en el medio psiquiátrico a considerarse la hipótesis acerca que toda separación conyugal debe contemplar seguidamente que cónyuge ha ofrecido mayor estabilidad afectiva, para que conserve solo el cuidado de los hijos, sin interferencia del **otro**.

Los Alimentos. La casi totalidad de las especies animales cumplen a cabalidad las funciones parentales que la naturaleza les ha encomendado. No abandonan sus crías. Dice el doctor Artidoro Cáceres, notable médico y psicólogo peruano, que los seres humanos calumniábamos a los animales. Cuando un homo sapiens se comportaba con agresión, abandono y desamor decíamos es que "es como un animal". Invitaba a que nos detuviéramos a observar los cuidados amorosos y nutricionales, entre los leones, los chimpacés, los pájaros. No abandonan sus crías, como si la especie humana lo hace con sus hijos.

En los procesos analizados de los seres humanos hemos encontrado que quien no quiere alimentar a sus hijos se insolventa económicamente, abandona su empleo, y busca convertirse en trabajador con ingresos independientes para no ser detectables y no verse grabado con una cuota alimentaria para sus hijos. Examinamos también hombres sanos física y psíquicamente que aducen enfermedad para no cumplir con esta obligación. También nos preguntamos, si sería que el legislador quiso favorecer a alguien en la contienda, generalmente al hombre, cuando dijo que el hijo o su representante legal, casi siempre la madre, debe demostrar la capacidad económica del otro, para que le sea asignada una cuota alimentaria.

A continuación de un proceso de alimentos, el cónyuge demandado instaura un proceso de Custodia y cuidado personal del hijo para sí. El padre demandado por alimentos busca de esta manera evitar la cuota alimentaria que le parece excesiva y piensa que el sostenimiento de su hijo en su nuevo hogar le resultara menos costoso.

Es así como hemos visto que los funcionarios Judiciales, un tanto ajenos al sufrimiento psíquico que genera una separación, envían a examen psiquiátrico a la posible madrastra y a la madre biológica. Preguntan entonces, cual de las dos puede ser mejor madre, si la madre biológica o la madrastra?...

El recurso legal. El auxilio de la justicia es oportuno y adecuado en los procesos de familia? Transcribiremos a continuación dos historias y sobre ellas puede opinar y formar su propio criterio:

Un padre de familia, en una segunda unión conyugal, ante el temor a la separación con su mujer, raptó a su hija que contaba apenas con 5 meses de edad. La llevo a la casa de sus padres e impidió que la madre la rescatara y menos aun que continuara la lactancia materna. Este hombre a quien se diagnostico un Estado Paranoide, registraba el antecedente de un matrimonio anterior. La esposa de esa primera unión, ante las continuas peleas conyugales, huyo llevándose consigo el hijo de ese matrimonio. Por esto, en esta oportunidad el padre opto por esta otra conducta. Tan solo dos años después fue enviada la madre a examen psiquiátrico para determinar "si podía ser buena madre", cuando la menor ya se acercaba a su tercer año de vida. Los tres primeros años son decisivos para el desarrollo y salud mental del niño. Dice Rene Spitz, Psiquiatra, médico Pediatra y Psicoanalista de niños: "cuando el infante separado de su madre no puede hallar un blanco para descargar sus impulsos, primero se vuelve llorón, suplicante, asiéndose a todo aquel que se le acerque, parece como si esos infantes trataran de recobrar el objeto perdido (madre) con la ayuda de su impulso agresivo". (Spitz, Rene. El primer año de vida del niño. Fondo de cultura económica, 1974, pág. 212).

Esta niña pasó los primeros e importantes años de su desarrollo privada de los cuidados maternos, base de la salud mental en la vida adulta (John Bowlby). Ya las actuaciones posteriores tendrían apenas un carácter reparativo de las lesiones causadas a la integridad psicológica.

En otro proceso, envían a examen a la mamá de un menor y a un menor. Ella viene como sindicada de fraude de resolución judicial y su apoderado argumenta que el hijo de su defendida, se esta viendo afectado por las visitas que le han reglamentado al menor. Lo recibe el padre a las 10 a.m. de un día y lo reintegra a las 8 p.m. de otro día... después que este pernocta en la casa paterna. La mitad de las vacaciones la pasa con el padre, la mitad con la madre, etc...

El padre había secuestrado al niño cuando este tenía 8 meses de edad y la madre lo recuperó cuando tenía 12 meses. Con las visitas venia siendo sometido a la pérdida del vínculo materno en forma periódica. Independientemente que sea secuestrado o entregado voluntariamente al padre lo real es la separación de la madre. Esto constituye factor importante de enfermedad mental para la vida adulta. La edad de los 8 meses es justamente la época en que el niño normal comienza a reconocer la madre y a reaccionar con llanto ante el extraño. Cuando se separa de Ella, experimenta ansiedad. La ansiedad es tolerable si la separación es corta (horas). Grande es la ansiedad de un lactante si se le separa por tiempos largos (días, semanas). Dañino también pasar la mitad de vacaciones con el padre y la mitad con la madre. Cuando el niño regresa donde la madre, dice John Bowlby (Médico Psicoanalista, Director del Departamento de orientación de la Infancia, en la Clínica Tavistok Londres y Consultor de Higiene Mental para la Organización Mundial de la Salud. Autoridad en el estudio de los efectos contraproducentes de

la privación de los cuidados maternos) se ven los trastornos inmediatos en el niño. Uno de ellos es la Reacción hostil hacia la madre, resistencia a reconocerla, es como si el menor dijera: "Por que me abandonaste?". El niño pequeño expresa enojo y violencia, y el ya mayorcito puede tener francas expresiones verbales. Es como si el niño responsabilizara a la madre por su abandono. El no puede comprender que existen otros motivos ajenos a la voluntad de ella.

La ansiedad por el abandono materno es una de las causas de neurosis y alteraciones de la personalidad en la vida adulta (enfermedad mental). Los niños pequeños deben ser visitados por el padre en la casa de la madre. El niño no debe separarse de la casa materna. Para que la visita del padre sea útil para el niño debe existir un clima de cordialidad y amistad hacia la madre. De lo contrario el niño se convierte en objeto para agredir al otro adulto. Sólo después de los 7 u 8 años de edad, los niños pueden tolerar separaciones prudentes del lado de la madre.

En general podríamos afirmar que los recursos legales existentes no tienen sentido para amplios sectores de la población, o bien son ajenos a sus condiciones específicas, o su utilización exige recursos, recomendaciones y manejo de toda una serie de instancias que están fuera del alcance de la mayoría de la gente. El hecho que no exista el divorcio para el vínculo católico, deja la única posibilidad de la unión libre en relaciones posteriores. El 46% de los separados de uniones legales que vuelven a unirse están en unión libre, y un 1.5% acuden a la figura simbólica del matrimonio civil en el exterior. Son generalmente los sectores medios y altos de la población que tienen que resolver problemas de separación de bienes, quienes acuden a la legislación vigente.

Estas segundas uniones están dando nuevas formas familiares que algunos sociólogos han empezado a llamar Familia Agregada, rompiéndose de esta manera la antigua visión de la familia patriarcal. Estas transformaciones sociales se están gestando al margen de la legislación vigente del país, que se encuentra un tanto rezagada, pero que seguramente definirá nuevos marcos jurídicos para la relación conyugal.

La salud de los separados. Estudios realizados por Holmes y Rahe en 1976, han demostrado que las personas casadas "son más saludables que las divorciadas, separadas o viudas". Ellos han estudiado la relación entre Stress y enfermedad, indicando que los hechos de la vida que producen más tensión son la muerte del cónyuge (hombre o mujer) seguido inmediatamente por el divorcio y la separación. Obtuvieron estos datos pidiendo a 5.000 personas que comentaran los hechos de su vida, que habían ocurrido un año antes de su enfermedad y calibraron numéricamente estas respuestas.

Son posibles algunas explicaciones con respecto a la relación entre situación marital y salud. Que quien tiene problemas de salud, tenga menor probabilidad de casarse o permanecer casado. Que quien tiene pareja, reciba y dé cuidados médicos. Que la separación indudablemente causa tensiones. Que el matrimonio sea saludable, etc.

Siendo ésta una poca de auge educativo, es apenas razonable que para disminuir el fracaso conyugal se amplíen las campañas preventivas-informativas. Se haga énfasis en la adecuada preparación de los jóvenes que pronto serán padres. Esto puede ayudar a los seres humanos, a reflexionar acerca del importante paso del

27. Psicopatología en Soldados de las Fuerzas Armadas*

matrimonio. Involucrados en un conflicto matrimonial, es útil la búsqueda de asesoría psicoterapéutica. Numerosas personas quedan atrapadas en el complejo vínculo afectivo y legal. Muchas veces el proceso de resolución legal, lesiona tanto o más que la separación misma y divulga ante numerosos escribientes y funcionarios, los aspectos más íntimos y privados vividos con su ex-pareja.

Al Servicio Militar en Colombia, bien sea Ejército, Armada o Fuerza Aérea Colombiana, ingresan frecuentemente jóvenes no aptos desde el punto de vista de salud mental para esta difícil obligación. Hay muchos factores relacionados con este problema como son el carácter obligatorio del servicio, la edad adolescente en que debe prestarse, el origen socioeconómico y cultural de las personas seleccionadas, los conceptos errados acerca del mismo, la personalidad previa al ingreso y las condiciones de estrés físico y psicológico que son inherentes a este estilo de vida. Es de vital importancia para las Fuerzas Armadas que la salud de sus soldados sea óptima, pues estos jóvenes van a estar sometidos a condiciones de vida disciplinaria y a tener bajo su responsabilidad el manejo de armas. La precisión de los factores relacionados

con la enfermedad mental impediría en un alto porcentaje la desacertada incorporación de algunos jóvenes, preservaría la salud de los seleccionados a soldados y mejoraría la calidad del Servicio Militar.

Estudios realizados en otros países, entre ellos Norteamérica a raíz de los conflictos armados, han demostrado que no es tan sólo

** Resumen de la Tesis para optar al título de Especialista en Psiquiatría. María Idalid Salazar. Hospital Militar Central. Bogotá.*

necesaria la normalidad psiquiátrica para mantener el equilibrio emocional durante el servicio militar, ya que el esfuerzo y la tensión pueden producir enfermedad mental en personas consideradas normales lo mismo que en aquellas con disposición neurótica. Y partiendo ellos del supuesto de la normalidad psiquiátrica han orientado sus esfuerzos a perfeccionarse en el manejo y tratamiento de su personal considerado normal, para disminuir el número de bajas psiquiátricas en sus filas.

Con el presente trabajo quisimos nosotros dar un primer paso en este sentido haciendo el diagnóstico de las enfermedades mentales en una muestra de soldados atendidos en el Hospital.

Como OBJETIVOS tomamos los siguientes: 1. Determinar la frecuencia, porcentaje y tipo de enfermedad considerando su diagnóstico principal y secundario. 2. Establecer la frecuencia y porcentaje de soldados que ingresan con antecedentes de noxas perinatales, desnutrición materno-infantil, trauma craneo-encefálico y/o enfermedad convulsiva, dependencia a drogas, hospitalizaciones psiquiátricas previas y conductas sociopáticas. 3. Mostrar frecuencia de traumas craneoencefálicos sufridos en servicio militar y asociados con enfermedad mental. 4. Determinar el tiempo promedio de hospitalización de cada soldado. 5. Determinar la frecuencia de reingresos al Servicio de Psiquiatría. 6. Medir la frecuencia de soldados procedentes del rea urbana y rural.

Propósitos: 1. Promover estudios tendientes a precisar factores predisponentes, contribuyentes y desencadenantes de las enfermedades mentales aquí encontradas. Precisar criterios de selección desde el punto de vista de salud mental durante el reclutamiento de estos jóvenes. 2. Promover la no incorporación de jóvenes con los antecedentes descritos en el Objetivo número 2.

EL UNIVERSO estuvo formado por el total de soldados de las Fuerzas Militares que requirió atención psiquiátrica intrahospitalaria del 1.º de Agosto de 1977 al 31 de Julio de 1982 (5 años de estudio):

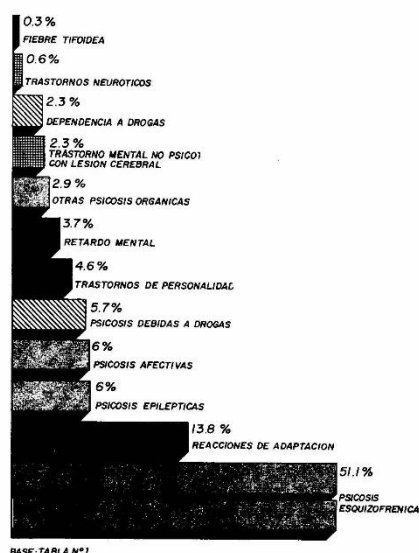
548 CASOS. LA MUESTRA: 348 soldados, jóvenes entre 16-19 años, cuyas historias contenían la información necesaria para los objetivos y propósitos mencionados.

Por brevedad mostrar tan sólo el cuadro final de la recolección y procesamiento de datos. Registra entre otros: Tipo de enfermedad según D. primario y secundario en algunos casos, pues la asociación de dos o más diagnósticos psiquiátricos fue muy alta. Codificados según la clasificación internacional de enfermedades-novena revisión (CIE-9). Los traumas o noxas perinatales, ejemplo: anoxia intraparto, la desnutrición materno-infantil y antecedentes de traumas craneanos son situaciones clínicas claramente indicativas de compromiso neuropsiquiátrico. El antecedente franco de drogadicción fue considerado tanto en el tiempo de consumo, número de sustancias, síntomas de adicción y síndrome de abstinencia. Fue incluido aquí el alcoholismo y se excluyeron los jóvenes que tenían uso esporádico

de estupefacientes, estaban en etapas iniciales de adicción o la habían iniciado durante el servicio militar. Las hospitalizaciones psiquiátricas previas, confirman generalmente trastorno mental ya instaurado. El registro de conducta sociopática previa al ingreso, pues un joven con historia delictiva, intolerante a las normas familiares y sociales, puede encontrar dificultad en su adaptación a la vida militar. El registro de traumas craneoencefálicos sufridos en servicio militar sin diferenciar si como castigo o en ejercicio de alguna función, porque se poseía tan sólo la información del paciente.

Una vez procesados estos datos obtuvimos los siguientes *resultados*. La mayor frecuencia y porcentaje de Trastorno Mental encontrado correspondió a PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA, 180 CASOS (51.7%). De ellos 87 sin precisar tipo de esquizofrenia, generalmente cuadros de varios años de evolución, con varios episodios de enfermedad, o con marcada evidencia de signos y síntomas desde la infancia. Existe el interrogante para este grupo de adolescentes con acentuada sintomatología previa, pero que aun conservaban su equilibrio emocional "que habría pasado si no hubiesen sido incorporados al servicio militar y hubiera finalizado su adolescencia sin este stress adicional? Fue elevada la frecuencia de este cuadro psiquiátrico mayor y de todos nosotros muy bien conocida su clínica, no tendremos duda de los alcances de incapacidad y de incompatibilidad con la vida militar.

Gráfico No. 1
Distribución de soldados según diagnóstico principal



En segundo lugar los CUADROS REACCIONALES, Agudos o Prolongados, 48 Casos (13.8%), entidad para la cual el conocimiento psiquiátrico actual habla de un factor premórbido más un factor desencadenante para que el cuadro se presente. Ese factor seria el stress de la vida militar y su tratamiento psiquiátrico hasta ahora empleado, consiste en la exclusión del servicio. PSICOSIS EPILÉPTICA, 21 casos (6%) entidad que requiere tratamiento psicofarmacológico continuado y disminución de la

tensión emocional. En el medio militar no se podrán brindar las medidas de higiene profilácticas a esta entidad, como tampoco sería aconsejable que se suministre y autorice a estos jóvenes el manejo de armas.

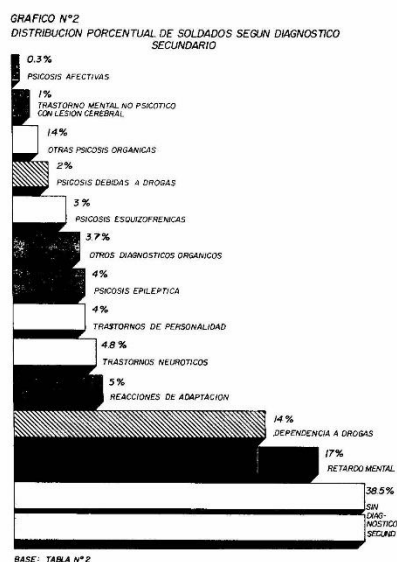
21 casos de PSICOSIS AFECTIVAS, enfermedad cíclica que puede presentar un buen número de episodios agudos de agitación psicomotora, o bien cuadros depresivos con su síntoma principal la conducta autodestructiva. 20 casos de PSICOSIS ASOCIADA A DROGAS (5.7%) especialmente psicodislépticos, y 8 casos (2.3%) de FARMACODEPENDENCIA.

16 casos de TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (4.6%) con un amplio predominio del TRASTORNO SOCIOPATICO, 15 casos (4.3%) entidad caracterizada por el menosprecio de las obligaciones sociales, frialdad afectiva, conducta anormalmente agresiva o irresponsable, la tolerancia baja a la frustración y su incapacidad para modificar la conducta aun con el castigo. Todas estas características estarían en abierta contradicción con lo que podríamos esperar de la conducta de un soldado por lo menos responsable.

Fueron hallados 13 casos de RETARDO MENTAL (3.7%); 5 de RETARDO MENTAL DISCRETO (1.4%) y 8 DE GRADO NO ESPECIFICADO (2.3%). Cuando no se determinó Coeficiente Intelectual está clasificado como no especificado. Se ampliará este análisis en diagnósticos secundarios.

OTRAS PSICOSIS ORGÁNICAS, 10 casos (2.9%) fueron siempre cuadros asociados a traumas cráneo-encefálicos.

Gráfico No. 2
Distribución porcentual de soldados
según diagnóstico secundario



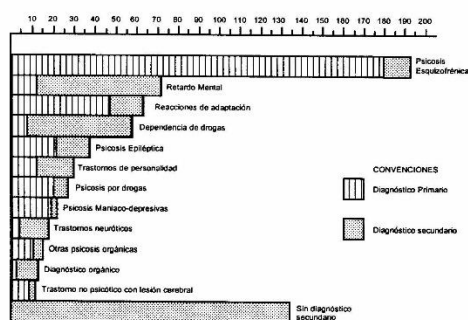
Como TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS NO PSICOTICOS CONSECUTIVOS A LESIÓN ORGÁNICA DEL ENCÉFALO, por infección palúdica, 8 casos (2.3%).

Queremos resaltar la baja frecuencia de TRASTORNOS NEURÓTICOS, 2 en total, (0,6%) quizá uno de los pocos diagnósticos compatibles con el servicio militar si son cuadros leves y se dispone de ayuda psiquiátrica ambulatoria para ellos.

El Gráfico No. 2. Resalta entidades importantes desplazadas a los diagnósticos secundarios:

Mención especial merece EL RETARDO MENTAL, 59 casos (16.9%), fenómeno que inter-relaciona aspectos médicos, psicológicos, educativos y sociales de la conducta humana. Se refiere a un funcionamiento general inferior al normal, se origina en el período de desarrollo y está asociado a una alteración de la conducta adaptativa, tornando a estas personas vulnerables emocionalmente, con baja auto-estima, pobre control de impulsos, con tendencia a la agresividad e incapaces de tolerar el cambio. Todos estos son rasgos altamente incapacitantes que impiden al soldado prever y planear su conducta, adaptarse a la estricta disciplina militar, comprender las órdenes de los superiores y tener un discernimiento claro en el manejo de armas. Cuando el Retardo Mental es discreto es difícil aun para el Médico entrenado detectar este diagnóstico y de ahí la frecuencia de mayores castigos disciplinarios y traumatismos en este grupo de soldados, porque sus conductas son interpretadas generalmente como desobediencias, burlas o rechazo a la autoridad militar y no como dificultad en la comprensión y ejecución de las normas, órdenes y exigencias. (Gráfica No. 4). Es preciso resaltar aquí que la frecuencia elevada de noxas perinatales, desnutrición materno-infantil y traumas cráneo-encefálicos registrados en este trabajo son situaciones íntimamente relacionadas con este diagnóstico. La columna de traumas cráneo-encefálicos en el Servicio Militar da un total de 93 casos (26.7%) y se correlaciona ampliamente con este grupo diagnóstico y con las PSICOSIS POS-TRAUMÁTICAS, dato que invita a revisar detenidamente los posibles orígenes de esos traumas y a buscar las medidas preventivas del caso. Bastante alta la frecuencia

Gráfico No. 3
Representación total de diagnósticos
primarios y secundarios*



* SE HALLARON SOBRE LOS 348 DIAGNÓSTICOS PRIMARIOS Y 214 DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS.
TOTAL 562 DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS

de DEPENDENCIA A DROGAS, 50 casos, 14.4%, situación clínica asociada o síntoma de otras entidades y que por tanto es desplazada a segundo y tercer renglón diagnóstico como sucede en este estudio; pues la Gráfica de Rasgos mentales previos nos informa un total de 157 adictos a drogas, 45.1% antes de ser reclutados. 18 casos (5.2%) como CUADROS REACCIONALES. (Gráfico No. 2). Cuarto lugar 16 TRASTORNOS NEROTICOS, (4.6%, incluyen 4 casos diagnosticados como NEUROSIS DE COMPENSACIÓN (Equivalente de SIMULACIÓN). LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, 15 casos (4.3%), sumados a los 16 hallados en diagnóstico primario para un total de 31 casos, están aún en proporción inferior al dato de 53 casos, (15.2%) de CONDUCTA

SOCIOPATICA, registrada en la Gráfica de Gastos Mentales previos. Fenómeno éste de desplazamiento a renglones posteriores como ocurrió con la Farmacodependencia.

Fueron hallados 15 casos de PSICOSIS EPILÉPTICA (4.3%).

Se encontraron 13 diagnósticos orgánicos, no psiquiátricos, pero algunos de ellos consecuencia de los diagnósticos psiquiátricos primarios. Fueron cuadros de desnutrición, deshidratación e

Gráfico No. 4

Porcentaje de soldados con rasgos mentales previos

GRÁFICO Nº 4

PORCENTAJE DE SOLDADOS CON RASGOS MENTALES PREVIOS

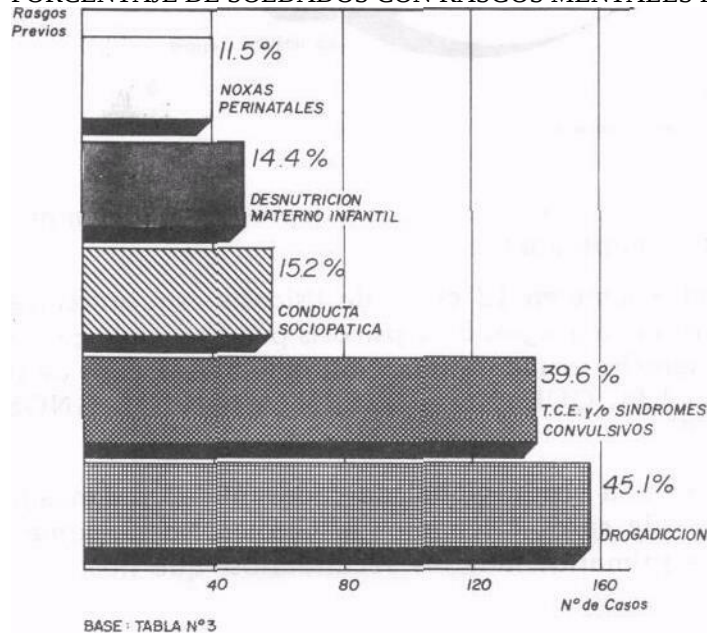
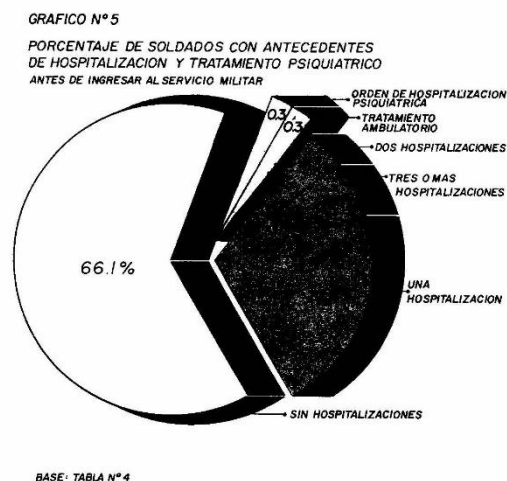


Gráfico No. 5
Porcentaje de soldados con antecedentes
de hospitalización y tratamiento psiquiátrico

Antes de ingresar al servicio militar



infecciones en procesos catatónicos o depresivos que demoraban en solicitar atención psiquiátrica.

Registrados también 12 casos de Psicosis esquizofrénica, ó de Psicosis asociada a drogas; 5 de psicosis pos-traumática; 4 casos de Trastorno mental asociada a infección palúdica, 1 caso de psicosis afectiva y 134 QUE NO PRESENTARON DIAGNOSTICO SECUNDARIO.

Para tener una visión global de cada entidad diagnóstica y el numero total de casos diseñamos la Gráfica No. 3, suma de los diagnósticos primarios más los secundarios, que nos informa lo siguiente: Psicosis Esquizofrénica 192 casos, Retardo mental 72 casos, Reacciones de Adaptación 66 casos, Dependencia a drogas 58 casos, Psicosis epiléptica 36 casos, Trastornos de personalidad 31, Psicosis por drogas 26, Psicosis maníaco depresiva 22 casos, Trastornos neuróticos 18, Psicosis postrauma 15, 13 diagnósticos orgánicos y 12 casos de trastorno mental por infección palúdica.

El Gráfico No. 4 ya mencionado muestra Noxas perinatales 40 casos, desnutrición materno-infantil 50, TCE 138 casos, drogadicción 157 casos y conducta sociopática 53 casos.

Gráfico No. 6
Distribución de 348 soldados hospitalizados
en el servicio de psiquiatría
 - Hospital Militar Central - Agosto 1977 - julio 1982

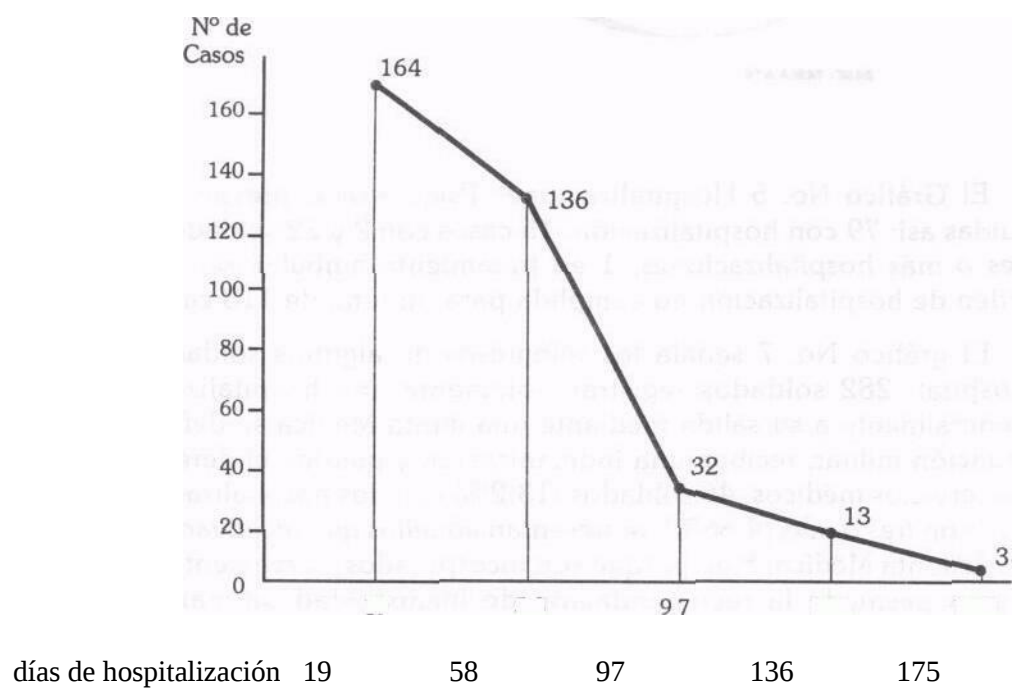
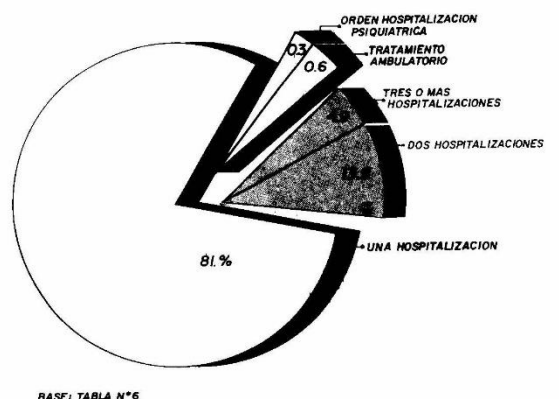


Gráfico No. 7
Distribución porcentual de soldados
según hospitalización • HOSM1L

Gráfico No. 7
Distribución porcentual de soldados
según hospitalización - HOSMIL

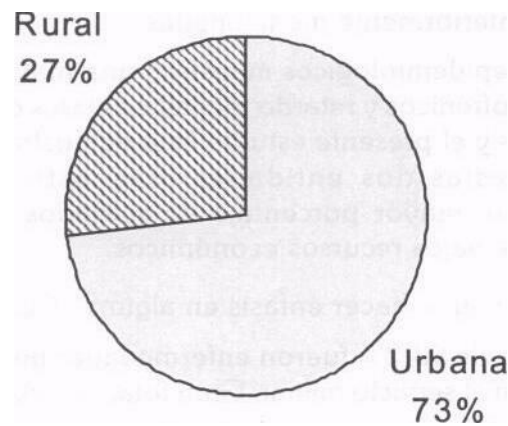


El Gráfico No. 5 Hospitalizaciones Psiquiátricas previas distribuidas así: 79 con hospitalización, 15 casos con 2 y 22 soldados con tres o más hospitalizaciones, 1 en tratamiento ambulatorio, 1 con orden de hospitalización no cumplida para un total de 118 casos.

El gráfico No. 7 señala los reingresos de algunos soldados al Hospital. 282 soldados registran solamente una hospitalización. Generalmente a su salida mediante una Junta Médica se define su situación militar, reciben una indemnización y pierden el derecho a los servicios médicos. 46 soldados (13.2%) con dos hospitalizaciones y 17 con tres o más (4.88%), representan aquellos que recidivan antes de su Junta Médica, bien porque son incorporados nuevamente a las filas a pesar de la recomendación de incapacidad permanente, interrumpen voluntaria o involuntariamente el tratamiento ordenado, a causa de su enfermedad son convertidos en los "locos del batallón x" y soportan entonces situaciones de mayor tensión en relación a sus compañeros y superiores, en otros casos se debe a características de su enfermedad o severidad de la misma, mientras esperan el trámite administrativo para la Junta Médica final. Conviene aclarar aquí que a mayor cronicidad en la enfermedad, mayores posibilidades de invalidez y pensión, de manera que los soldados reclutados ya enfermos son los que posteriormente causan un mayor déficit económico a la institución porque el concepto determinante en Medicina Laboral es el estado de salud del soldado al ser examinado.

El Gráfico No. 8, Área de Procedencia: 255 casos (73%) del área urbana y solamente 93 casos (27%) del área rural.

Gráfico No. 8
Distribución porcentual de soldados
según área de procedencia como civil



La Revisión cuidadosa de las historias clínicas nos permite afirmar que el mayor porcentaje de enfermos procede de áreas urbanas marginadas, carentes de recursos socio-económicos, puestos al margen de la productividad social, sometidos a inestabilidad laboral, procedentes de familias mal estructuradas, nacidos de uniones libres inestables u ocasionales, en su infancia han sufrido privación afectiva, maltrato físico y psicológico, han presentado fugas del hogar, mal rendimiento escolar y desempleados antes de su ingreso al servicio militar, condición que los hace presa fácil de las brigadas de reclutamiento.

Llegados a la adolescencia muchos de estos jóvenes con estructuras de personalidad inadaptadas intentan huir de los problemas disciplinarios, sociales, académicos y familiares, alistándose para el Servicio militar, en otros casos sus familiares buscan ansiosamente vincularlos a la vida militar como medio para rehabilitar su conducta trastornada.

Haciendo una correlación entre las variables Retardo Mental y Área de procedencia, encontramos también una mayor proporción de este diagnóstico en el área urbana.

Si bien es cierto que en los jóvenes procedentes de áreas rurales hay baja escolaridad y los efectos propios de la deprivación cultural, sobrepasa en nuestro estudio el retardo mental procedente de las áreas urbanas anteriormente mencionadas.

Los estudios epidemiológicos muestran una mayor incidencia de trastornos esquizofrénicos y retardo mental en clases de bajos recursos socioeconómicos y el presente estudio está demostrando una mayor frecuencia de estas dos entidades diagnósticas y en forma correlacionada un mayor porcentaje de soldados procedentes de zonas urbanas de bajos recursos económicos.

Quisiera finalmente hacer énfasis en algunas CONCLUSIONES:

Un porcentaje de 93.2% fueron enfermedades neuropsiquiátricas incompatibles con el servicio militar. Gran total que excluye: trastornos neuróticos, psicosis pos-trauma, diagnósticos orgánicos e infección palúdica.

Con antecedente de hospitalización psiquiátrica ingresaron 33.9% de los soldados.

El impacto económico a la Institución militar fue considerable si tenemos en cuenta que el tiempo promedio de hospitalización para cada soldado fue de 42 DÍAS (Gráfico 6) y la incompatibilidad de su enfermedad obligaba a que fueran retirados de la institución con indemnización o pensión.

La normalidad neuropsiquiátrica es indispensable para seleccionar a un soldado. Esto debe tenerse en cuenta desde las brigadas de reclutamiento. Incluir un minucioso examen y de ser posible un periodo de observación médica antes de su incorporación definitiva.

A los requisitos de salud ya establecidos para el reclutamiento, deben agregarse los derivados del presente estudio y de posteriores que se sigan realizando.

Es preciso llamar la atención sobre la necesidad de reconsiderar los actuales criterios con que cuentan las Fuerzas Armadas para la incorporación de personal al Servicio Militar, de modo que algunos de ellos sean modificados teniendo en cuenta las advertencias implícitas presentes en este estudio.

El *Asunto Psiquiátrico-MHitar-Forense*. Se incorporan para la vida militar jóvenes adolescentes ubicados por su edad en una zona de transición de la menor a la mayor edad desde el punto de vista legal. La "adolescencia normal" época de inestabilidad e inmadurez desde el punto de vista psicológico, se caracteriza también por otros rasgos como la rebeldía, la temeridad, el inicio de algunas enfermedades, el consumo de estupefacientes... Constituye una edad poco propicia para las difíciles labores de la vida militar. Y si a esto aunamos enfermedades graves de las enumeradas anteriormente, tendremos un terreno favorable para la realización de conductas interpretadas como delictivas, como las que con frecuencia suceden durante la vida militar. Así: el comienzo de una esquizofrenia simple puede ser responsable de la desertión del soldado, un episodio de mutismo y estupor catatónico servir de base a ataques y maltratos de Cabos y Dragoneantes para imponer su autoridad. La risa pueril del hebefrénico y el retardado mental suelen interpretarse como "soldado mamagallista" que debe ir al calabozo. El adicto al alcohol, encargado de la enfermería del batallón, sale con el fonendoscopio al hombro, a la tienda vecina en búsqueda de licor y al ser sorprendido fuera de su unidad, es denunciado por posible hurto a elementos militares. El joven con intentos suicidas le siguen un proceso por atentado contra el patrimonio del ejercito. El joven epiléptico o enfermo mental claramente reconocido, con prescripciones médicas estrictas, sorpresivamente puede ser trasladado a otro batallón, pero sus drogas quedan en el anterior y pronto el siguiente episodio convulsivo hará progresar su enfermedad. Que decir de los jóvenes con personalidad paranoide, impulsivos o en lenguaje común llamados "fosforitos" que utilizarán su arma de dotación ante el más leve estímulo real o imaginario. Los cuadros depresivos reactivos ante el nuevo estado (militar) no se respetan. Se llama cobarde al soldado que llora por la enfermedad de la mamá o por la compañera (en unión libre) que dejó en embarazo. Ante las negativas de permiso, recurren a la fuga de sus unidades y en ocasiones el temor al castigo impide su retorno.

Analícese lo peligroso de un arma en manos de un adolescente esquizofrénico, epiléptico, farmacodependiente, paranoide, con retardo mental... o un trabajo de responsabilidad a cargo de un joven con alguna de estas enfermedades.

Nuestro quehacer médico y psiquiátrico nos permite afirmar que al servicio militar y a la vida militar en su totalidad, sólo deberían ingresar personas con niveles óptimos de salud física y mental. De la misma manera que se debe abogar por un mayor respeto dentro de los establecimientos militares a las recomendaciones y prescripciones médicas porque su incumplimiento es alto. Se oyen con frecuencia frases como la siguiente: "200 lanzas (soldados) que estuvieron al lado del otro laza, no le vieron enfermedad". Según este raciocinio es como si tuvieran mayor capacidad diagnóstica los soldados y superiores cercanos al enfermo que los médicos tratantes.

TablaNo.1

Frecuencia y porcentaje según diagnóstico principal

	Diagnóstico principal*	No. de Pacientes	%
291.3	Psicosis alcohólica	1	0.2
292	Psicosis debidas a drogas	19	5.5
293.0	Estado confusional agudo pos-trauma	8	2.3
293.1	Estado confusional subagudo	2	0.6
294.8	Psicosis epiléptica (345)	21	6.0
295	Psicosis esquizofrénica sin tipificar	87	25.0
295.0	P.E. tipo simple	11	3.2
295.1	P.E. tipo hebefrénico	2	0.6
295.2	P.E. tipo catatónico	31	8.9
295.3	P.E. tipo paranoide	19	5.5
295.4	Episodio esquizofrénico agudo	6	1.7
295.6	Esquizofrenia residual	13	3.7
295.7	tipo esquizoafectivo	11	3.2
296	Psicosis afectivas sin tipificar	5	1.4
296.0	Psicosis maniicodepresiva, tipo maniaco	2	0.6
296.1	P. MD. tipo depresivo	14	4.0
300.1	Histeria	1	0.3
300.4	Depresión neurótica	1	0.3
301.5	Trastorno histérico de la personalidad	1	0.3
301.7	Tipo sociopático	15	4.3
304	Dependencia de las drogas	8	2.3
308	Reacción aguda ante gran tensión	8	2.3
308.4	Mixtas	1	0.3
309	Reacción de adaptación	35	10.0
309.0	Reacción depresiva breve	1	0.3
309.1	Reacción depresiva prolongada	3	0.8
310.8	Transtorno mental no psicótico consecutivo a lesión orgánica del cerebro (Paludismo cerebral)	8	2.3
317	Retardo mental discreto	5	1.4
319	Retardo mental de grado no especificado	8	2.3
002.0	Fiebre tifoidea	1	0.3
	TOTAL	348	100

Clasificación Internacional de **Enfermedades (CIE-9)**

TablaNo.2

2

Frecuencia y porcentaje según diagnóstico secundario

Diagnóstico Secundario* - ° % Pacientes °°			
292	Psicosis debidas a las drogas	3	0.9

292.0	Síndrome de abstinencia de droga	1	0.3
292.2	Intoxicación patológica por droga	2	0.6
293.0	Estado confusional agudo	4	1.2
293.1	Estado confusional subagudo	1	0.3
294.8	Psicosis epiléptica	15	4.3
295	Psicosis esquizofrénica sin tipificar	9	2.6
295.2	RE. tipo catatónico	1	0.3
295.3	RE. tipo paranoide	2	0.6
296.1	P.MD. tipo depresivo	1	0.3
300.0	Estados de ansiedad	2	0.6
300.1	Histeria y/o Neurosis de compensación (simulación)	10	2.9
300.2	Estado fóbico	1	0.3
300.4	Depresión neurótica	3	0.9
301.5	Trastorno histérico de la Personalidad	1	0.3
301.7	Tipo sociopático	10	2.9
301.8	Otros trastornos de la personalidad	1	0.3
302.0	Homosexualidad	1	0.3
302.6	Trastorno de la identidad psicosexual	2	0.6
304	Dependencia de las drogas sin especificar	25	7.2
304.1	Del tipo de los barbitúricos	1	0.3
304.5	Alucinógenos	1	0.3
305	Abuso de drogas, sin dependencia	2	0.6
305.0	Alcohol	1	0.3
305.2	Cannabis	19	5.5
305.4	Barbitúricos y tranquilizadores	1	0.3
308	Reacción aguda ante gran tensión	1	0.3
309	Reacción de adaptación	16	4.6
309.1	Reacción depresiva prolongada	1	0.3
310.8	Transtorno mental no psicótico consecutivo a lesión orgánica del cerebro (paludismo cerebral)	4	1.2
317	Retardo mental discreto	8	2.3
318.0	Retraso mental moderado	1	0.3
319	Retraso mental no especificado	50	14.4
	Sub-total	20	57.8
002.0	Fiebre Tifoidea	4	1.2
263.0	Desnutrición II	3	0.9
262	Desnutrición III	1	0.3
084.6	Paludismo	2	0.6
010.0	TBC pulmonar	1	0.3
320	Meningoencefalitis	1	0.3
276.5	Deshidratación	1	0.3
	Sub-total	13	3.7
	Sin diagnóstico secundario	13	38.5
		4	

TOTAL
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)

348 100

Tabla No. 3
Número y porcentaje de pacientes (soldados)

con antecedentes mentales previos

RASGOS	Nº de pacientes	%
Traumas o noxas perinatales (A)	40	11.5
Desnutrición materno infantil (C)	50	14.4
Trauma craneoencefálico o pérdida de conciencia o trastorno convulsivo	138	39.6
Drogadicción	157	45.1
Conducta sociopática	53	15.2

Tabla No. 4
Número y porcentaje de pacientes (soldados) con
hospitalizaciones previas antes de ingresar al servicio militar

DISTRIBUCIÓN	No. de Pacientes	%
Sin Hospitalizaciones	(Ho)	2306
Una hospitalización	(H1)	61
Dos hospitalizaciones	(H2)	7922
Tres o más hospitalizaciones	(H3)	154.
Consulta Externa	(CE)	226.
No se hospitalizó	(NH)	10.3
TOTAL		10.3
		3481

Tabla No. 5
Distribución de pacientes psiquiátricos
(soldados) hospitalizados

Hospital Agosto de 1977 a julio de 1982	Militar	Central			
Intervalo de clase*	Marca de clase (x _j)	xini	hi	Hi	Ni
0-38	19	311	0.4	0.4	164
39-77	58	6	7	7	300
78- 116	97	788	0.3	0.8	332
117-155	136	8	9	6	345
156 - 194	175	310	0.0	0.9	348
		4	9	5	
		176	0.0	0.0	
TOTAL		164			
		01			
* Días					

La medida aritmética nos indica que en promedio, un soldado permanece hospitalizado 47 días.

MEDIANA: $Me = X^{(l)} + \frac{n/2 - N^{(l-1)}}{n} i$

$$Me = 39 + \frac{174 - 164}{136} 39 = 42$$

La mediana nos indica que el 50% de los pacientes tienen una hospitalización de 42 o menos días y el otro 50% tiene una hospitalización de 42 o más días.

Tabla No. 6
Número y porcentaje de pacientes (soldados)
según hospitalización en el Hosmil

Distribución	Nº de pacientes	%
Una hospitalización	282	81.0
Dos hospitalizaciones	46	13.2
Tres o más hospitalizaciones	17	4.9
Consulta externa	2	0.6
No se hospitalizó	1	0.3
Total	348	100

Tabla No. 7
Número y porcentaje de pacientes
según lugar de procedencia como civil

Área	No. de pacientes	%
Urbana	255	73.0
Rural	93	27.0
Total	348	100

28. Epílogo

La Psiquiatría Forense es una ciencia y técnica auxiliar de la Justicia. Las tres áreas de mayor conflicto y uso de recursos exóticos se ven en la defensa de procesos penales como el homicidio y los delitos sexuales y en la guerra entre cónyuges en los procesos de familia.

En lo penal el psiquiatra dictamina sobre el estado mental del sindicado u ofendido. En el sindicado para el momento del hecho o ilícito como era su estado mental y si este pudo o no constituir inmadurez psicológica o trastorno mental. No debe preguntarse al psiquiatra sobre responsabilidad, o si el sujeto es imputable o inimputable o si cometió el delito; establecerlo, es competencia del Sr. Juez.

En casos de ofendidos se solicita determinar si hay perturbación psíquica como consecuencia a los hechos investigados (lesiones personales, delitos sexuales, tortura física o psíquica).

Tanto para los exámenes de sindicados como ofendidos y en los procesos civiles es necesario contar con la copia del sumario. Allí encontramos información importante que nos permite determinar estado mental del sujeto para el momento del hecho. Pero no basta con la sola lectura del sumario; es necesario practicar el examen o los exámenes necesarios. Cuando leemos el sumario nos planteamos una serie de hipótesis que luego vamos a confirmar o a descartar mediante el examen psiquiátrico. Sin este es muy difícil llegar a conclusiones definitivas, por ejemplo, en los casos en los cuales no es posible examinar al sujeto (por que no ha sido localizado o porque está muerto). Pero la sola práctica del examen sin la lectura del sumario tampoco nos permite llegar a una conclusión forense. Porque la mayoría de las veces el sindicado nos relata que no se acuerda, o que no sabe de qué lo sindicaron. Aún hay personas que creen que el psiquiatra, cuando realiza o formula un diagnóstico, lo hace empleando la magia: con solo mirar a la persona ya sabe lo que tiene. Esto es creer que la psiquiatría lo puede todo o definitivamente no resuelve algo.

Con relación a la circunstancia de consumo de licor para el momento del ilícito, se abusa al pretender equiparar cualquier embriaguez simple con el trastorno mental. La embriaguez no es sinónimo de trastorno mental; lo sabe la psiquiatría forense y lo afirmamos en los capítulos de inimputabilidad y alcoholismo.

En el capítulo de conductas sexuales delictivas hemos querido resaltar como el examen psiquiátrico a veces se pretende emplear para demostrar que el menor violado es un mitómano, un seductor o un corruptor de mayores. O que la "alteración" del menor es la causa de que el delito haya ocurrido.

El capítulo de familia muestra como hay casos en los cuales, el desconocimiento de la psiquiatría infantil y de familia, da pie para que se dicten sentencias lesivas contra los niños. Este desconocimiento es equiparable al que ocurre entre algunos pedagogos de niños quienes deberían estar en una escuela para entrenamiento de animales; también con algunos médicos que desconocen cómo es una buena relación médico-paciente y más bien parecen veterinarios. En un proceso de familia se pretendía reglamentar las visitas a un lactante así: el día del padre con el padre, el día de la madre con la madre; la mitad de las vacaciones con el padre, la otra mitad con la madre; los fines de semana con el padre, etc. Como si los niños fueran muebles u objetos que se corren, quitan o cambian.

La experiencia forense nos ha enseñado que a veces el Sr. Juez no filtra adecuadamente la solicitud, para examen psiquiátrico, de alguna de las otras partes (p.e. el Defensor). Se formulan, entonces, preguntas absurdas o se

hacen afirmaciones (también extrañas): "es bien conocido por todos" (algo sobre psiquiatría o psicología), cuando realmente resulta desconocido para la ciencia tamaño afirmación. Por ejemplo: se afirma que "huelga agregar que es usual que personas adictas como mi defendido padezcan de algún desajuste básico, con frecuencia del tipo de los trastornos de la personalidad, denominado trastorno mental transitorio que no requiere el tratamiento que pregonan el art. 93 del C.P." "No es posible que con cuchillo de 10 cms., se produzcan heridas de 11 cms.". Se practique autopsia al sindicado para demostrar que es farmacodependiente. Se practique niveles de carotinemia a la sindicada de dar muerte al novio porque "el déficit de vitamina le produjo un trastorno mental transitorio". Se determine mediante un electroencefalograma si el sindicado presento trastorno mental transitorio". "Se diga si su biotipo corresponde al del criminal nato". La última pregunta da pie para que nos interroguemos sobre el por qué ese profesional de estos tiempos modernos continua desactualizado: sus fuentes de lectura, sus docentes, su despreocupación...

Debería el Sr. Apoderado ilustrarse y conocer el real significado de su pregunta antes de formularla. Además ser muy cauto en la objeción, a veces temeraria, de los dictámenes psiquiátricos. Este desconocimiento le resta seriedad a la administración de justicia.

La Psiquiatría no es una ciencia fácil. Para llegar a un diagnóstico psiquiátrico forense el perito ha recopilado un conglomerado de síntomas (lo que está escrito en el sumario y lo que dice el examinado) y signos (lo que objetivamente se observa al examen verbal y no verbal). P.E. ver capítulos de semiología, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad, demencias. La Psiquiatría no es una ciencia fácil. Aun para el medico no especialista en psiquiatría (P.E. general, patólogo, cirujano, etc.), resulta difícil de entender y comprender. Qué decir del Abogado quien por su formación está muy alejado del conocimiento médico y psiquiátrico. El Abogado debería conocer más sobre ello, porque su actividad tiene que ver con la conducta humana. Es loable, por esto, el que en varias facultades de derecho hayan incorporado la catedra actualizada de Medicina Legal y Psiquiatría Forense.

29. Glosario

Afasia: incapacidad para comunicarse mediante el lenguaje oral o escrito y de entender el lenguaje del que habla.

Agnosia: debido a un daño organico se eliminan las percepciones visuales, auditivas, gustativas, olfativas o tactiles.

Alopsiquica: orientacion en tiempo y lugar o espacio.

Anhedonia: falta de placer; perdida de la capacidad para sentir placer.

Anorexia: disminucion o falta de apetito.

Ansiedad de castracion: Temor inconsciente a la perdida de alguna parte del cuerpo considerada como muy valiosa.

Apraxia: incapacidad para realizar o ejecutar un acto ordenado a pesar de que no exista paralisis, ataxia o agnosia.

Ataxia: trastorno en la coordinacion de los movimientos musculares voluntarios. Se marcha inseguro con las piernas abiertas y en balanceo (marcha de ebrio).

Atrofia: disminucion del tamano y funcionalidad de un organo por muerte de sus celulas, las cuales son reemplazadas por tejido cicatrizal y no funcional.

Aura: conjunto de sintomas mas o menos breves que antecedes a los ataques epilepticos.

Autopsiquica: orientacion en persona.

Biotipología: estudio de los tipos biológicos constitucionales; se cree dependen de la herencia. Ver biotipos ectomorfo endomorfo, mesomorfo y displásico que corresponden a la biotipología de Sheldon. Más adecuada y moderna que la de Krestschmer (pícnico, asténico, atlético y displásico).

Bizarro: extraño, fuera de lo común, exagerado.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Aceptada por el Ministerio de Salud y todas las Instituciones Médicas que deben rendir sus estadísticas. La Sociedad Colombiana de Psiquiatría ha recomendado el uso a sus miembros.

Circunlocución: Demasiadas palabras para dar un concepto.

Cognoscitivo', factor de la organización dinámica de la personalidad ligado a aptitudes intelectuales y del conocimiento.

Coito: cópula. Relación genital.

Conflicto: coexistencia en la psiquis de un individuo de dos tendencias o impulsos contradictorios. Ver conflicto neurótico.

Congénito: adquirido durante el desarrollo o vida intrauterina.

Contrapulsión: hay una pulsión vivida como intolerable, se hace preciso otra fuerza que contrarreste la inicial. Base de la Formación Reactiva.

Cortical: la región más superficial del encéfalo y de más reciente evolución filogenética.

Cromosoma: unidad base del material genético. Tenemos 22 pares de cromosomas somáticos y un par sexual.

Deterioro: las funciones mentales disminuyen debido a afección funcional u orgánica cerebral. Por ejemplo en la psicosis crónica, demencias, epilepsias. Displásico: de biotipo deforme. Corresponde al mismo término displásico de

la biotipología de Krestschmer.

Disritmia cerebral: alteración del ritmo electroencefalográfico. No debe interpretarse como sinónimo de enfermedad. Tiene validez cuando hay síntomas clínicos que lo justifiquen. Se observa que el 10 a 15% de la población normal tienen electroencefalogramas con disritmia.

DSM-IV: Diagnostic and Statistal Manual de la American Psychiatric Association. Clasificación de enfermedades recomendada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Ecolalia: el paciente repite las palabras que le formula el examinador. Por ejemplo "está Usted bien?" y el paciente repite "está usted bien?".

Ectomorfo: biotipo caracterizado por mínima cantidad de tejido muscular y subcutáneo, lo cual se traduce en delgadez. Es el mismo asténico de Krestschmer.

Egocentrismo: el individuo solamente aborda los problemas desde su exclusivo punto de vista sin tener en cuenta el de los demás y menospreciando los intereses de los otros.

Egodistónico: que es extraño al Yo. El individuo siente y vive el síntoma o característica como perturbador.

Egosintónico: que es propio al Yo. El individuo no siente extraño el síntoma o característica.

Endocrino: referente a los órganos y glándulas de secreción interna. Ejemplo la glándula tiroides.

Endomorfo: biotipo caracterizado por depósito excesivo de grasa subcutánea, lo que se traduce en obesidad. Es opuesto al ectomorfo. Corresponde al pícnico de Krestschmer.

Energía dinámica: o energía psíquica; denomina la fuerza que se manifiesta en los procesos psíquicos.

Enzima: catalizador biológico que acelera la velocidad de las reacciones bioquímicas.

Eros: término empleado por Freud para definir el instinto de vida.

Filicidio: dar muerte al hijo.

Frustración: la no satisfacción de un requerimiento instintivo o pulsional.

Gen: unidad de la estructura cromosómica.

Idus: cualquier accidente cerebrovascular, ataque de apoplejía debido a la alteración en las arterias cerebrales.

Insomnio: incapacidad para conciliar el sueño.

Instinto: sinónimo de pulsión. Debe diferenciarse del instinto animal definido por los etólogos dentro del campo de la zoología.

Lapsus: error al escribir o hablar que conlleva a la expresión equivocada de algún término o palabra.

Libido: energía que es la base de todas las manifestaciones de la sexualidad para obtener placer en las zonas erógenas: oral, anal y genital. También se coloca libido en los objetos del mundo externo y por ello se les quiere, se les odia, despiertan celos etc.

Mecanismo de Defensa: procedimiento inconsciente del Yo automático, instantáneo, consumidor de energía psíquica. El Yo lo emplea como intento para resolver problemas emocionales, manejar la ansiedad generada por los conflictos intra-síquicos, disminuir las frustraciones, preservar la autoestima, adaptarse a la realidad, intentar modificarla y hacerla más tolerable. Los principales mecanismos de defensa son:

Aislamiento: separación de los afectos o ideas que dan lugar a la representación de la idea o del afecto, por ejemplo en la Neurosis Obsesiva se separan dos ideas y no se reconoce la conexión entre ellas.

Anulación: neutralización de una idea o afecto por otro opuesto, por ejemplo Pilatos se lavó las manos y así no asumió la responsabilidad en la condena

de Jesús.

Compensación: el Yo desarrolla cualidades opuestas a deficiencias reales o fantaseadas. Por ejemplo la mujer que se siente fea, desarrolla atributos intelectuales. El hombre bajo de estatura se compensa siendo agresivo y dominante.

Condensación: varios objetos y situaciones se concentran y representan en uno sólo. Por ejemplo los sueños.

Conversión, el Yo altera o paraliza una función somática para intentar expresar o resolver conflictos. Típico de la Neurosis histérica. La ceguera y la parálisis sin daño orgánico.

Desplazamiento, movilizar una carga afectiva de un objeto a otro. Por ejemplo las fobias, el chiste, el enamoramiento.

Disociación: separar un objeto asignándole a una parte características idealizadas y a la otra denigrantes. Por ejemplo la disociación mujer-madre, mujer-prostituta.

Evitación: eludir objetos o situaciones que simbólicamente plasman en el afuera los temores del adentro, por ejemplo la evitación del objeto fóbico.

Fantasía: sucesión imaginaria de acontecimientos o imágenes tendientes a resolver un conflicto mediante la creación de sustitutos satisfactorios, pero irreales, por ejemplo hacer castillos en el aire.

Formación Reactiva: desarrollar características directamente opuestas a rasgos o tendencias instintivas. Por ejemplo sobreproteger cuando inconscientemente el sentimiento es de odio.

Idealización: sobreestimar un atributo o aspecto de otra persona. Base del fanatismo.

Identificación: el Yo hace suyos rasgos y características de otra u otras personas o grupo social. Por ejemplo parecerse al padre o a la madre.

Intelectualización: utilización del pensamiento abstracto para impedir el acceso de ideas específicas que tendrían repercusión desagradable. Por ejemplo no abordar un problema sexual sino enfocarlo como un problema filosófico.

Negación: rechazar aspectos de la realidad externa. Afirmar que algo no existe. Bloqueo del reconocimiento de la realidad interna. Por ejemplo un político que niega que en ese lugar le pueden hacer un atentado y se lo hacen.

Proyección: atribuir a otros características de sí mismo, por ejemplo el psicópata que hace responsable a los demás de su propia conducta. Ver los defectos personales como propios de los demás.

Racionalización: el Yo justifica mediante, razones lógicas, aceptables, afectos o ideas inaceptables, por ejemplo la fábula de la zorra con las uvas que están verdes.

Regresión: retornar simbólicamente a períodos anteriores del desarrollo de la personalidad, por ejemplo los alcohólicos y drogadictos regresan a la etapa oral.

Represión: expulsar o impedir el acceso a la conciencia de ideas o afectos inaceptables para el Yo. Por ejemplo: el olvido.

Simbolización: representación de ideas u objetos internos por otros externos, por ejemplo las fobias.

Somatización: transformación de un conflicto psíquico en un síntoma corporal que afecta el sistema nervioso vegetativo. Por ejemplo el dolor de cabeza, la úlcera péptica.

Sublimación: canalizar ideas o afectos hacia fines personales y sociales aceptables. Por ejemplo la creación artística, los deportes.

Mesomorfo: biotipo caracterizado por buen desarrollo muscular y óseo. Es

el atlético de Krestschmer.

Mio-clonia: Movimiento involuntario de una unidad muscular de contracción voluntaria.

Mito: relato popular fabuloso, elemento esencial en la vida y cultura de los pueblos primitivos.

Mitomania: tendencia a mentir. Morboso: sinónimo de enfermedad.

Narcisismo: aplicación de la libido al propio Yo. Narcisismo primario cuando es propio de las etapas pre-genitales (oral, anal). Narcisismo secundario cuando hay regresión de los objetos del mundo externo y fijación en el propio Yo.

Objeto lo opuesto al sujeto. En el mundo externo está ligado a una carga libidinal por ejemplo el objeto amoroso. En el mundo interno ese objeto externo tiene una representación mediante la incorporación y la introyección.

Omnipotencia: sensación de inmenso poder.

Onírico: actividad mental automática, inconsciente, constituida por alucinaciones que aparecen durante el dormir y que suele denominarse sueño.

Palilalia: trastorno del lenguaje hablado que consiste en repetir constantemente sílabas, palabras o frases cortas.

Parafasia: trastorno del lenguaje que consiste en la deformación y sustitución de palabras o sílabas.

Plaqueta: corpúsculo sanguíneo que interviene en la coagulación.

Pos-ictal: estado de alteración de la conciencia, con confusión, alteración sensorio-perceptiva y de la orientación y otras que presenta un individuo después de un ataque epiléptico gran mal.

Pregenital: se refiere a las etapas del desarrollo de la libido antes de la genital, esto es, la oral y anal.

Premórbido: base de una enfermedad manifiesta.

Principio de Placer: sistema de las pulsiones o instintos que lleva a la satisfacción inmediata y obtención de placer.

Principio de Realidad: originado en las exigencias ambientales, socioculturales, coarta la expresión o manifestación del placer.

Prueba de Realidad: capacidad del Yo para diferenciar y distinguir los estímulos del mundo interno de los procedentes de la realidad externa.

Psicosomático: expresa las relaciones fisiopatológicas entre el soma (cuerpo biológico) y la psiquis (aparato mental).

Pulsión- impulso dinámico que hace tender al organismo hacia un objetivo. Se manifiesta a través de sentimientos y afectos. Hay pulsiones orales, anales, genitales. Impulsos de conservación del Yo, pulsiones de vida y de muerte.

Realidad Externa: es el medio ambiente con sus fenómenos físicos, sociales, culturales, educativos, económicos y políticos.

Realidad Interna: la unidad biopsicológica. El ser humano con sus respuestas internas, biológicas y psicológicas.

Semiología: capítulo de la patología que se dedica al estudio de los signos (objetivo) y síntomas (subjetivo) de las enfermedades.

Sensomotor: referente a las sensaciones de los sentidos y las respuestas motoras o de conducta.

Sentido de Realidad: capacidad que tiene el Yo para establecer límites entre su realidad interna y la realidad externa.

Sistema Extrapiramidal: serie de vías o conexiones neurológicas (nerviosas) desde los lóbulos frontales a los núcleos subcorticales (tálamo, cuerpo de Luys, núcleos rojos, sustancia negra y otros). Su función regula el tono muscular, tanto en reposo como durante los movimientos y el dominio de la motilidad no voluntaria o sea la automática y asociada. La lesión del sistema produce el mal de Parkinson, la corea, la atetosis y las mioclonias.

Sistema Límbico: conjunto de centros y fascículos de la región media de los hemisferios cerebrales. Responsable de las respuestas afectivo- emocionales como el miedo y la ira. También las conductas alimenticias, defensivas y sexuales. Responsable de la temporalidad de la memoria en el registro cronológico y en la evocación.

Sistema Nervioso Central: se refiere a las estructuras anatómicas nerviosas que comprenden el cerebro, cerebelo, cerebro medio, protuberancia, bulbo y médula espinal. De este sistema se deriva o sale el sistema nervioso periférico compuesto por los nervios: pares craneanos y nervios de la médula espinal.

Sistema Reticular Activador: Región del tallo cerebral que se extiende desde el bulbo hasta el diencéfalo (responsable de la risa y el llanto espontáneos). Desempeña un papel central en el dormir y en el despertar, la atención, la memoria y la habituación.

Sistema Nervioso Vegetativo: o autónomo en contraposición al sistema de la vida de relación externa. Rige el funcionamiento del corazón músculos y órganos glandulares. Así regula los procesos cesados para el mantenimiento de la vida. Su relación con el sistema endocrino influye sobre la vida de relación y las facultades psíquicas. Tiene dos funciones antagónicas: simpático y parasimpático. Durante la ansiedad o angustia hay expresión del simpático con taquicardia, taquipnea, aumento del peristaltismo intestinal, dilatación de las pupilas, etc.

Subcortical: regiones anatómicas que se encuentran por debajo de la corteza cerebral.

Tánatus: término empleado por Freud para definir el instinto de muerte.

Taquicardia: aumento de la frecuencia cardíaca.

Taquipnea: aumento de la frecuencia respiratoria.

Tóxico: sustancia ingerida o desarrollada dentro del organismo capaz de producir alteraciones orgánicas o fisiológicas e incluso la muerte.

30. Bibliografía General

HISTORIA

- CARDENAS, Luis Alejandro. Comunicación personal.
- FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la Epoca Clásica. Fondo de Cultura Económica. México. 1976.
- FREUD, Sigmund. La Peritación Forense en el proceso Halsman. Obras Completas. Tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.
- HENDERSON, James. Incesto. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona. 1982.
- KAPLAN, Harold. Historia de la Medicina Psicofisiológica. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Tomo II Salvat Editores. Barcelona, 1982.
- LA SANTA BIBLIA. Sociedades Bíblicas en América Latina. Buenos Aires 1960.
- MORA Ricardo. Aspectos Forenses de la Enfermedad mental. Revista Instituto de Medicina Legal de Colombia. (4) 1:13, julio 1979.
- MORA George. Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Salvat Editores. Barcelona. 1982.
- MURCIA, Danilo. Comunicación personal.
- RISTICH DE GROOTE, Michele. La locura a través de los siglos. Editorial Bruquera. Barcelona. 1970.
- ROSSELLI, Humberto. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Editorial Horizontes. Bogotá. 1968.

GENERALIDADES

- ERIKSON, Erik. El ciclo vital completado. Paidós Studio. Buenos Aires 1985.
- FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1984.
- GUTIERREZ, Rodrigo. Temas de Psicología Médica. Ediciones Marova Madrid. 1972.
- NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1970.
- PAPALIA, Diane. Desarrollo Humano. Me. Graw-Hill. México. 1985.
- VILLAR, Alvaro. Psicología y clases sociales en Colombia. Ediciones GEPE. Bogotá. 1978.
- YAMPEY, Nasim. En torno al concepto de felicidad. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. (26) 4:315 y 316 diciembre 1980.

SEMILOGIA

- CACERES, Artidoro. Primer Congreso Internacional de la Inteligencia. Bogotá 1987.
- FREEMAN, KAPLAN, SADOCK. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1980.
- LUZURIAGA, Isabel. La inteligencia contra sí misma. Editorial Psique. Buenos Aires. 1972.
- NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1970.
- PALACIOS, Eduardo. Guía para Venus, Bogotá. 1983.
- IAGET, Jean Psicología de la inteligencia. Editorial Psique. Buenos Aires.

PERSONALIDAD

BRAINSKY, Simón. Manual de Psicología y Psicopatología dinámicas. Editorial Pluma. Bogotá, 1984.

ERIKSON, Erik. El ciclo vital completado. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1985.

FREUD, Sigmund. Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.

GRINBERG, León. Freud y el Psicoanálisis. En Vidal, Bleichmar, Usundivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. El Ateneo. Buenos Aires. 1977.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

CODERCH, Juan. Psiquiatría dinámica. Editorial Herder. Barcelona, 1975.

LION, John. Trastornos de personalidad. Salvat Editores, Barcelona, 1978.

MACKINNON, Roger y MICHELS, Robert. Psiquiatría clínica aplicada. Interamericana. México. 1973.

NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1970.

REICH, Wilhelm. Análisis del carácter. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1975.

EL SOCIOPATA o PSICOPATA

CLECKLY, H. Mask of Sanity, Mosby and Co. Saint Louis, 1964.

CODERCH, Juan. Psiquiatría dinámica. Editorial Herder. Barcelona, 1975.

MACKINNON, Roger y MICHELS, Roberts. Psiquiatría clínica aplicada. Editorial Interamericana. México 1973.

MORA IZQUIERDO, Ricardo. Situación de las personalidades antisociales en el código penal colombiano. Revista de Medicina legal (2) 2. 51. Diciembre de 1977.

RAPPEPORT, Jonas. En John Lion. Trastornos de personalidad. Salvat Editores. Barcelona. 1978.

ZAC, Joel, Psicopatía. Tomo 1. Ediciones Kargieman. Buenos Aires. 1977.

TRASTORNOS Y DESVIACIONES SEXUALES

FENICHEL, Otto. Teoría Psicoanalítica de la neurosis. Editorial Paidós Buenos Aires. 1966.

FREUD, Sigmund. Tres ensayos para una teoría sexual (1915). Obras Completas, tomo II, Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.

FREUD, Sigmund. A destinatario desconocido. Epistolario. Plaza & Janes Editores. Barcelona. 1984.

FREUD, Sigmund. Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. Obras Completas, tomo III, Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.

LIEF, Harold. Introducción a la sexualidad. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona. 1982.

MARMOR, Judd. Homosexualidad y alteraciones de la orientación sexual. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona. 1982.

MORALI-DANINOS, André. Sociología de las relaciones sexuales. Ediciones Iberoamericanas, S.A. Madrid. 1967.

OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9). Revista Colombiana de Psiquiatría. (9) 3, sep. 1980.

SADOFF, Robert. Otras desviaciones sexuales. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona. 1982.

STOLLER, Robert. Identidad genérica. En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Salvat Editores, Barcelona, 1982.

DROGADICCION

- BUENO José y otros. Psicofarmacología clínica. Salvat Editores, Barcelona. 1985.
- FENICHEL, Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.
- FREE DMAN, KAPLAN. SADOCK. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1982.
- GENARO, Alfonso. Remington Farmacia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1987.
- ILADIBA. Declarado el cigarrillo Droga adictiva. (2) 5:32 y 34 julio 1988.
- MacKINNON, Roger. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México. 1973.
- MURGUIA, Daniel. Farmacodependencia. En Vidal, Bleichmar, Usandivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. 1977.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE9). Revista Colombiana de Psiquiatría. (9) 3:354 sept. 1980.

ALCOHOLISMO

- CABRERA, J. El alcoholismo y su dependencia física: Aspectos neurobioquímicos. Sandorama 1988/1. Editado por Sandoz.
- FENICHEL, Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.
- GONZALEZ, Ricardo. Variedades de Alcohólicismo. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. (24) 4:526 y 528. oct.- dic. 1983.
- ILADIBA. Avances en toxicología. Iladiba. (3) 1:12 enero 1989.
- GENARO, Alfonso. Remington Farmacia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1987. 1
- HARRISON, T.R. Medicina Interna. La Prensa Médica Mexicana. México.
- MARCONI, Juan. Alcoholismo. En Vidal, Bleichmar, Usandivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. 1977.
- MORA, Ricardo y SANCHEZ, María Dolores. Actualización del Dictamen Médico-Forense por embriaguez. Revista del Instituto de Ciencias Penales y Criminológicas. (10) 34:165-178. Enero/Abril 1988.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9). Revista Colombiana de Psiquiatría. (9) 3:354. Septiembre 1980.

NEUROSIS

- FENICHEL, Otto. Teoría psicoanalítica de la neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.
- MacKINNON, Roger. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana México. 1973.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE9). Rev. Col. de Psiquiatría. (9) 3:344-348. 1980.
- VILLAR, Alvaro. Psicología y clases sociales en Colombia. Ediciones GEPE. Bogotá. 1978.

PSICOSIS FUNCIONALES

- DSM-111 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. 1984.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Revista Colombiana de Psiquiatría (9):3:333-341. Sept. 1980.

KAPLAN, Harold y SADOCK. Benjamín. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores S.A., Barcelona. 1987.

NEUROTRANSMISION Y ENFERMEDADES PSIQUICAS. Estado actual de los conocimientos. Sandoz S.A. 1983.

NOYES, Artur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1970.

EPILEPSIA

DREIFUSS, Fritz. Pediatric Epileptology. John Wright. PSG Inc. Boston. 1983.

MEDINA MALO, Carlos. Comunicación personal.

ORTIZ, Julio. Epilepsia. En Vidal, Beichmar, Usandivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial el Ateneo. Buenos Aires. 1977.

PALACIOS, Eduardo. Guía para el manejo del paciente neurológico. Gráficas Venus. Bogotá. 1983.

SOLOMON, Seymour. Electroencefalograma. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1982.

STROEBEL, Charles. Cronopsicofisiología. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1982.

ELECTROENCEFALOGRAMA

PALACIOS, E. Guía para el manejo del paciente neurológico. Gráficas Venus, Bogotá. 1983.

FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, Barcelona. 1982.

DEMENCIA

AZCONA, A. Consultor Médico Sandoz S.A. Departamento de Investigaciones clínicas -Basilea- Suiza. Simposio de Envejecimiento cerebral y demencia. Instituto Neurológico de Colombia. 1988.

DUARTE, Antonio. Servicio de Psiquiatría Hospital Británico. Buenos Aires. Argentina. Simposio de envejecimiento cerebral y demencia. Instituto Neurológico de Colombia. 1988.

MONTAÑES, Patricia. Diferenciación clínica de las demencias corticales. Simposio de envejecimiento cerebral y demencia. Instituto Neurológico de Colombia. 1988.

O.M.S. CIE-9. Clasificación Internacional de Enfermedades Novena revisión. Revista Colombiana de Psiquiatría (9) 3 Septiembre de 1980.

PAPESCHI ANGEL, Jorge. Envejecimiento cerebral. Enfoque clínico geriátrico. Simposio de envejecimiento cerebral y demencia. Instituto Neurológico de Colombia. 1988.

TOLEDANO GASCA, A, Alzhcimer experimental. Resúmenes, Merck. 1988.

LORENZANA POMBO, Pablo. El diagnóstico diferencial de las demencias. Resúmenes Merck. 1988.

TORO G, Jaime. Demencia y envejecimiento. Trastornos cerebrales orgánicos. Resúmenes. 1988.

WURTMAN, R. Neuronas colinérgicas cerebrales y demencias asociadas a la edad. Trastornos cerebrales orgánicos. Resúmenes. Merck. 1988.

PALACIOS E. Guía para el manejo del paciente neurológico. Gráficas Venus, Bogotá, 1983.

RETARDO MENTAL

CORIAT Lydia Carencias infantiles y deficiencia mental. En Vidal

Bleichmár, Usandivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo! Buenos Aires. 1977.
FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1977.
NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1970.

INIMPUTABILIDAD

BRAINSKY, Simón. Manual de Psicología y Psicopatología dinámicas. Editorial Pluma. Bogotá. 1984.
DURAN, Lisandro. Trastorno mental transitorio como circunstancia de inimputabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría. (14) 1:27-36. Marzo. 1985.
FREUD, Sigmund. Psicopatología la vida cotidiana. Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
GAVIRIA, Jaime. Enfoque psiquiátrico del trastorno mental como fuente de inimputabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría. (11) 1:47-62. Marzo 1982.
MORA, Ricardo. Psiquiatría Forense y Nuevo Código Penal Colombiano. La Inimputabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría. (11) 1:20-46. Marzo. 1982.
NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1966.
NUEVO CODIGO PENAL COLOMBIANO. Decreto No. 100 de 1980. Edición dirigida por José Félix Castro. Biblioteca de Actualidad Jurídica. Bogotá. 1981.
REYES, Alfonso. La inimputabilidad. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 1979.
RÍVIERE. Joan. Odio, voracidad y agresión. En Melanie Klein. Obras Completas. Tomo VI. Paidós-Horm. Buenos Aires. 1976.
SERPA, Roberto Aspectos Psiquiátrico-Forenses del Nuevo Código Penal Colombiano. Rev. Col. de Psiquiatría. (11) 1:63-85. Marzo. 1982.
CSHILDER, Paul Problemas de la delincuencia. En Ernest Jones. Sociedad, cultura y psicoanálisis de hoy. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1958.

USOS Y ABUSOS DEL ART. 31 DEL C.P

BUITRAGO, Jorge Y DURAN, Lisandro. Características del homicidio determinadas por trastorno mental grave. Rev. Col. de Psiquiatría (12) 2:192-204. 1983.
DURAN, Lisandro. Trastorno mental como circunstancia de inimputabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría (14) 1:27-36. 1985.
DURAN, Lisandro. Análisis psiquiátrico de 18 casos de filicidio. Anales XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Pereira. 1986.
LA MORTALIDAD EN COLOMBIA. Estudio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud (INAS). Octubre. 1986.

ESTUPEFACIENTES

ACOSTA, Guillermo. Jefe Sección Farmacodependencia. Unidad de Salud Mental. Hospital San Juan de Dios. Bogotá. Comunicación personal.
ESTATUTO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES. Ley 30 de 1986.
FORERO, María Eugenia. Sección de Estupeficientes. Instituto de Medicina Legal. Bogotá. Comunicación personal.
OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE 9). Revista Colombiana de Psiquiatría. (9) 3:354. Sept. 1980.

CONDUCTAS SEXUALES DELICTIVAS

- BARRERA DOMINGUEZ, Humberto. Delitos sexuales. Conforme al título XI del Código de 1980. Editorial Visión. 1984.
- CODIGO PENAL COLOMBIANO. Editorial Publicitaria. Bogotá. 1980.
- FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1982.
- FREUD, Sigmund. Tótem y Tabú. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- GREEN, Richard. Sexualidad Humana. Editorial Interamericana. 1981.
- MASTER, JOHNSON, KOLONDN. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona. 1983.

ANALISIS PSIQUIATRICO DEL INCESTO

- BARRERA DOMINGUEZ, Humberto. Delitos sexuales. Conforme al título XI del Código de 1980. Editorial Visión. 1984.
- CODIGO PENAL COLOMBIANO. Editorial Publicitaria. Bogotá. 1980.
- FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1982.
- FREUD, Sigmund. Tótem y Tabú. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- GREEN, Richard. Sexualidad Humana. Editorial Interamericana. 1981.
- MASTER, JOHNSON, KOLONDN. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona. 1983.

HOMICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

- BUITRAGO, Jorge y DURAN, Lisandro. Características del homicidio determinadas por trastorno mental grave. Revista Colombiana de Psiquiatría. (12) 2:192-204. Bogotá. Junio 1983.
- DURAN, Lisandro; BUITRAGO, Jorge; VILLEGAS, Victoria. Trastorno mental y conducta delictiva en la mujer. Revista Colombiana de Psiquiatría. (12) 4: Bogotá. Diciembre 1983.
- DURAN, Lisandro. Análisis psiquiátrico de 18 casos de filicidio. Memorias del XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Pereira. Octubre 1986.
- FREUD, Sigmund. El malestar de la cultura. Obras Completas. Tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- MacKINNON, Roger y MICHELS, Robert. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México. 1973.
- KLEIN, Melanie. Tendencias criminales en niños normales. Obras Completas. Vol. II Buenos Aires. Paidós. 1975.
- KLEIN, Melanie. Sobre la criminalidad. Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires. Paidós. 1975.
- PAREDES Alfredo. Homicidios, asesinatos y parricidios en psiquiatría forense. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- RIVIERE, Joan. Odio, voracidad y agresión. En Melanie Klein, Obras Completas. Vol. VI. Buenos Aires. Paidós. 1975.
- SCHILDER, Paul. Problemas de la delincuencia. En Ernest Jones. Sociedad, cultura y psicoanálisis de hoy. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1958.
- SZABO, D. y FATTAH, E. Criminologie. Encyclopedie Médico Quirurgicale. París. 1969.
- URIARTE, José. El homicidio en los enfermos mentales. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana.

FAMILIA

- BOWLBY, John. Los cuidados maternos y salud mental. Editorial Humanits. Buenos Aires.

GOMEZ FUENTES, Carlos. Disfunción Conyugal. Una aproximación psicosocial. Escuela Colombiana de Medicina. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Clínica Monserrat. Trabajo para optar título como especialista. 1986.

FROM, Eric. El arte de amar. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1974.

PAPALIA, Diane y otros. Desarrollo Humano. Mac Graw-Hill. México. 1985.

ROJANO DE LA HOZ, Ramón. El conflicto conyugal a través del ciclo vital en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. (16) 4:453-447. 1985.

SPITZ, Rene. El primer año de vida. Fondo de Cultura Económica. México.

ZAMUDIO, Lucero; RUBIANO, Norma. Informativo. Las separaciones conyugales en Colombia. Universidad Externado de Colombia. Ed. No. 6. Julio-Sept. 1987.

SOLDADOS

HAROUTUN M, Babigian. Esquizofrenia: Epidemiología. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, Barcelona, 1982.

LEON Cytrin; REGINALD S, Lourie. Retraso Mental. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona, 1982.

MEEKS, John E. Trastornos de la conducta en la Infancia y la Adolescencia. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, 1982.

OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9. Revista Colombiana de Psiquiatría (9) 3:354. Sept. 1980.

STEWART L, Baker. Psiquiatría Militar. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona, 1982.

STRANGE, Robert E. Trastorno de Personalidad en el servicio militar En Lyon, John. Trastornos de Personalidad. Salvat Editores. Barcelona. 1978

LESIONES PERSONALES

ARENAS, Antonio Vicente. Código Penal Comentado. Temis: Bogotá. 1983.

MARTINEZ RAVE, Gilberto. Procedimiento Penal Colombiano. Nomos; Bogotá. 1992.

Gaceta Jurídica. (G.J.) t LXVI, 1949, p 179.

G.J. t LXXV, 1953, p 708.

Sentencia 14 abril 1945, t LIX, p 218.

G.J. t LXVI, 1949, p 406.

G.J. t LXVII, 1950, p 245.

G.J. t LXXXII, 1956, p 642.

G.J. t LXXXIX, 1958, p 548.

G.J. t LXXXII, 1956, p 6 1.

G.J. t LXXXIV, 1957, p 131.

G.J. t LXXXIX, 1958, p 548.

Casación 31 de mayo 1943, t LV, p 365.

Casación 23 de octubre 1946, t LXII, p 148.

Sentencia 25 de enero 1949, t LXV, p 407.

Sentencia 18 de julio 1952, t LXXXII, p 703.

Sentencia 11 de mayo de 1949, t LXVI, p 179.

Sentencia 22 de septiembre 1950, t LXVIII, p 229.

Sentencia 21 de agosto 1951, t LXX, p 169.

Sentencia 24 de julio 1953, t LXXV, p 710.

G. J. t LXXII, 1952, p 703.

G.J. t LXXXIV, 1957, p 131.

G.J. t LXV, 1948 p 132.

G.J. t LXVI, 1949, p 179. G j. t LXVIII, p 228.

PERTURBACION PSIQUICA

- 1 Acta sobre Perturbación Psíquica. Grupo psiquiatría y psicología forense Instituto Nacional de Medicina Legal, marzo 14 de 1991.
2. D.S.M. - III r, American Psychiatric Associations. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. 1984
- 2'. O.M.S. (C.I.E.-9). Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión. Revista Colombiana de Psiquiatría (9) 3:333-341 Septiembre 1980.
3. Mora Izquierdo, Ricardo: Revista Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 3, volumen 3, No. 1 junio 1987.
4. D.S.M. - III (Op. cit)
- 4'. Freedman, Kaplan y Sadock: Tratado de Psiquiatría. Salvat Barcelona 1982.
5. Freedman, Op cit.
6. Fontana, Vicent J.: Síndromes del niño maltratado y del niño golpeado. En: Freedman, Kaplan y Sadock: Op cit. Anthony, E. James. Otros trastornos psiquiátricos: Neurosis en el niño. En Freedman, (op cit).
7. Mises, Roger. Rojas, Alejandro: La clasificación Francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Revista Colombiana de Psiquiatría, volumen XX, No. 1 y 4 febrero de 1991 y diciembre de 1991.
8. Pearson, Cierald: Trastornos emocionales de los niños. Buenos Aires. Beta 1980.
9. Cobos, Francisco: Psiquiatría Infantil. Fondo de Publicaciones I.C.H.F. Bogotá 1972.
10. Morillo, Luis E.: Utilidades Clínicas del Electroencefalograma, Acta Neurológica Vol. 3 No. 1 marzo de 1987.
11. Guzmán, Eugenia: Consecuencias generales de lesiones cerebrales sob el comportamiento. Ed. Universidad Nacional 131- 161. 1983
12. Ortega Torres, Jorge: Código Penal Consultado. Editorial Temis. Bogotá 1975.
13. Fenichel, Otto: Teoría Psicoanalítica de la Neurosis, Paidos, Buenos Aires 1966.
14. Mackinnon, Roger y Michels, Robert: Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana. México 1973.
15. Ey Henri: Defensa de la Psiquiatría. Ed. Huelmul S.A. Buenos Aires 1977.
16. Noyes, Arthury Kolb, Lawrence: Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Medica Mexicana. México 1970.
17. Millón. Theodore: Psicopatología Moderna. Barcelona. Salvat 1976.
18. Vidal, Guillermo y Otros: Enciclopedia de Psiquiatría. El Ateneo. Buenos Aires 1980.
19. Lyon, John R.: Trastornos de Personalidad, Salvat Ed. Barcelona 1978.
20. Ribe, J. Marco, Tusquets J.L. Martí, Bartran R. Pons: Psiquiatría Forense, Salvat Editores S.A., Barcelona 1990.
21. Slaiken, Karl: Intervensibn en Crisis. México Manual Moderno 1988.
22. Hyman, Steven E.: Manual de Urgencias Psiquiátricas. Salvat Editores S.A. Barcelona 1987.
23. Acta sobre Perturbación Psíquica: Sección Psiquiatría y Psicología Forense Instituto Nacional de Medicina Legal. Bogotá abril 30 de 1993.
24. Acta sobre Perturbación Psíquica, sección Psiquiatría y Psicología Forense Instituto Nacional de Medicina Legal. Abril 2 de 1993.
25. Lain Entralgo, Pedro.: El Diagnóstico Medico. Salvat Barcelona 1982.
- 25'. Lain Entralgo, Pedro: Antropología Medica. Salvat Barcelona 1986.
26. Papaba Diana y Olds, Sally: Desarrollo Humano Ed. Me. Grawhill, México 1985.
27. Dolto Francoise: Psicoanálisis y Pediatría. Siglo XXI editores Bogotá

- 1979.
28. Hurlock, Elizabeth B.: Desarrollo del niño. Ed. Me. Grawhill, México 1982.
29. Piaget Jean: Seis Estudios de Psicología. Seix Barral. Barcelona 1975.
30. Piaget Jean: Psicología de la Inteligencia. Psique Buenos Aires 1976.
31. Luria, Alexander: El cerebro en acción. Ed. Martínez Roca, Barcelona ' 1984.
32. Freud Sigmund: Tres Ensayos para una Teoría sexual (1915). Obras completas, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
33. Master, Johnson, Kolondny: Tratado de Medicina Sexual. Salvat editores. Barcelona 1983.
34. Street, Robert: Técnicas Sexuales Modernas. Home Buenos Aires 1977.
35. SadoQ; Robert L.: Otras desviaciones sexuales. En Freedman (op cit).
36. Berenguer, Ana María: Aportes del nuevo código del menor a la problemática de la violencia intrafamiliar. Dirección Nacional de Medicina Legal.
37. Rojas, Germán: El niño maltratado. Presentado en el XVI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Bogotá 1990.
38. González Cerón, ROCÍO: Madres substituías como factor asociado al desarrollo de violencia en niños menores de seis años. Presentado en el XVI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Bogotá 1990.
39. Steven L. Shearer, Charles P. Petres: Frequency and Correlates of Chiid-hood sexual and Physical abuse histories in adult female borderline in patients. Am.J. Psychiatry 147:2, febrero de 1990.
40. Laverde Rubio, Eduardo: «Efectos Psíquicos de la violencia sexual en la mujer». Revista de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría 1992 volumen 21 (4) pag. 211.
41. Rodríguez, Alvaro: Perturbación Psíquica en Delitos Sexuales y Lesiones Personales. Inédito marzo 14 de 1991.
42. Consecuencias Psicopatológicas del Incesto. Apartes de texto en imprenta.
43. Freud, Sigmund: Más allá del principio del placer. Tomo III. Biblioteca Nueva Madrid 1973.
44. Hucker, Stephen J., Stermac Lana: The Evaluation and Treatment of sexual violence, necrophilia, and asph y siophilia. En: The Psychiatry Clinics of north america, Clinical Forensic Psychiatry, september 1992
45. Muñoz, Rodrigo: Impacto de la violencia terrorista en el niño. Revista de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría Vol. XXII No. 1 marzo de 1993.
46. Vengoechea O. Jaime, Sepúlveda Julio, Padilla Jairo: Consecuencias Psicopatológicas y tratamiento en pacientes médico-quirúrgicos de la Tragedia de Armero. En: Memorias del XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría - Pereira 1986.
47. O.P.S. Lima, Bruno y Santa Cruz, Hernán: Atención primaria en salud mental a víctimas de desastres. Presentado en el XVI congreso de Psiquiatría. Bogotá 1990.
48. Consecuencias Neuropsicológicas de lesiones no penetrantes de la cabeza en adolescentes. Clínicas Medicas de Norte América, Vol. 5 de 1990, pag. 1369-1379.
49. Erickson, Eric: El ciclo vital completado. Paidós Studio. Buenos Aires 1985.
50. Erickson Eric: Adolescencia y sociedad. Siglo XXI Editores
51. Dueñas, Leal, Martínez, Puyana, Ramírez, Thomas: Grupo mujer y sociedad: Mujer amor y violencia. Ed. Tercer Mundo Editores. Bogotá 1990.
52. Marcuse, Hebert: Agresividad en la sociedad Industrial Avanzada. Alianza editorial, Madrid 1968.
53. Fromm, Erich: El Miedo a la Libertad. Buenos Aires. Paidós 1968.

54. Bettelheim, Bruno: Sobrevivir: el holocausto una generación después. Grijalbo. Barcelona 1981.
55. Bettelheim, Bruno: El corazón bien informado. Fondo de cultura económica. México 1960.
56. Rivera León, Luis Eduardo: Hacia la reconceptualización de la psicopatología. Revista de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXII No. 1, marzo 1993.
57. Acta sobre Perturbación Psíquica Sección Psiquiatría y Psicología Forense. Instituto Nacional de Medicina Legal. Abril 23 de 1993.
- 58 Heiss W D Scripta Medica Merck: Métodos de Diagnóstico del Síndrome ' Psicoorgánico E. Merck, R.F. de Alemania.
59. Durán Lisandro Carreño María Idalid: Principios de Psiquiatría Forense, Ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1990.
60. Freud, Ana: Los Mecanismos de defensa. Buenos Aires. Horme 1977.
61. Mackinon op cit. Irving,
62. Paul: Cartas a un joven terapeuta. Amorrortu Buenos Aires 1973.
63. Fromm-Reichmann Frieda, K.: Personalidad del Terapeuta, Horme-Paidós, Buenos Aires 1977.
64. Sullivan, Harry Stack: La entrevista Psiquiátrica. Ed. Psique, Buenos Aires 1977.
65. De la Portilla, Néstor: Síndrome stres pos-traumático. I encuentro Latinoamericano de Psiquiatría Militar. Bogotá 1993.
66. Grupo para el avance de la Psiquiatría. Adolescencia normal. Ed. Horme-Paidós. Buenos Aires.
67. Kernberg, Otto: Trastornos graves de la personalidad. Manual moderno. México 1987.

EL DICTAMEN PERICIAL EN LOS PROCESOS DE FAMILIA

- Bowlby, John. Los cuidados maternos y la salud mental. Buenos Aires: Humanitas. 1982.
- Marti - Tusquets, José Luis. Psiquiatría Social. Barcelona: Herder. 1982.
- Sullivan , H. S. La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique. 1971.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

1. Magistra Internacional. Diccionario Enciclopédico. Tomo 2 Ñausa: Loreto.1993.
2. Martínez, A. y Paúl, J. Maltrato y abandono en la infancia. Martínez Roca: Barcelona .1993.
3. Ibid.
4. Simón, B. "Incest-see under oedipus complex": The history of an error in psychoanalysis. Plenari presentada al Encuentro de la Asociación Analítica Americana, Miami. Diciembre 7 de 1990.
5. Bowlby, J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Paidos: Barcelona
6. Stratton,P & Hanks, H. Incorporating Circularity in Defining and Clasifying Child Maltratment. Human Systems. Vol 2. 1991.pg. 181-200.
7. Ibid.
8. Martínez, Paúl, op. cit
9. Ibid.
10. Ibid.
11. Martínez, M. La etnografía como alternativa de investigación científica. Aportes. Dimensión Educativa: Santafé de Bogotá. Agosto de 1994. pg. 53-59.
12. Martínez, Paúl, op. cit.

13. Sluski, C. Violencia Familiar y Violencia Política. En Schnitman, D. Nuevos paradigmas cultura y subjetividad. Paidós: Buenos Aires. 1994.
14. Malagón, J. Factores asociados que desencadenan la Adopción en Colombia. Seminario Internacional “La Adopción un Acto de Amor”. Santafé de Bogotá, 29-30 de junio de 1995.
15. Kenell, J., Voos, D. y Klaus, M. El Afecto entre padres y bebés. Capítulos del libro suministrado por las Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Santafé de Bogotá.
16. Hargens, J. An interview with Harold A. Goolishian. Hamburg. June 1986.
17. Stratton, Hanks. Op. Cit.
18. Ibid.
19. Grupo de Investigación sobre el Diagnóstico del Síndrome del niño maltratado (En curso). Instituto Nacional de Medicina Legal. Santafé de Bogotá. 1996.
20. Quiroz, M. Mazuera, M., González, G., González, L., Bedoya, A. Estudio de casos y controles de riesgos asociados al maltrato al menor. Trabajo Social. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. 1989.
21. Ibid.
22. Ibid.

EVALUACIÓN EN PSIQUIATRÍA FORENSE

- Kernberg, Otto. .Trastornos Graves de la Personalidad. México: Manual Moderno. 1987.
- Mackinnon, Roger y Michels, Robert. Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana 1973.
- Maturana, Humberto. La realidad: Objetiva o construida? Tomo I y II México: Anthropos. 1995, 1996.
- Spitz, René. El Primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica. 1974.
- Sullivan, Harry Stack. La entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique. 1971.
- Taborda, Luis Carlos; Burgos de Taborda, Cecilia; Tellez Jorge; Vásquez, Rafael. Principios de Semiología Psiquiátrica. Bogotá: Specia. 1985.
- Von Foerster, Heinz. Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa. 1991.