

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 28

El dictamen Pericial en los Procesos de Familia

Psicopatología de los grupos familiares

Conclusiones.....

Capítulo 29

Definición y Clasificación del Maltrato Infantil

Historia.....

Límites.....

Clasificación

1. Maltrato intra-familiar.....

1.1. Negligencia

1.2. El maltrato o abuso emocional.....

1.3. El abuso sexual.....

1.4. El maltrato prenatal es una de las modalidades más recientemente encontradas en la literatura sobre éste tema.....

2. Maltrato Extra-familiar.....

2.1. Maltrato Institucional.....

Formas de maltrato.....

Consecuencias diagnósticas.....

Capítulo 30

Interpretación del Dictamen Psiquiátrico Forense por el Funcionario Judicial.....

Ilustración de un caso

Conclusión

Capítulo 31

Batalla entre Géneros.....

Procesos de la Batalla entre Géneros.....

Conclusiones.....

Capítulo 32

Evaluación en Psiquiatría Forense

Entrevista:

1. Tipos de lenguaje:.....

2. Contenido de la entrevista.....

Segunda historia.....

Capítulo 33

Relación Médico-Paciente en la Consulta Forense

Conclusión.....

Capítulo 34

Correlación Médico-Neuro-Psiquiátrico-Psicología

Conclusiones.....

Capítulo 35

El Sistema Penal Acusatorio y el Perito

Capítulo 36

Epílogo

Capítulo 37

Glosario

Capítulo 38

Bibliografía general.....

28. El dictamen pericial en los procesos de familia

Asistimos en nuestro país especialmente en los últimos años a modificaciones en la constitución, en el código del menor, en la jurisdicción de familia, en las políticas educativas, económicas y de seguridad social. Unos cambios serán favorables, otros no. De la misma manera la sección de neuropsiquiatría experimenta cambios en las modalidades de trabajo determinados por el cambio social. Así pasamos de ser auxiliares casi exclusivamente del derecho penal a auxiliares del derecho de familia y de menores, tema que hoy reúne nuestra atención, en aspectos que conciernen a la desintegración del núcleo familiar.

Sin extenderme en conceptos históricos quiero mencionar que la familia ha evolucionado de acuerdo a la época de la humanidad alcanzando en algunos países la organización patriarcal monogámica. En esta familia uno de sus objetivos es el de crear hijos con una paternidad cierta. Me llama la atención el sentido etimológico de la palabra familia que procede de «FAMULUS» y es el nombre con que se conocía al siervo «esclavo doméstico».

En el análisis de toda familia es importante pensar en sus diversos componentes y orígenes: a. El origen mítico o religioso; b. El

**Trabajo expuesto en el Seminario Taller de Psiquiatría Forense. Pereira 1994.*

sociológico en sentido de ayuda y defensa natural; c. El origen económico de la familia; d. El origen amoroso-sexual. Y en épocas recientes a partir de los estudios de las interrelaciones humanas de H.S. Sullivan, se considera como un proceso adaptativo de la comunicación que viene impuesto por la diferente estructura psíquica de ambas partes.

Desde los estudios de Spiegel y Kluckhohn (1954) (citado por Martí-Tusquets) conocemos que las diferencias en establecer buena comunicación en la pareja están frecuentemente producidas por las diferencias étnicas, culturales y de clases sociales. Los estudios de Lidz (citado por Martí-Tusquets) demuestran que las dificultades en establecer comunicaciones recíprocas satisfactorias tienen que ver en muchos casos con necesidades insatisfechas que cada uno lleva consigo desde sus familias parentales.

Pasando a nuestro trabajo... Nosotros realizamos una labor que debería ser de tipo interdisciplinario. En la actualidad involucra a jueces, defensores de menores, comisarios de familia, apoderados, psiquiatras, psicólogos, las partes en conflicto, es decir padre, madre, hijos, rivales, abuelos, figuras sustitutas y en muchos casos los trabajadores sociales, etc.

En este multifacético intercambio entre profesionales no siempre existe armonía ni lógica en los roles que tenemos y debemos desempeñar. En algunos casos pueden ser contradictorios. Me explico, un juez en razón de su oficio puede querer conciliar a la pareja, mientras tanto el apoderado puede querer separarlos y conservar su

cliente para su beneficio económico. También conozco profesionales del derecho y asociaciones de abogados que trabajan con ética y se capacitan en aspectos emocionales del ser humano y en la psicopatología de la familia para únicamente intervenir cuando otros procesos como el terapéutico han fallado y se impone la separación por las vías judiciales.

En el campo de la familia en los últimos 8 años venimos emitiendo conceptos para procesos de reglamentación de visitas, custodia, guarda o tenencia de hijos, suspensión de la patria potestad, separación de bienes y de cuerpos, nulidad matrimonial, divorcio e inasistencia alimentaria. Y con el advenimiento de la tutela e sinnúmero de denuncias por tortura psicológica y violencia intrafamiliar.

El panorama familiar es actualmente inestable en las normas jurídicas tanto de la pareja parental, como de la paterno-filial. En medio de esta situación de cambios frecuentes en la legislación familiar elaboramos dictámenes para los procesos de disolución o reconciliación de la misma. En la mayoría de las ocasiones no son claras las motivaciones generales o específicas de dichas peticiones. Son solicitadas por los apoderados, los defensores, los jueces o las partes, cada quien con interés particulares en el proceso.

Con el paso del tiempo hemos pasado de la petición general de practicar valoración psiquiátrica y psicológica, a otras más particulares: cuál de los dos padres está en mejor capacidad para tener al menor? tienen el padre y la madre la capacidad para desempeñar su rol de padres? Es conveniente que el padre o la madre visiten a su hijo o hija? y de qué manera o qué recomendaciones haría en este caso? ... dictaminar si existe una desviación sexual, si existe alcoholismo, mitomanía o patologías específicas. Determinar si las conductas endilgadas a los padres fueron reales, y además si presentan repercusiones emocionales en los menores.

Por la brevedad del tiempo abordaré solamente algunas generalidades sobre el dictamen, pero tengo conciencia que es preciso emprender estudios y hacer las indicaciones especiales de cada dictamen para un proceso específico familiar. Me referiré a dos aspectos del dictamen:

1. *Desaciertos en el dictamen de familia.*
2. *Interpretación del dictamen por el funcionario judicial.*

1. Interpreto que en algunos dictámenes de familia en el Instituto de Medicina Legal Bogotá existe confusión en el perito con los dictámenes de inimputabilidad. De esa manera responde al Juez que el examinado no presenta trastorno o enfermedad mental. Interpreto también que el perito descarta con esta respuesta una psicosis o un síndrome mental orgánico. Supongo que el juez pensará «no está loco, o no está demente».

Por la sola circunstancia que un grupo familiar recurra a la justicia para el manejo de su separación conyugal nos indica una patología mental mayor que en las parejas que se separan de común acuerdo y no consultan a los abogados. A priori podríamos pensar en un predominio de lo expresado como obsesivo-paranoide (acusatorio), de lo narcisista, simbiótico y dependiente (no tolera la separación),

del sado-masquismo (grave peligro para la vida), lo sociopático (con despliegue de mecanismos manipulativos). Basta con la observación desprevénida de los cónyuges en la sala de espera para descartar que no son personas clínicamente enfermas o con procesos psicóticos. Este informe así rendido poco aporta a la justicia...

Considero que el dictamen debe rendirse con profundidad y siguiendo alguno de los modelos propuestos para las familias no clínicas.

Un hombre de 35 años demandante en un proceso de custodia, fue examinado. Como datos patológicos en el informe consignaron:

«bajo rendimiento académico «nunca le gustó estudiar» en su infancia. Se consideraba tímido y calmado, siempre de malas para conseguir novias. A la edad de 20 años convivió en unión libre con una mujer durante un año. Posteriormente en un bar nocturno conoció a otra y a los pocos días de conocerla estableció convivencia en unión libre durante 6 años, tiempo en el cual nacieron dos hijos. Tuvieron desavenencias frecuentes llegando a la agresión física mutua, según refirió el examinado porque su mujer "se iba de la casa por temporadas a aventurar y descuidaba los niños." Expresaba «Yo la perdóné como 10 veces porque la quería, pero ella tenía un amante». El Señor refirió haber estado preso en la cárcel Nacional Modelo por porte de estupefacientes, pero decía él «como no se comprobó nada me dieron la libertad". Al enterarse de su libertad, "la mujer se le desapareció con los menores". Existían en él antecedentes de ingesta de alcohol desde los 18 años de edad (generalmente brandy) y también consumo de alcohol por la línea paterna. Había estado detenido por peleas callejeras».

Al examen mental las funciones autónomas del yo aparecían registradas dentro de lo normal, excepto el afecto con leve depresión. En las pruebas proyectivas de personalidad registraban elementos de inmadurez e infantilismo, precaria estabilidad y falta de confianza en sus contactos sociales. Control interno rígido en su conducta, coordinación pobre en sus impulsos con tendencia a manifestaciones de agresividad.

En el análisis del dictamen consignaron que en su estructura de personalidad predominaban elementos de inmadurez y control interno rígido, características que al parecer "no interferían en su actividad laboral y rol social". A pesar de lo ya descrito el dictamen concluía:

"el señor....no presenta síntomas de enfermedad mental». Explicaré más adelante por qué difiero de esta conclusión.

Con el anterior concepto pericial, le fue entregada al señor la custodia del hijo mayor. La señora no fue examinada. Dentro de los mecanismos de control que el examinado ejercía sobre su mujer demandó por la custodia del otro hijo. Es así como este caso volvió al Instituto y en esta segunda ocasión fueron examinados el señor y la señora por otro perito. La versión fue considerablemente diferente. El señor se comportaba como un celotípico y a causa de esto había herido de gravedad en varias ocasiones a su compañera. Ella lo definió como expendedor de estupefacientes; «que la llevó a vivir al mismo lugar donde vendía la droga». A la vez la consumía y había estado detenido por varias conductas ilícitas. Ante esa crisis familiar ella se fue, pero él la buscó hasta que la encontró porque no aceptaba la separación. Le propuso que volviera con él si quería tener al hijo mayor, de lo contrario le quitaría al otro hijo.

A mi juicio y es algo que he dicho repetidamente en la Sección

de Psiquiatría, un dictamen como el anterior no tiene coherencia interna, ni cumple una utilidad práctica para el Juez de Familia. En el cuerpo del dictamen describe una psicopatología que finalmente excluye en la conclusión. Por esto es incoherente, inexacto e incompleto. La entrevista es usada generalmente para desvalorizar al otro cónyuge antes que para dar datos confiables de sí mismo. El perito no integra los elementos psicopatológicos que consigna a lo largo del dictamen con la conclusión del mismo. Lo que renglones atrás anoté: se limita a descartar una psicosis grave o similares. En mi sentir es un trabajo simplista y reduccionista. No es justo ni lógico convertir, aún el trabajo de los funcionarios judiciales que nos envían gruesos expedientes con información valiosa para el caso, en una respuesta de estribillo.

Un dictamen de familia debe contener la entrevista general y estructural, pruebas psicológicas y demás recursos investigativos que nos permitan informar acerca de contenidos básicos del dictamen, como: la relación primaria del examinado con los padres, probable modelo de funcionamiento en su núcleo familiar secundario. Formas de vinculación afectiva y de comunicación (verbal, no verbal, silenciosa). Conflictos de subordinación y dependencia. El manejo de la agresividad, los modelos de identificación y la adaptabilidad, la distribución de los roles, la valoración de perjuicios y tabúes, la capacidad de independencia. La forma de asumir los roles de autoridad y protección.

En los procesos de familia no es prudente quedarse con el examen de una sola de las dos partes. En caso obligatorio, de examinar a una sola de las partes, hay que desconfiar sistemáticamente de la información suministrada, generalmente en beneficio de sí mismo y en detrimento del otro. El dictamen del uno queda convertido en una acusación al otro.

Me decía un día una Señora Juez en Bogotá «hemos enviado al Instituto de Medicina Legal unas parejas con tantos problemas, para saber cuál de los dos padres es mejor para la custodia de los menores y nos contestan que ambos son normales o que ninguno tiene enfermedad mental, de manera que con ese dictamen tenemos que declarar custodia compartida". Esta modalidad tiene graves inconvenientes desde el punto de vista psicológico. Varios peritos de la sección vemos con preocupación sentencias judiciales que reparten a un bebé de seis meses, quince días con la madre y quince días con el padre, la navidad con el uno y el año nuevo con el otro, las vacaciones de Semana Santa con la madre y las de Junio con el padre. Pero estas sentencias tienen otras consecuencias cuando un funcionario judicial atribuye esa decisión a un informe psiquiátrico o psicológico. Porque tanto el funcionario como las partes son perturbados y confundidos por el mensaje de aprobación implícito en el concepto.

Una Trabajadora Social de una Comisaría decía en otra ocasión: enviamos a un padre maltratante para examen y el dictamen informaba que «no tenía signos ni síntomas de enfermedad mental». Este hombre castigaba a su hijo con violencia, hundiéndole de cabeza en el agua y golpeándolo contra la pared. Probablemente este hombre presentaba un desorden de personalidad explosiva. El caso fue contestado con el estribillo psiquiátrico forense utilizado en el pasado en un formato para signos y síntomas en casos de hospitalización

psiquiátrica. En mi opinión no debe utilizarse este estribillo en otras situaciones sin un análisis estricto y sin tener en cuenta a quién va dirigido el concepto.

En los cuestionarios sobre padres alcohólicos se aplica generalmente el formato de entrevista psiquiátrica y psicológica, pero no se hace especial énfasis en la búsqueda de los indicadores fisiopatológicos, ni otras pruebas de laboratorio para el alcoholismo. Cuando el caso es muy evidente y por la misma entrevista puede concluirse como positivo el alcoholismo es frecuente que se atribuya a la dinámica conflictiva con la pareja. Es decir que se responsabilice erróneamente a la mujer. Mecanismo proyectivo lamentablemente muy difundido.

La Apoderada de una señora, especializada en Derecho de Familia, me decía en otra ocasión que había pedido examen para un padre de familia. Este era Médico, según Ella millonario y por esta misma causa con gran poder de manipulación. Que la tenía intimidada y amenazada a ella, igual que a la mujer y a la hija, pero que el dictamen de medicina legal informaba normalidad. Se preguntaba por qué no le habrían diagnosticado la sociopatía o la paranoia y se extrañaba de la respuesta pericial.

Con el auge de las tutelas he observado dictámenes de familia donde se diagnostica para la mujer neurosis histérica, explicando que es «teatral, seductora, exagerada, que puede falsear los hechos» y para el hombre diagnóstico de paranoia, diciendo sin embargo que no es persona violenta, capaz de cometer hechos agresivos y persecutorios celotípicos como los investigados. Esta verdad a medias, no consecuente totalmente con el conocimiento psiquiátrico ayuda a descalificar la denuncia que la mujer ha formulado por tortura. Este aspecto habla de una dificultad interna del perito, que no le permite valorar, tanto la una como la otra psicopatología y contribuye con su concepto a la persistencia del conflicto.

2. La interpretación del dictamen por el funcionario judicial es un campo inexplorado, en parte por obstrucción de los funcionarios judiciales para ser observados en sus decisiones. Hablé en Juzgados de familia de Bogotá para analizar la coherencia y la utilidad del dictamen con la colaboración de alumnas de Trabajo Social. El resultado fue inesperado y frustrante. Nos suministraron diversos procesos todos acerca de interdicciones en los cuales no existen las dificultades antes enunciadas.

En un segundo intento diseñamos un cuestionario muy sencillo de diez preguntas y no obtuvimos ninguna respuesta.

Las ciencias y las teorías de la comunicación nos dicen que el significado de algo, "el significado del dictamen", depende no solamente de quien emite el concepto, sino y en buena medida, de quien lo recibe y lo que entiende de lo que le dicen. Por esto la importancia de trabajar en la comunicación adecuada entre la Psiquiatría y el Derecho. De éstos temas se hace cargo la hermenéutica.

Psicopatología de los grupos familiares

Finalmente quiero presentarles una forma de analizar la psicopatología del grupo familiar, propuesta por José Luis Martí-Tusquets en España.

Esta propuesta parte de un estudio clínico basado en un universo de 1.300 personas atendidas en un periodo de 17 años de la vida profesional del autor, con la finalidad de sistematizar posibles relaciones entre dificultades emocionales e interacción familiar. Excluyeron de la muestra los casos de psicosis exógena, postraumáticos, epilepsia, retardo mental, demencias seniles y preseniles, para que el análisis estuviera centrado en las vicisitudes emocionales y la interacción familiar. De ese universo tomaron una muestra de 370 individuos, estudiados a través de miembros diversos dentro de la familia y con conocimiento psicológico de la relación en tres grupos generacionales (abuelos, padres, individuo). Agrupó estos individuos en 4 modalidades de síndromes principales:

a. El esquizoprocesal que tuvo 78 familias, b. el obsesivo paranoide-depresivo, 141 individuos, c. el angustioso-fóbico-histérico, con 91 personas y d. el psico-sociopático con 60 examinados.

Estos síndromes son el resultado de la interacción de la pareja: "dos personas con unas específicas características de personalidad cada uno". La resultante de ésta interacción es una identidad nueva, diferente a cada una de las identidades (individuos) que la originaron. Es como una gestalt nueva. La disfunción en uno de los cónyuges genera un determinado comportamiento en el otro, matizado éste comportamiento por la cultura, el género y otros factores, dando un pensamiento y funcionamiento típico que forma la lógica particular de la familia y explica la aparición de determinados "individuos" resultante de la constelación sindromática que brevemente explicaré a continuación.

a. *Círculo esquizo-procesal*: presenta deficiencias fundamentalmente de la comunicación, que tienen a menudo su contrapartida en una actitud inflexible o rígida por parte del padre, en ausencia del rol del padre por introversión o estar ausente de la familia. En otros casos puede presentarse como una exigencia o tendencia a la imposición, aún inconsciente. Muy frecuente, es también, que esta actitud de exigencia venga representada por la madre. Otras veces las madres suelen ser incapaces para afrontar la realidad, encerrándose en un mundo de pre-juicios sociales, en fantasías de grandeza. La interacción entre la diada padre-madre en general y aparentemente se mantiene con normalidad, aunque con dislocación de los papeles en lo relativo a dominación-sumisión, o bien con una preponderancia manifiesta de la figura materna y una marcada inseguridad y pasividad de la figura paterna. Cuando el impacto de la enfermedad es agudo, determina un inconsciente rechazo psicológico en el yo del otro sujeto porque siente amenazada su integridad psicológica o mental. El conjunto de estos fenómenos genera disociación y regresión en los integrantes del grupo matriz.

b. *Círculo obsesivo-depresivo-paranoide*: Un mismo individuo que en un momento dado se presenta como obsesivo, posteriormente estará depresivo y más adelante paranoide. Estas personas con sus obsesiones pueden ser pesados y "quisquillosos" con sus familiares, los cuales responden dejándose abatir o en un auténtico rechazo defensivo, como es el caso del cónyuge con crisis de celos. La figura paterna suele ser autoritaria, criticadora, exigente de respeto, duro e impositivo, metódico, perfeccionista, impaciente y con falta de espontaneidad, con utilización del razonamiento lógico como base de la inter-acción. La figura materna fue encontrada con cierta rudeza

en la actitud, utilizando también el razonamiento lógico en forma inflexible, con poca generosidad y mucho sentido práctico, con descargas de hostilidad y suspicacia. La interacción entre la diada conyugal es en general agresivo-compulsiva.

c. Interacción en el círculo angustioso-fóbico-hístico: Aquí la angustia es la expresión psicopatológica más evidente, seguidas de síntomas de conversión, somatizaciones, temor, inseguridad y fobias. Lo anterior no niega el que existan otros síntomas como por ejemplo la obsesión-fobia. En este grupo hay intensas demandas afectivas y de comunicación y de gran sensibilidad. La interacción a nivel de la diada conyugal acostumbra a ser de marcada dominancia-sumisión. Como figuras paternas suelen ser muy angustiadas, con escasa elaboración intelectual, con sentimientos de culpa y actitudes sobreprotectoras. Suele encontrarse un padre vanidoso, impositivo y duro, nervioso, irreflexivo y excitable con reacciones muy diversas. La figura materna suele ser la madre idealista, sacrificada, imaginativa, víctima sumisa y condescendiente, bondadosa, agradecida, blanda y algo ilusa; impaciente, angustiada, también muy sensible. Otras veces hallamos bajo la actitud protectora una cierta frialdad y hostilidad expresada como crítica. En general la interacción en el grupo familiar es hiper-expresiva, solicitante de atención y cuidado con habituación a una respuesta con verdadera entrega afectiva, por lo que hay poca aceptación de la frustración.

d. Interacción en el círculo psico-sociopático: Este círculo sindrómico se caracteriza por labilidad emocional e inestabilidad en la conducta. Se encuentran en situaciones de dependencia excesiva, ya sea del grupo familiar o de otros sustitutivos (alcohol, drogas, etc.) y tienen a menudo sentimientos infantiles de omnipotencia. En cuanto a la interacción de la pareja conyugal, cuando el esposo es el alterado, la esposa debe adoptar las responsabilidades del hombre y por esto va presentando una profunda hostilidad y resentimiento hacia la conducta vivida por ella como incomprensible. Cuando la alterada es la mujer, el cónyuge tiende a desligarse de la relación matrimonial, con una especial tendencia a destacar la alteración de su mujer. Como padres presentan tendencia a la inautenticidad entre lo que aconsejan a sus hijos y sus propias acciones, en una forma excesiva a lo que es normal en la mayoría de grupos familiares. Los rasgos de irreflexión e indolencia, de vanidad, frialdad, imposición y especial interés centrado en lo económico, son unas de las características en el padre. En la figura materna es muy difícil deducir rasgos comunes, aunque a menudo suele haber actitudes similares a las de los padres especialmente en lo relativo a prejuicios sociales e irresponsabilidad. La inafectividad, condescendencia, humildad, aparecen con frecuencia en estas madres, que tienden a la evasión y a la sustitución del afecto por el regalo. Hallamos en este círculo sindrómico un trastorno cualitativo de la comunicación, que impide la relación afectiva estable y que impide responsabilizarse de las obligaciones propias de las situaciones vitales.

Conclusiones

Es urgente buscar o crear modelos de trabajo en el campo de la

familia en Colombia y poder proponer marcos conceptuales que orienten al sector de la jurisdicción de familia. Esto disminuiría el desgaste individual de los peritos, sustentando en forma solitaria, en cada caso, principios básicos para que el desarrollo emocional no sea interferido.

Es prioritario preservar la continuidad del vínculo madre-hijo. Nos lamentamos por qué hay niños sin madres en la calle. Por qué fomentar entonces la separación madre-hijo por vías judiciales cuando los menores tienen madres que los cuiden?

Cuando el vínculo primario no se ha establecido con la madre o el padre desde el comienzo, es importante preservar el lazo afectivo que se ha establecido con la persona sustitúa. Deberían primar las necesidades del menor sobre los intereses del adulto.

Es innegable que en la mayoría de los casos la madre brinda un rol de mayor protección a los hijos. En las parejas examinadas hemos visto que la psicopatología de la mujer es menos lesiva para la sociedad. Esto está de acuerdo con los últimos informes sobre salud mental que encuentran mayores cifras de enfermedad para el hombre. Desde la infancia comienza la diferencia; revelada en las estadísticas de 8 problemáticas de niños por una de niñas.

Los diagnósticos de sociopatía, toxicomanía y trastornos límites de personalidad son muy lesivos al grupo familiar. Bowlby insistió sobre la conveniencia de proteger a los menores de este estilo de padres y aconsejarles la separación del grupo familiar. Esto como única excepción a todas las otras políticas que deben tender a consolidar la unidad familiar. También expresó desde el año 1.950 en libros apoyados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) que la sociedad mejoraría cuando en su organización diera prioridad a las necesidades de las mujeres y los niños. Porque el niño es el padre del adulto.

29. Definición y Clasificación del maltrato infantil

Resumen: En 29. 700 caracteres se hace una invitación a reflexionar sobre la definición del término de maltrato infantil. Este ha sido un concepto al que se le ha dado un uso tan amplio o tan restringido dependiendo de las perspectivas con que se desee mirarlo. Es necesario diferenciarlo de los tratos incorrectos en la vida cotidiana y de las conductas delictivas en el otro extremo. Ha sido analizado desde el punto de vista de la conducta maltratante, de las consecuencias en el maltratado, de la intencionalidad, del por qué y el para qué de la definición. Se hace énfasis en que la definición de maltrato rebasa el quehacer médico y psicológico y se sitúa básicamente en la relación y genera un ciclo de maltratador-maltratado que se realimenta.

Este escrito surgió como respuesta a las dificultades de un equipo multidisciplinario, para ponerse de acuerdo en los indicadores, los límites y la naturaleza del concepto de maltrato infantil

Antes que dar una definición acerca del maltrato infantil quisiera emplear los minutos que me han sido concedidos para hacer unas reflexiones sobre la definición.

Definir aparece en la enciclopedia (1) como la actitud de precisar y clarificar un término o palabra. Hablar de la naturaleza de algo.

1 Presentado al II Encuentro de Psiquiatría Y Psicología Forense. Chinauta, 30 y 31 de mayo y 1 de junio de 1996.

Historia

Desde tiempos remotos ha existido sufrimiento en la infancia desde formas leves hasta graves como el filicidio. (2) En París entre 1771 y 1777, habían muerto el 80% de los 31.000 niños acogidos en hospicios. A tal punto que en Francia se llegó a proponer que en la entrada de los hospicios se colocara un rótulo con la inscripción:

“aquí se hace morir a los niños”. Philippe Aries, historiador social, sitúa en ese momento histórico el nacimiento del sentimiento moderno de la infancia.

En el siglo XVII P. Zacchias publicó la tercera edición de su libro debates médico-legales, (3) en el mencionaba tratos incorrectos para la educación de los hijos. En 1.852 Toulmuche, médico francés describió algunas lesiones de malos tratos. En 1.860 Ambrose Tardieu, médico francés hizo la primera descripción del síndrome del niño maltratado, recogía 32 casos de niños maltratados, 18 de los cuales murieron. Con relación al abuso sexual, fue Freud quien primero reconoció que los abusos sexuales eran frecuentes y encontraba asociaciones entre estos antecedentes y alguna psicopatología hallada en sus pacientes adultos. Autores recientes (4) mencionan que Freud fue forzado a silenciarse en sus divulgaciones a la sociedad victoriana. A mediados de éste siglo, en

la década del 50 son publicados los estudios de John Bowlby (5) que muestran las desgarradoras historias de los niños que pierden sus figuras de apego, o que carecen de ellas. Esta breve síntesis histórica para mencionar que este tema es muy antiguo y que en algunos países en este momento se están introduciendo correcciones a situaciones dudosas y generadas desde la definición, clasificación y el manejo del tema en cuestión.

A lo largo de los años han surgido numerosas definiciones sobre el tema. Algunas muy breves como la de Zigler y Hall en 1.989 (6) que lo definieron diciendo "es el mayor dilema que afrontan los trabajadores modernos", refiriéndose a los trabajadores de ciencias de la salud y ciencias sociales. Ellos repasaron definiciones provenientes de diferentes perspectivas tales como las de origen médico, legislativo, investigativo y de servicios sociales. Aún la definición legal que podría esperarse como la más específica y coherente, fue descrita por los autores ya citados y también por Giovanoni (7) como vaga.

Es ampliamente conocido que los Pediatras Kempe, Silverman y otros en 1.962 (8) dieron el término del síndrome del niño apaleado, a aquellos que mostraban una condición clínica de niños que habían sido víctimas de maltrato físico en forma severa por sus padres o cuidadores.

El parlamento Europeo definió los malos tratos infligidos a los niños como "toda violencia no ocasional contra la integridad física y/o psíquica del niño, o la privación de cuidados, por parte de sus padres o cuidadores que conlleve perjuicio hacia el niño al herirlo, dificultar su desarrollo o inducirlo a la muerte" (sesión celebrada el 9 de Diciembre de 1.985).

En la literatura Española aparece el Sociólogo Gil (1970) (9) hablando del papel de la sociedad y las instituciones en el maltrato infantil y en 1971 Lukianowicz (10) habló de los malos tratos psicológicos.

No queda difícil comprender que en la definición de una situación social de interacción entre individuos pueden y deben intervenir muy diversos y variados puntos de vista: la opinión del niño(a), de los padres o cuidadores, de las autoridades civiles, sanitarias, educativas, jurídicas, de la comunidad científica y en general de la cultura. A nivel internacional y en nuestro país se están adelantando investigaciones con la denominada técnica de investigación etnográfica (11) centradas en definir y delimitar el criterio de maltrato de acuerdo a cada cultura.

Límites

Al organizar una definición es necesario tener presente la gran diversidad de puntos de partida y contextos. Quiénes son los sujetos involucrados en la conducta en mención, el tipo de conducta, la percepción de esa conducta tanto en el actor como en el receptor, la intencionalidad de la acción, si el maltratante es una persona natural o una institución, el vínculo entre el sujeto activo y pasivo de la conducta, el por qué y el para qué se hace la definición? Desde qué

edad y hasta qué edad se considera maltrato infantil? Las diversas consecuencias sobre dichos menores y las variaciones en las consecuencias de acuerdo a la edad del maltratado.

Normalmente es difícil establecer una definición, pero en el caso de situaciones que como esta, plantean una serie de categorías el problema se torna más complejo. Dónde termina el buen trato y dónde comienza el maltrato. Dónde termina el maltrato y dónde comienza el delito? El maltrato es de condición más leve con relación al delito? Por qué es más leve con relación al delito si el tipo de conducta puede ser similar al del delito pero en un menor de edad. Se estarán propiciando con la infancia comportamientos que con los adultos no son permitidos, pero que al denominarlos en la infancia como maltrato son analizados con mayor benevolencia?

Con las consideraciones anteriores podríamos pensar que antes que definir esta situación podríamos más bien delimitarla.

Es usual para los profesionales que trabajan con este tema, el sentimiento que las definiciones que se han construido se quedan en puntos de vista más o menos parciales del problema, o que tocan aisladamente ciertos tipos de maltrato, la intencionalidad, la ubicación, la responsabilidad o la repercusión.

Martínez Roigs y Ochotorena, (12) dos autores españoles consideran que una definición debe hacer mención a un sujeto receptor, objetivar sus manifestaciones, reflejar una conducta, describir las repercusiones sobre el desarrollo, y mencionar a los responsables. Además, debe ser concreta en cuanto a estas delimitaciones y amplia para que puedan ser incluidos todos los diferentes subtipos de maltrato y no debe enfrentarse con el concepto de buen trato.

Así, un niño, en cualquiera de sus fases de desarrollo, es objeto de maltrato cuando presenta unas manifestaciones físicas y/o conductuales que son consecutivas a un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y la omisión de los cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento y desarrollo. Este comportamiento es ejercido por parte de personas o instituciones, teóricamente responsables de los mismos. Además dicha situación comportamental, activa o pasiva, repercute negativamente en el desarrollo actual y futuro del menor, a la vez que puede presentar efectos totalmente impredecibles, si la situación se cronifica. Dicho de otro modo más resumido sería: "Las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo físico, psicológico y emocionalmente considerado como normal para el niño".

Porqué excluyen estos autores los accidentes? En mi sentir y en el de otros, los accidentes no por ser accidentes dejan de ser percibidos por los menores como maltrato. Igualmente estarían condenando los menores a ser sujetos pasivos de conductas culposas, bien sea que provengan del interior o del exterior a la familia. En éste sentido señala Sluzki en su artículo violencia familiar y violencia política (13) los efectos traumáticos devastadores de estas conductas en las cuales en forma súbita el protector puede transformarse en victimario! Como ésta no ha sido su intención éste además re-rotula la conducta

violenta accidental: "esto no te dolió tanto, esto te ayuda a madurar, contribuiste al hecho, etc." Y en la violencia extra-familiar. Qué del sentimiento de impotencia frente a un Estado en el cual los controles Socio-Jurídicos no sean eficaces en la protección tanto de niños como de adultos?

Los autores antes citados, Martínez y Ochotorena, consideran que aunque su definición no acaba con los problemas que hasta ahora se han mencionado y con el gran defecto de su extensión, puede eludir los problemas derivados de los aspectos culturales y las costumbres, y puede facilitar el establecimiento del límite entre "buentrato" y "maltrato" a la infancia. Y que en el caso del abuso sexual se deberían añadir unos condicionantes que se señalarían al hablar de los diferentes tipos de abuso sexual.

Dan el siguiente ejemplo para entender la aplicación de esta definición: El uso de un bofetón a un niño sería una forma de corrección de la conducta infantil. Esta práctica culturalmente aceptada debe ser considerada como un recurso incorrecto y no como maltrato; sólo se consideraría así cuando originara una lesión importante como consecuencia de su potencia o se perpetuara como "método educativo". Así mismo, la educación sobreproteccionista podría ser un trato incorrecto pero no un maltrato infantil. Creo que si lo vemos desde la óptica de los adultos a muchos les gustaría reservarse esa posibilidad de agresión hacia sus hijos, pero si lo vemos desde los niños ninguno estaría de acuerdo.

Una definición clara y completa sería ideal y necesaria para la adecuada comunicación entre profesionales, para fines estadísticos y epidemiológicos. Sin embargo las definiciones tan amplias nunca son el punto de partida adecuado para fenómenos complejos.

Clasificación

Como consecuencia de una definición surge una clasificación y con esto ayudamos a su claridad y su delimitación. Existe tendencia a clasificar todas las formas de violencia y por consiguiente el maltrato también en intrafamiliar y extra familiar.

1. Maltrato intra-familiar

Es el que se produce dentro del habitat cotidiano del niño. En estas situaciones usualmente el niño suele ser un síntoma de una familia desestructurada y como lo han expresado numerosos autores, el conflicto a tratar es una secuencia de dificultades que involucra a tres generaciones: abuelos, padres e hijos. Este nivel de maltrato tiene una repercusión social independiente del tipo de lesión ya que un ambiente desestructurado no es un lugar idóneo para un ser en desarrollo y por ello es urgente la intervención a nivel de la familia y las condiciones socioculturales que rodean al menor.

Subtipos de maltrato intrafamiliar:

1.1. Negligencia

Entendido como aquellas conductas por omisión realizadas por parte de los responsables del cuidado físico y psicológico de los menores. Suele aparecer descrito como de mayor frecuencia en familias que

toleran déficit en sus necesidades básicas. También es frecuente que para remediar la negligencia de los padres, el menor sea transferido a la negligencia de las Instituciones y el Estado. El abandono y todas las formas derivadas de éste serían el grado extremo de la negligencia.

1.2. El maltrato o abuso emocional

Ha sido entendido como cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar. Ha sido frecuente incluir en esta categoría el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto, la desvalorización repetida, la educación en la intimidación, la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades. Si bien es uno de los subtipos de maltrato, es difícil concebir que no sea el acompañante de cualquiera de los otros subtipos.

1.3. El abuso sexual

Una definición podría ser el involucrar al niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo incompleto y a las que no puede otorgar su consentimiento y que violan tabús sociales y legales.

Los criterios fundamentales para poder aplicar el término de abuso son: la edad del niño, la edad del agresor en asimetría con la del niño, el beneficio del adulto, el hecho de entrar en contradicción con las normas de cada sociedad. El hecho abusivo es independiente del uso de la coerción, de la existencia del contacto genital o físico, de la persona que inicia la actividad o de las lesiones que pueda causar.

El abuso sexual contempla numerosas categorías que no es del caso mencionar.

1.4. El maltrato prenatal es una de las modalidades más recientemente encontradas en la literatura sobre éste tema

Incluye todas aquellas condiciones debidas a la madre gestante que tengan consecuencias negativas en el feto. Ejemplos típicos de estas son: la alimentación deficitaria, el exceso de trabajo corporal, las enfermedades infecciosas, la presencia y seguimiento inadecuado de enfermedades crónicas, los hábitos tóxicos. El trabajo en ambientes tóxicos es también una condición lesiva al menor y esta involucra nuevamente estancias administrativas, laborales y estatales. Cómo considerar aquellos estímulos que ocasiona el padre a la madre gestante y por consiguiente al feto?

El Síndrome Munchausen por poderes. Este consiste en la simulación de síntomas físicos patológicos en terceras personas. Puede ser mediante la administración o inoculación de sustancias al menor o manipulación de excreciones o simplemente la sugerencia de sintomatología difícil de demostrar. Estos hechos conllevan a numerosos ingresos hospitalarios o a la práctica de exploraciones innecesarias en el menor. Suele ser una forma de maltrato practicada en los niños por los familiares más directos. En el sector Salud sabemos que no es tan frecuente este síndrome, pero si la hipocondría de los padres que los niños suelen soportar.

2. Maltrato Extra-familiar.

No mencionar como maltrato aquellas conductas lesivas realizadas al exterior de la familia equivaldría a considerar el núcleo familiar como el único responsable de una problemática social bien compleja.

Sería desconocer los factores extrínsecos a la familia que en ocasiones son determinantes mayores. Como padres cuidamos nuestros hijos. Como ciudadanos podemos exigir de otros cuidados para nuestros hijos y como funcionarios podemos estar en el deber de cuidar los hijos de otros.

Tendríamos como subtipos del maltrato extrafamiliar:

2.1. Maltrato Institucional

Debe incluir aquellos actos de comisión o de omisión permitidos **en** el contexto de organizaciones, sistemas y programas de protección del menor que violan los objetivos del cuidado institucional adecuado, con amenaza para un correcto desarrollo. Por todo ello, se pueden incluir en él todos los subtipos hasta ahora especificados.

Es además un subtipo de maltrato que presenta unas características muy diferenciadas en relación a las derivadas del intrafamiliar. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se analizan en el maltrato intrafamiliar no son aplicables en este caso. Pueden producirse las formas directas, propiamente en contacto con el niño, y las formas indirectas, realizadas desde "la mesa de un despacho". Los llamados abandonos de papeles en los centros de adopción (14). Otra de sus peculiaridades es la mayor dificultad de detectarlo, demostrarlo y de predecir las consecuencias en el niño, ya que podrían presentarse al cabo de muchos años cuando ya es muy difícil llegar a establecer una relación causa-efecto.

2.1.1. Puede considerarse debido a los Profesionales de la institución por:

- Falta de preparación.
- Supervisión inadecuada.
- Exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral.
- Intervención profesional poco ética.

2.1.2. Por Programas de la Institución, especialmente administrativos:

- No cumplimiento de unos niveles mínimos de calidad.
- Uso de programas en detrimento del bienestar infantil.
- Programas que no garantizan la seguridad del menor o generan situaciones adversas al desarrollo infantil.
- Separación de los niños de su hogar sin esforzarse por intervenir con la familia.

2.1.3. En el Sistema Sanitario

- Conceptos solamente organicistas
- Ausencia de selección adecuada del personal y de distribución igualitaria del mismo.
- Salud entendida como contraposición a enfermedad sin puesta en práctica del concepto amplio de salud.
- Normas en los servicios de ginecobstetricia y de perinatología que desfavorecen la vinculación del recién nacido con sus padres (15).

2.1.4. En el Sistema Educativo:

- Desigualdad de oportunidades.
- Obstaculización del desarrollo normal: Ejemplo. Rigidez normativa imponiendo a los pre-escolares largas horas de silencio.
- Discriminación con base a sexo, nacionalidad, etnia, religión, etc.

- Permisividad o autoridad extremas.

2.1.5. En el Sistema Judicial:

- Desconocimiento de la naturaleza y características de la infancia.
- No respeto de los derechos del niño.
- Aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto, o poco a la diada madre-hijo y preferencia al padre.

En resumen, en el maltrato institucional los responsables de la acción directa no ofrecen al niño la cobertura idónea de sus necesidades para un correcto desarrollo o no se les proporciona el bienestar adecuado, cuando los padres no lo hacen. En algunos casos pierden aquello que los padres les daban, a cambio de poco.

Parafraseando a Golishian, "no es bueno andar por la vida sin una teoría". (16) La teoría debe aportarnos modelos o esquemas que nos permitan manejar las diversas situaciones complejas. Igualmente recomienda el mismo autor revisar nuestra teoría y cambiar el modelo si éste se torna insuficiente. En términos suyos "no debemos esculpir nuestras ideas en piedra de modo que no se puedan cambiar". Siguiendo la misma teoría de Golishian, otro autor Stratton (17), propone una definición no como algo acabado, inflexible, no como una declaración final para cerrar el debate sino para iniciarlo, para hacer otras ediciones. Stratton y Hank en 1988, sitúan y definen el maltrato EN LA RELACIÓN y que es necesario establecer definiciones en las responsabilidades que tienen las personas por el cuidado de la infancia.

Estando el maltrato EN LA RELACIÓN deja de ser sólo un acto médico, o psicológico o pediátrico para convertirse prioritariamente en Sociocultural, político, jurídico y multidisciplinario.

Es más obvio el punto de vista que es maltrato si un padre no cuida a su hijo y no parece abuso si un vecino no toma acciones para hacer que el niño sea cuidado. Sin embargo, diferencias culturales, los vecinos (en Inglaterra) tienen alguna responsabilidad hacia los niños de la siguiente puerta, y Stratton y Hank sostienen la perspectiva que el cuidado y la protección de la infancia debe ser una feliz cooperación de la sociedad como un todo. Es obvio el maltrato en algunas relaciones desafortunadas y llenas de pobreza, pero en otras se oculta tras apariencias.

Una definición heurística: Ocurre abuso siempre y cuando exista una falla importante de una persona hacia otra en el cuidado adecuado de su relación.

El corazón de esta definición es que el abuso puede ser definido en el contexto de la relación, entre personas vinculadas entre sí. Pero esto, no significa que el abuso pueda solamente ocurrir con una relación cerrada: un extranjero quien no tiene una relación con un niño tiene un deber de cuidarlo. Existen estudios otológicos que muestran la constancia en muchas especie del cuidado a las crías y de las conductas que los pequeños conservan para su sobrevivir. En Colombia a partir de la Nueva Constitución quedó consagrado el derecho de los niños aún a recibir amor, emoción ésta que es con frecuencia olvidada. La relación entre adulto e infante debe ser de protección. También fue consagrado el deber del Sector de la Salud y de todos los colombianos a denunciar cuando estén enterados de los casos de maltrato a la infancia. Todos los días deambulan niños

desprotegidos en las calles y los adultos no producimos los cambios ni las medidas adecuadas para su protección.

La responsabilidad con los niños puede ser en forma grupal (no sólo individual) y sobre actos que los pongan en peligro. Así, aparte de no asaltar a los niños, está prohibido manejar rápido en áreas escolares o de recreación infantil. O tener materiales dañinos donde los niños puedan obtenerlos. La definición permite preguntarnos si dejarlos ver videos pornográficos es lesivo y si decidimos que sí, entonces tanto extraños como padres deberían protegerlos. Las personas con posición en el dominio público tienen un mayor nivel de cuidado. Los políticos y funcionarios pueden tener acciones con las cuales afectan gravemente el bienestar de los menores. Alrededor de los actos políticos pueden observarse fallas graves en el cuidado. Por ejemplo no remover peligros del ambiente después de ser identificados, o reducir las rentas de la familia a niveles en los cuales el cuidado de los niños es imposible.

A nivel internacional participar en un sistema económico que empobrece las familias de otro continente es maltrato y además publicitario leche en polvo a países sin recursos alguno es abuso. Para todos nosotros es una responsabilidad analizar si nos involucramos voluntaria o involuntariamente en actividades que afecten la vida de los niños.

Formas de maltrato

Stratton propone una tabla de clasificación de formas de abuso que quiero presentarles tomada de su fuente original (Tabla 1). Sobre la horizontal señala la naturaleza de la conducta (física, psicológica o sexual), sobre la vertical si se trata de una conducta activa o pasiva del maltratador. En cambio las casillas internas por ejemplo (FED) fracaso en el desarrollo puntúan consecuencias para el niño.

Algunas formas de abuso pasivo son muy claras como la falla de los padres de proveer nutrición adecuada a los hijos, restringiendo su crecimiento (FED). Sin embargo en otros casos esto no es tan claro, o estas obligaciones varían con el tiempo y las culturas. O pueden verse alteradas por la situación específica de los padres. Así, adultos con anorexia o bulimia, tampoco alimentan adecuadamente a sus hijos. La perturbación en su apetito les impide percibir las necesidades de los menores. Variadísimas conductas como estas, encontramos en la psico-patología o en la vida cotidiana. Faltaría el elemento de intencionalidad dañino de los padres, pero igualmente el menor suele ser lesionado. Otro aspecto para señalar con ésta tabla es que una misma conducta, falta de nutrición

Tabla 1
Clasificación de formas de abuso

Físico			Psicológico	Sexual
Activo	Injuria	no	Abuso emocional	Incesto
accidental			Denigración	Violación
Toxicidad prenatal			Maltrato constante	

<u>Pasivo</u> Fracaso en el desarrollo. Pobres cuidados de salud. Exposición a infecciones y peligros.	Falta de afecto. Falta de habilidades básicas.	Falta de protección. Negación del abuso.
--	--	--

Tabla 2
Percepciones del maltrato por el niño

Físico	Psicológico	Sexual
<u>Activo</u> Estoy en peligro me pueden causar daño	Yo soy: antipático malo odiado	Las necesidades sexuales del adulto deben satisfacerse
<u>Pasivo</u> Anómalo Falta de control	Yo soy: inútil despreciable	Mis padres no quieren o no pueden

adecuada, puede tener varias consecuencias: en el área física (FED, fracaso en el desarrollo) y en el área emocional (impacto sobre el desarrollo de la personalidad). Igualmente diversas formas de conducta pueden tener la misma consecuencia: agresiones físicas no evidenciables, maltrato verbal, sólo pueden buscarse prioritariamente en el área psicológica, donde es más difícil observar las consecuencias especialmente a corto plazo en el momento de la investigación. El ejemplo anterior nos puede servir para mostrar cómo las clasificaciones son más ejercicios académicos, porque en la experiencia vital el niño responde a un daño con su unidad biológica y psicosocial, como una totalidad.

Un problema con algunas clasificaciones es que estén basadas en las consecuencias identificables en el niño. Este objetivo es buscado en muchas investigaciones (19, 20, 21) pero muchas veces estas consecuencias no son fáciles ni oportunas para su reconocimiento. Y tampoco algunos hallazgos sugestivos de abuso pueden considerarse siempre como causa-efecto pues los falsos positivos (22) pueden estar presentes. A manera de ampliar el contexto del abuso, la tabla 2 muestra una clasificación de las percepciones dada por los niños maltratados que muestra el tipo de construcciones que ellos están haciendo acerca de su situación.

Consecuencias diagnósticas

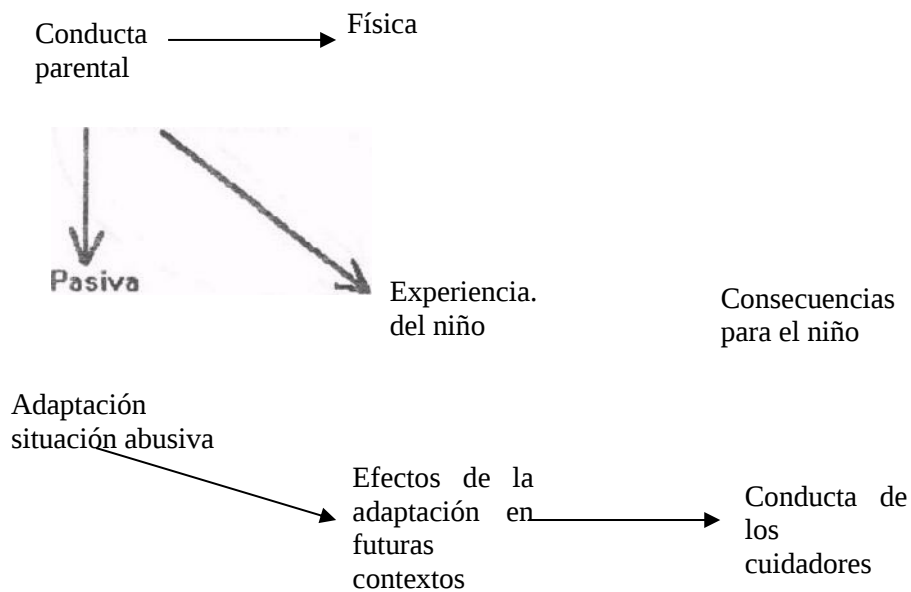
Cuando el niño es maltratado es razonable pensar en términos de consecuencias predecibles. Para profundizar en esto es importante señalar cinco pasos presentes en un proceso de maltrato y en los términos de adaptación y transacción.

Los cinco pasos a señalar son: Conducta del abusador, experiencia de abuso en el niño, consecuencias diagnósticas para el niño, adaptación del niño a la situación abusiva y efectos generales de la adaptación: modos habituales de relación (fig. 1 y 2).

El término Adaptación significa que el niño tendrá que crear nuevas conductas que le permitan tolerar la situación de maltrato de cualquier forma que encuentre posible. El concepto de transacción

Figura 1
La Cicularidad en la definición y clasificación
del maltrato infantil

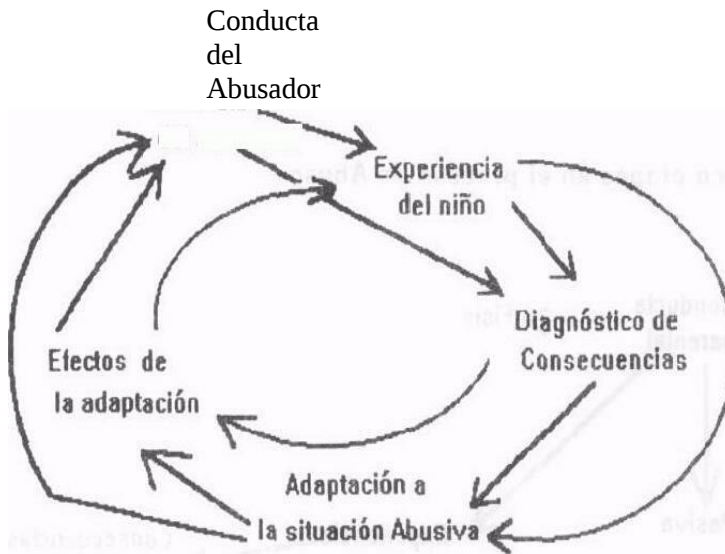
Cinco etapas en el proceso de Abuso



Etapas de las consecuencias de la acción abusadora.

(Tomado de Stratton y Hanks. Incorporating Circularity in defining and Classifying child maltreatment. Human System. Vol. 2. 1991. pg. 189)a

Figura 2
Determinación Cíclica de Abuso y Adaptación



(Tomado de Stratton y Hanks. Incorporating Circularity in defining and Classifying child maltreatment. Human System. Vol. 3. 1991. pg. 192)

significa que la adaptación del niño tendrá un efecto en los padres o maltratadores u otros miembros de la familia o cercanos a él y además contribuye activamente a crear el contexto en el cual el niño y su familia o sus maltratadores tendrán que funcionar en el futuro.

Mark con 4 años de edad, francés, fue llevado al bienestar debido a que su madre había abusado sexualmente de él. El mostraba conductas muy sexualizadas. Cuando su madre sustituía lo alzaba y lo sentaba en su rodilla, él intentaba besarla a la francesa, le cogía el pecho y empezaba a masturbarse. La reacción de la madre sustituía era "quítenme este niño de mis brazos - pero Mark continuaba ofreciéndole a ella toda clase de comportamiento sexuales". La madre sustituía se sentía mal y algunas veces lo golpeaba, con el interés de poner fin a este comportamiento y Mark entonces se angustiaba y

Figura 3
Sobredeterminación Cíclica de Abuso Sexual y Adaptación



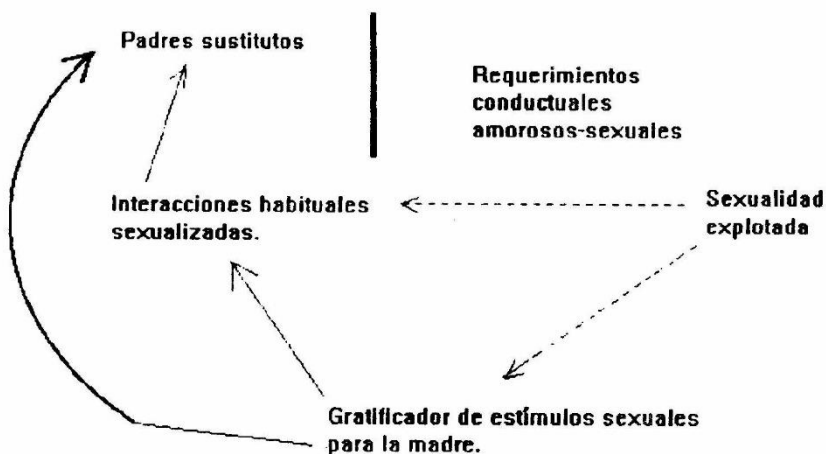
(Tomado de Stratton y Hanks. Incorporating Circularity in defining and Classifying child maltreatment. Human System. Vol. 3. 1991. pg. 195)

perdía control de sus esfínteres o se retiraba. (Fig. 3). Librarlo de una clase de abuso lo llevaba a otro.

Lo que quiere decir con adaptación en este ejemplo, es que el niño, que encontraba demandas sexuales de su madre natural, lo hizo generar comportamientos sexuales para adaptarse a vivir en ese medio abusivo. Para entender la adaptación tenemos que recordar lo que

sabemos de cómo los niños aprenden las reglas de las relaciones con los demás y en la interacción social. Mark incorporó las conductas a partir de su madre. Los niños abusados sexualmente recurren a la sexualidad y la sumisión para controlar y apaciguar al abusador. He querido traer esto en mención porque cuando cualquier persona aún un Profesional percibe en primer término la conducta del menor, suele desconcertarse, puede guardar silencio para proteger al menor o

Figura 4
Efectos limitados de la intervención en el ciclo
sobredeterminado de la figura anterior



(Tomado de Stratton y Hanks. Incorporating Circulaty in defining and Classifying child maltreatment. Human System. Vol. 3. 1991. pg. 196)

censurarlo por su actuar. Del Sector Justicia preguntan si es un menor perverso y en el sector Salud se han elaborado teorías sobre la adaptación o la seducción infantil, las cuales al ser expuestas al sector Justicia fomentan la impunidad en materia de abuso sexual. Lo que es indispensable acá es pensar en la secuencia de cinco pasos antes

enunciados y cómo estos en forma cíclica mediante el concepto de la transacción y adaptación forman el ciclo sobredeterminado del maltrato.

Este proceso es transaccional porque opera en las personas que forman el medio del niño, y además viene a determinar el contexto subsiguiente en el cual el niño debe funcionar. Y aunque el medio

cambie (Ejemplo: cuando el abuso de Mark fue identificado y fue recibido en un Bienestar Familiar) (fig.4) la adaptación continuó, y el niño volvió a recrear el medio donde él conoció las reglas y sobre las cuales ejerció control. Lo que puede ser escalofriante es que estos niños pueden transformar el nuevo medio en un medio abusivo, aún cuando el abuso tome forma diferente, por ejemplo el de los padres sustitutos de Mark protegiéndose ellos mismos, castigando o rechazando al niño. De aquí la importancia de pensar siempre en la relación maltratador-maltratado, abusador- abusado y de la intervención en diferentes niveles del ciclo. Pero para efectos de definición en qué nivel del ciclo conviene definir? En todos.

No siempre el maltrato puede ser perpetuado por el más poderoso, relativamente, contra el más débil, relativamente. Así los niños también tienen responsabilidades de cuidado con sus padres, aunque mínima en las edades tempranas, ésta va aumentando en la adolescencia y mayor aún en la vida adulta. En nuestro país han ido apareciendo las denuncias de los padres contra los hijos adolescentes.

En casi toda la literatura sobre maltrato infantil está incluido el abuso sexual en sus diferentes modalidades, sin embargo es preciso resaltar que en casi todas las legislaciones el abuso sexual se halla discriminado en variadas categorías que configuran actividades delictivas. En la Legislación Colombiana las conductas sexuales no formarían parte del maltrato infantil por estar incluidas en la Legislación Penal.

Con la definición del Código del Menor Colombiano también quedaría excluido el maltrato físico cuando sus consecuencias configuren incapacidad médico -legal porque constituirían el delito de Lesiones Personales. Es de observar que el síndrome del niño apaleado hacía relación casi específicamente a la figura del maltrato infantil físico.

Nuestra Legislación en mi opinión deja un margen pequeño para la figura del maltrato asociada con maltrato verbal, psicológico y educativo.

Me he preguntado si lo que estamos definiendo, es susceptible de definir. Este tema, con límites tan amplios o tan restringidos según el medio en que nos encontremos, en mi deseo debería limitarse en su uso y en cambio utilizarse los términos específicos de los subtipos, con lo cual disminuirían las generalizaciones y confusiones sobre temas tan diversos.

El término Infantil también es cuestionado porque excluye del análisis y de las políticas de manejo a los llamados maltratantes que han sido generalmente también niños maltratados en el pasado y/o en el presente. Polariza el análisis en el adulto o en el menor, en el castigo o en la protección impidiendo un análisis circular y sistémico muy favorable para éste tema. Qué opinar en los casos en los cuales una conducta abusiva sucede entre un pre-adolescente o adolescente como abusador y un infante o un pre-escolar.

Quiero finalmente hacer una invitación a cambiar en nuestro discurso la división entre violentos y no violentos, maltratantes y no maltratantes, por el de personas que en determinado momento cometen episodios violentos o maltratantes. Como terapeutas nos vemos abocados a intervenir en diferentes formas de maltrato infantil, físico, psicológico y sexual, pero esto será insuficiente si no se acompaña de las intervenciones en los otros niveles que éste trabajo revela.

30. Interpretación del dictamen psiquiátrico forense por el funcionario judicial¹

Resumen. Apesar que el Código de Procedimiento Penal prohíbe expresamente al perito hacer consideraciones sobre la responsabilidad penal de o de los procesados, a veces se solicita que el perito se pronuncie al respecto. La mayoría de las solicitudes sobre el tema inimputabilidad se dirige a indagar si el sindicado es inmaduro psicológico, si presentó trastorno mental transitorio. Consideramos que el perito debe emitir su dictamen lo suficientemente claro, amplio, preciso y explicado. No debería establecer si es inmaduro psicológico o presentó trastorno mental. El funcionario judicial debe evaluar el dictamen psiquiátrico y sacar sus propias conclusiones sobre las circunstancias contempladas sobre inimputabilidad

El código penal contempla dentro de la inimputabilidad la incapacidad para comprender la ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental...

El concepto contempla lo cognitivo - intelectual y lo volitivo - conativo. Implícitamente conlleva lo afectivo-emocional porque como dice Humberto Maturana (Emociones y Lenguaje en Educación y Política. Santiago de Chile: Hachette.1990) nuestra vida intelectual está matizada por lo emocional, o, que es lo mismo, nuestras ideas

1. Presentado en el I Encuentro Nacional de Psiquiatría y Psicología Forense. Pereira. Octubre 1994.

dependen de la carga emocional que lleven. El concepto de inimputabilidad lleva la conjunción «o». Cuando en alguno de nuestros dictámenes hemos empleado una de las dos condiciones se nos solicita ampliación sobre la otra. Solamente existen dos posibilidades. Una tercera no puede ser. La persona pudo tener alterada la capacidad de comprender y la de determinarse. Dos, la persona tuvo la capacidad de comprender, pero no de determinarse. Una tercera no es posible, esto es, no tener la capacidad de comprender, pero si la capacidad de determinación. Algunos funcionarios nos han solicitado que expliquemos lo que para ellos es una contradicción: tener la capacidad de comprender y no tener capacidad para determinarse de acuerdo con esa comprensión.

Las ampliaciones a los dictámenes se realizan con frecuencia cuando en ellos no aparecen las palabras inmadurez psicológica o trastorno mental. Desde el año 1980 cuando entró en vigencia el nuevo código penal nos han llegado y siguen llegando para el año 1997² ampliaciones en el sentido de establecer si el sindicado es imputable o inimputable. Los códigos de procedimiento penal prohíben que el perito se pronuncie sobre la responsabilidad, emita juicios de responsabilidad penal.

A pesar de la prohibición, desde el año 1980 hasta la fecha, se nos sigue preguntando si el sindicado es imputable o inimputable. En una objeción a un dictamen emitido fuera de Bogotá se solicitaba se diera respuesta a lo interrogado al primer perito: era el sindicado imputable o inimputable?, era o no responsable?, había o no cometido el delito?

Pero la más de las veces se pregunta al psiquiatra forense si el sindicado presentó para el momento del ilícito trastorno mental transitorio que dejó perturbación, trastorno mental que no dejó perturbación, trastorno mental o inmadurez psicológica. Hay solicitudes exóticas como el determinar si la inmadurez psicológica es permanente o transitoria.

Compartimos la prohibición que establece el C. de P. P. sobre los juicios de responsabilidad. Queremos ir más allá. El perito no debería concluir si el sindicado presentó o no inmadurez psicológica o trastorno mental. El perito debería limitarse a describir los aspectos psicológicos y psicopatológicos del sindicado y cómo incidieron estos

en el hecho legalmente descrito. Cómo estaban sus facultades mentales para ese momento. Su dictamen debe ser lo suficientemente claro, amplio, preciso y explicado. Cuando trae planteamientos teóricos debe respaldarlos con la bibliografía pertinente. El Funcionario Judicial debe evaluar el dictamen psiquiátrico y sacar sus propias conclusiones. Es él quien debe establecer si el sindicado es inmaduro psicológico o presentó trastorno mental.

Ilustración de un caso

El señor Adán Pérez³ trabajaba como auxiliar de pagaduría en un Hospital. Se apropió de varios dineros y elaboró copias de recibos de manera arbitraria. Se le sindicaba de peculado y falsedad. Escuchado en diligencia de indagatoria aceptó la autoría de los hechos y manifestó que lo había hecho para comprar droga estupefaciente.

Vistos los hechos se solicitó el examen psiquiátrico a fin de establecer:

- «a. Si es adicto a las drogas, de qué clase y qué grado de toxicomanía.
- b. Desde qué época.
- c. Consecuencias del uso de las mismas.
- d. En el evento de que el procesado se le califique como drogadicto, determinar su incidencia en los delitos de falsedad y peculado que se investigan.
- e. Si el procesado requiere tratamiento para su rehabilitación.
- f. Si el procesado mantenía lucidez mental para la fecha del mes de septiembre del año inmediatamente anterior, fecha de los hechos que se investigan».

Se entrevistó y examinó al sindicado. Se elaboró el dictamen psiquiátrico con la identificación, motivo del peritaje, técnica empleada, antecedentes familiares y personales; antecedentes patológicos, psiquiátricos, tóxicos y judiciales, examen mental, discusión y conclusiones. La discusión y la conclusión quedaron así:

«El examinado Adán Pérez es un hombre joven, bachiller, soltero, trabaja como auxiliar de pagaduría en el Hospital. Al examen exhibe una personalidad que lo hace susceptible de padecer

2. Este trabajo fue re-escrito en febrero de 1997.

3. Los nombres han sido cambiados lo mismo que otros dada las circunstancias de privacidad.

farmacodependencia. Porque es oral, narcisista y pasivo -dependiente. En la historia de su desarrollo se ve lo oral porque tomó tetero hasta los ocho años, chupó dedo hasta los 12 años y aún se come las uñas. También tuvo el hábito de la pica, o, que es lo mismo, comía tierra, arena y la pintura de las paredes. Fue un niño sobreprotegido y mimado de la mamá, esto determinó en parte el aspecto de dependencia de su personalidad. Lo narcisista se ve en lo voluntarioso, caprichoso, con sentimientos de autoimportancia y sobrevaloración, exhibicionismo, irresponsabilidad, deprecio y maltrato a la mujer. También el dibujo de la figura humana mostró lo ya descrito sobre su personalidad. Como consecuencia de presentar una personalidad oral, pasivo-dependiente y narcisista y vivir en un ambiente donde se consumen bebidas alcohólicas, la marihuana y el basuco, repito, la consecuencia fue llegar a ser un farmacodependiente al alcohol y al basuco. Específicamente la dependencia por el basuco se caracteriza por una compulsión o necesidad morbosa al consumo. La compulsión es un impulso incontrolable que lo lleva a consumir basuco. La conación se refiere a la capacidad para iniciar la acción y concierne a los esfuerzos básicos de una persona, expresados mediante su comportamiento. El componente afectivo de la idea (fumar basuco) determina la fuerza y la dirección de la acción que sigue a la idea. El componente afectivo emocional es la angustia o ansiedad que experimenta el sindicado. Por lo anterior, no reparaba en sustraer dinero de su propia casa o vender objetos del hogar para comprar basuco. Luego, en el Hospital, tiene a su disposición dinero y así puede satisfacer más fácilmente su farmacodependencia y alcoholismo. Elaboraba copias de recibos de manera arbitraria. Tenía conocimiento y conciencia para comprender lo que estaba haciendo.

Pero no podía regular su voluntad ni ejercer control sobre sus actos. La familia lo llevó a tratamiento, pero él no aceptó. Por ello es necesario el llamado a la realidad por parte de la Justicia para que acepte el tratamiento. Ahora está asustado, se siente indefenso como un niño desprotegido (pasivo-dependiente) y ha suspendido la droga. Decimos mal; no la ha suspendido porque consume alcohol. Pero es muy probable que más adelante y según el medio donde se desenvuelva retorne al uso del basuco. Por ello es conveniente que continúe y se le obligue judicialmente al tratamiento. Esto puede realizarse ambulatoriamente y no requiere hospitalización. Podría continuar en el servicio de farmacodependencia del Hospital Santa

Clara de Bogotá puesto que allí lo han atendido en el pretérito. Cabría investigar si el Hospital Psiquiátrico de su localidad o Municipio tiene ese tipo de atención.

Conclusión

- a) El señor Adán Pérez es un farmacodependiente al basuco y al alcohol.
- b) De acuerdo con la anamnesis su farmaco-dependencia lleva cuatro años de evolución.
- c) La dependencia por el basuco interfirió en regular su voluntad y en ejercer control sobre sus actos o conductas dentro de los delitos de falsedad y peculado.
- d) La dependencia por el basuco interfería en su lucidez mental para la fecha del mes de septiembre de 1986, fecha de los hechos investigados.
- e) Requiere tratamiento psiquiátrico. Puede ser ambulatorio de acuerdo a lo ya anotado."

Se ha dado respuesta al cuestionario formulado. Tiempo después volvió el procesado a nuevo examen psiquiátrico y nos enteramos de la decisión del señor Juez. Dice: "De la lectura del dictamen psiquiátrico que obra a folio 105 y SS. del cuaderno principal, rendido por el doctor Lisandro Duran Robles, se entiende que el joven procesado padecía para la época de los hechos enfermedad mental transitoria, de la cual le ha quedado secuela como claramente advierte el psiquiatra de que es conveniente continuar el tratamiento en forma ambulatoria sin requerir de hospitalización, situación que lo ubica dentro de los parámetros del art. 95 del código de penas, sobre el cual basará la sanción, en este orden de ideas, deberá imponerse a Adán Pérez un mínimo de seis meses de duración en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial, y un máximo indeterminado, para que sea sometido al tratamiento que corresponda, como señala el precitado artículo 95 de nuestro Estatuto Penal.

Ahora bien, como Adán Pérez permaneció en la cárcel 4 meses y dos días, según se desprende de los folios 38 y 123 del cuaderno original y en la Fundación "Nuevo Amanecer" 24 días -ver folios 128 y 132 del mismo cuaderno, faltándole un mes y cuatro días para completar el tiempo mínimo de duración a que será sancionado que exige la ley, deberá recluirse en el Hospital Regional de...- pabellón

Psiquiátrico, atendiendo petición del abogado defensor, para que por el tiempo que le falte para completar aquel mínimo de duración en establecimiento psiquiátrico o similar, reciba tratamiento correspondiente".

Conclusión

Con este trabajo he querido ilustrar mi punto de vista acerca de las conclusiones del dictamen psiquiátrico forense sobre inimputabilidad. El perito NO debería establecer si el sindicado presentó o no inmadurez psicológica o trastorno mental. El perito debería limitarse a describir los aspectos psicológicos y psicopatológicos del sindicado y cómo incidieron estos en el hecho legalmente descrito. El funcionario Judicial deberá evaluar el dictamen psiquiátrico y obtener sus propias conclusiones. Deberá establecer si el investigado es un inmaduro psicológico o presentó trastorno mental permanente o transitorio.

Este trabajo fue presentado en el Primer Seminario Taller de Psiquiatría y Psicología Forense, Pereira 1994 ante 40 asistentes. De ellos tres eran Médicos Generales, ocho Psicólogas y los demás Médicos Psiquiatras.

A las 40 personas asistentes al encuentro se les pasó un formulario para que lo respondieran y antes de leerles el informe del Señor Juez. Las respuestas fueron:

"El Juez tiene elementos para concluir él mismo que el sindicado presentó:

- | | |
|--|---------------|
| a). Trastorno mental transitorio
sin secuelas | respuesta: 0 |
| b). Trastorno mental transitorio
con secuelas | respuesta: 26 |
| c). Trastorno mental permanente | respuesta: 4 |
| d). Inmadurez psicológica | respuesta: 1 |
| e). No puede sacar conclusiones | respuesta: 9 |

31. Batalla entre géneros

La condición de Psiquiatras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá, nos coloca a diario con el enfrentamiento creciente entre el hombre y la mujer en procesos penales y civiles. Instituciones que habían trabajado exclusivamente para el Derecho Penal como el Instituto de Medicina Legal, hoy por hoy y en la fecha y por las presiones jurídicas, el 90% de su trabajo corresponde a dictámenes para el Derecho de Familia.

Somos testigos del creciente número de procesos que el hombre coloca contra su compañera, o los que esta coloca contra él. La mayoría de las veces es el hombre el agresor físico, psíquico o sexual. Deseo resaltar lo psíquico porque sabemos que la violencia afecta de manera integral lo biológico, lo psicológico y lo social. Además, lo biológico es psicológico y lo psicológico es biológico. Y para que se exprese lo biopsicológico se requiere de lo social.

O en palabras del poeta “ Existen otras lesiones que no sangran un gesto, una palabra y esas heridas cómo lancinan con sus estigmas el alma”.

Pero no es Colombia, a nuestro modo de ver, el país más violento del mundo como tampoco la violencia intrafamiliar es patrimonio de los colombianos. Lo podemos constatar si observamos cuidadosamente otros países y de donde procede la violencia. Veamos rápidamente cómo anda el mundo en este sentido.

El 9 de febrero de 2001 se publicó la noticia que la esposa del alcalde de Miami niega incidente de violencia doméstica. Le costó una noche en prisión al alcalde. El moretón que tenía María Ledón Carollo el pasado miércoles en la cabeza fue "el resultado de un desafortunado accidente", dijo el abogado Ben Kuehne

El 25 de noviembre de 2002 en Valencia se reunió el foro mundial de mujeres y entre otras expusieron que están hartas de ser víctimas de la violencia

doméstica.

Noelín Heyzer, directora ejecutiva del foro mundial de mujeres expresó ante las Naciones Unidas que “ La violencia contra las mujeres es una cultura de silencio y vergüenza”

Las 1.300 participantes al foro aportaron datos sobre la situación mundial de la violencia contra la mujer, que es la primera causa de muerte entre la población femenina.

El 50 por ciento de las mujeres del mundo sufren abusos físicos por parte de sus parejas, cuatro millones están involucradas en el tráfico sexual cada año.

130 millones de mujeres, especialmente en los países de África, Oriente Medio y sur de Asia, han sido víctimas de mutilaciones sexuales rituales.

De otro lado, Amnistía Internacional informó el 7 de marzo de 2001 que las mujeres son torturadas y asesinadas bajo el argumento de crímenes de honor, son tratadas como mano de obra forzosa y objeto de vejaciones en los conflictos armados.

En los Estados Unidos de Norteamérica una mujer es golpeada cada 15 segundos y 700.000 mujeres son violadas por año.

En los mismos Estados Unidos son maltratadas de 3 a 4 millones de mujeres por año. El 30% de las mujeres mueren a mano de sus esposos o novios. 4 de cada 5 homicidios ocurren en el hogar. El 26% de las violaciones y asaltos sexuales son cometidos por esposos, ex-esposos, novios o ex-novios.

También informó Amnistía Internacional que más del 40 por ciento de las mujeres casadas en India han declarado haber sido pisoteadas, golpeadas o atacadas sexualmente, debido en parte a la insatisfacción de los maridos por su forma de cocinar o limpiar.

Amnistía quiere que los gobiernos adopten medidas para prevenir y castigar la violencia contra las mujeres, con condenas públicas de estos ataques y haciendo que la violencia contra las mujeres sea castigado y considerado un acto criminal.

El 11 de Marzo de 2000 según encuesta realizada por Aída Concha pervive en

México la cultura de violencia contra las mujeres. "Odio quiero más que indiferencia" o "Pégame pero no me dejes" son frases que perviven en canciones y dichos populares mexicanos

El 34 por ciento de las casi 54 millones de mexicanas que viven en el país han recibido algún tipo de maltrato, pero la gran mayoría no lo denuncia.

La coordinadora de la Red Nacional Género y Economía, Aída Concha, una de las organizadoras del sondeo expresó que "Es muy doloroso saber que todavía hay mujeres que creen que deben recibir su dosis de violencia por parte de su esposo"...

"Y por supuesto que también hay hombres que creen que las mujeres necesitan sus golpes para tenerlas en su lugar", agregó la activista.

Según el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar de la capital mexicana, más del 85,6 por ciento de las denuncias que recibe son presentadas por mujeres por maltratos psicológico, físico o sexual.

Se calcula que en los últimos quince años han muerto en España más de 900 mujeres a manos de sus cónyuges, ex cónyuges, compañeros o novios. Cerca de 20.000 denuncias de violencia intrafamiliar se presentan cada año, y si tenemos en cuenta que las denuncias presentadas son sólo la punta de un iceberg puesto que según las expertas y expertos sólo se denuncia el 10%,

Cada año en el mundo árabe a 2 millones de mujeres se les extirpa el clítoris.

Solamente la cuarta parte del mundo cuenta con leyes contra la violencia doméstica.

Las investigaciones psicosociales de las últimas décadas demuestran que alrededor del 50% de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia.

Según señala la OPS cada año entre el 30 y el 75 por ciento de las mujeres, en las Américas, son sometidas a violencia física por parte de su pareja. La violencia doméstica se produce en todas las clases sociales sin distinciones económicas o de status, aunque la pobreza y las carencias educativas son factores de riesgo. Quizás queden más encubiertas en las clases medias o altas por el temor al cuestionamiento social.

Algunas mujeres no denuncian porque presentan el Síndrome de Estocolmo

En Colombia la violencia intrafamiliar es registrada en diferentes medios. Según este periódico octubre de 2002 en un período de nueve meses se registran 7.000 denuncias ante la fiscalía en la víctimas son mujeres.

De todas maneras según la información suministrada por la Fiscalía, durante nueve meses, fueron denunciados 88% de los hombres y 12% de las mujeres como actores de la violencia para un total de 7.000 denuncias.

Se estima que el 80 % de violencia intrafamiliar no se denuncia. Se desconoce qué porcentajes de los hombres que denuncian ser víctimas de violencia son en realidad los actores de esa violencia. Estos casos los hemos podido constatar en el consultorio para el correspondiente dictamen psiquiátrico forense.

Se estudia la posibilidad de modificar el artículo 229 para aumentar las penas de tres (3) a seis (6) años la pena por violencia intrafamiliar.

De otro lado según Forensis, publicación de Medicina Legal que recoge e interpreta la violencia y accidentalidad en Colombia, la violencia de pareja de acuerdo con el género durante los años 1996 a 2000, los casos vienen en aumento a lo largo de los años siendo la mujer la más afectada. (ver cuadro)

La violencia de pareja según la edad y el género para el año 2000 muestra tasa más altas entre los 25 y 44 años para ambos géneros. Con un total de 39.502 mujeres y 3.708 hombres (ver cuadro)

Los Psiquiatras en todo el mundo hemos encontrado patologías mentales asociadas a la violencia de género. Pero antes de mostrarles esas patologías es pertinente recordar que el ser humano es una unidad biopsicosocial y consideramos que todo fenómeno humano debe estudiarse teniendo en cuenta lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural. La violencia como fenómeno humano que se expresa en lo social tiene componentes causantes de los tres. Psicológicamente se podría clasificar a las personas que maltratan así:

* desviación sexual

*drogadicción o alcoholismo

*alteraciones de personalidad

(sociopatía, agresiva, borderline, narcisista, paranoide, otras)

*trastornos neuróticos

* trastornos psicóticos

*otros.

En esta Batalla entre Géneros consideramos que a los funcionarios judiciales llegan los casos graves de pelea entre cónyuges. A esta parte del conflicto queremos atraer la atención.

Los casos de cónyuges más sanos no se pelean o se separan de común acuerdo.

La separación de bienes y de cuerpos puede realizarse en una Notaría mediante escritura pública y sin la intervención de los señores Abogados. Así lo contempla la Ley 1 del 19 de enero de 1976 en el artículo 25 que dice: "El artículo 1820 del código civil quedará así: La sociedad conyugal se disuelve :... 5- Por mutuo acuerdo de los cónyuges capaces, elevado a escritura pública, en cuyo cuerpo se incorporará el inventario de bienes y deudas sociales y su liquidación. No obstante, los cónyuges responderán solidariamente ante los acreedores con título anterior al registro de la escritura de disolución y liquidación de la sociedad conyugal. Para ser oponible a terceros, la escritura en mención deberá registrarse conforme a la Ley".

Otros casos en conflicto recurren a los terapeutas. Los que van a la Justicia lo hacen porque no les fue útil el tratamiento psicológico, no lo buscaron o no lo aceptaron.

Además de las lesiones personales o el homicidio, hemos visto envueltas las parejas en conflicto en la muerte al hijo (filicidio) o su tentativa. También en esa batalla hay denuncias por secuestro, falsedad documental, otros y procesos civiles donde se destacan los procesos de alimentos, reglamentación de visitas, custodia y tenencia, suspensión de la patria potestad.

1.-Homicidio y lesiones personales. La mayoría de las veces cuando un cónyuge da muerte al otro es el hombre el homicida (uxoricidio). Por lo general se trata de hombres maltratantes con trastornos de personalidad depresiva, paranoide, esquizoide, narcisista, borderline o pasivo dependiente.

Entre las motivaciones conscientes están los celos, la intolerancia al abandono con o sin triángulo amoroso, la embriaguez y la riña cotidiana que termina en homicidio preterintencional.

Un aspecto inconsciente común y acentuado en los hombres uxoricidas o en los que lesionan es la dependencia.

La persona dependiente agrede al objeto del cual es dependiente. El hombre maltratante agrede a la mujer de la cual depende afectiva, emocional, sexualmente, etc.

La agresión nace del miedo y del dolor del agresor. El miedo es el temor a perder el objeto amado del que se depende. El dolor es por pérdida real o fantaseada.

La agresión se da por el mecanismo de la proyección. Recordemos que este mecanismo es inconsciente, automático e instantáneo. Mediante el mecanismo proyectivo se atribuyen a otros características de sí mismo. Es ver los defectos personales como propios de los demás. Entonces, la persona proyectiva que quiere abandonar o agredir dice: "como me quieres abandonar, te abandono primero. Como me quieres agredir, te agredo primero."

Cuando es la mujer la que da muerte al esposo se trata de casos menos frecuentes, raros, casi anecdóticos. Se trata de mujeres que han sido crónicamente maltratadas por el esposo y generalmente en riña, en defensa personal se produce el homicidio.

Hemos visto algunos casos de triángulos amorosos en los que la mujer y su amante planean la muerte del otro. En los triángulos amorosos cuando es el hombre que da muerte, por lo general ultima a la mujer o a los dos. Cuando es la mujer la homicida por lo general la muerta es la rival.

En otros procesos que se derivan de la violencia intrafamiliar están los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales tipificados desde el art. 205 al 211. En este último el numeral 5 considera agravación punitiva cuando se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con persona con quien se haya procreado un hijo.

La perturbación psíquica tipificada en las lesiones personales artículo 115 y el Síndrome de Estocolmo en la esposa. En 1973 en la ciudad de Estocolmo, Suecia, tuvo lugar un asalto a un banco en el que los delincuentes retuvieron a los empleados y a los clientes que habían sorprendido en el interior como rehenes durante varios días. En el transcurso de ese tiempo de negociaciones, los rehenes se identificaron con los raptores hasta tal punto que colaboraron con ellos protegiéndoles de las acciones policiales. Además, en el momento de la liberación, un periodista fotografió el instante en que una de las rehenes y uno de los captores, antes de ser él detenido, se besaban y se comprometían en matrimonio. Este hecho sirvió para bautizar como "Síndrome de Estocolmo" ciertas conductas que muestran afecto entre los captores y sus rehenes.

Durante el congreso de la **International Society for Research on Aggression** celebrado en Valencia en junio del año 2000, trataron el tema de los malos tratos domésticos. Por los estudios que se han realizando, los expertos han llegado a la conclusión que la mujer que es agredida por su pareja, termina por sufrir una serie de reacciones psicofisiológicas que suponen una variante del Síndrome de Estocolmo clásico, denominado en este caso "síndrome de Estocolmo doméstico".

Incesto y acceso carnal. Hemos observado que los padres sindicados de estos delitos con sus hijas o hijos por lo general exhiben personalidad de tipo paranoide. Además por lo general no dan muerte a la hija o hijo. Las someten bajo chantaje diciéndole que golpearían al mamá, la despediría del hogar o la llevaría a un sitio aislado para vivir tan solo con ellas. Este y otros argumentos contra los menores son usuales y ya la Dra. María Idalid Carreño Salazar lo anotó en el capítulo "Análisis Psiquiátrico del incesto" del libro "Principios de psiquiatría forense" en su primera edición en 1989.

5.-Demanda de alimentos. Generalmente la mujer demanda al hombre por inasistencia alimentaria para sus hijos. En menor proporción para ella por enfermedad.

Cuando el hombre rompe afectivamente con la mujer, es usual el abandono de sus obligaciones económicas o la merma significativa de las mismas. Algunos hombres abandonan el trabajo para que ella, la madre de sus hijos, no tenga que venir a pedir. La responsabilidad alimentaria queda en muchos casos solamente en cabeza de la madre. Por ello la mujer recién madre se ve forzada a trabajos inferiores a sus reales capacidades y mal remuneradas con tal de satisfacer prioridades urgentes de su hijo en el aspecto físico, pero abandonándolo en el área afectiva.

6.-Reglamentación de visitas. En los procesos de reglamentación de visitas se solicita, por parte del Juzgado, la práctica del examen psiquiátrico o psicológico a los hijos y a los padres. Se desea establecer el estado de salud mental y si es aconsejable que los menores pernocten fuera de su domicilio. También sobre la relación emotiva, afectiva y psicológica de los menores con sus padres.

En los procesos de reglamentación de visitas y de custodia el Juez puede caer en el criterio salomónico de dividir al niño en dos partes iguales. Estereotipadamente se producen sentencias como la siguiente para un niño de 23 meses de edad: "El menor será entregado los fines de semana al padre cada quince días a las 10 a.m. Las vacaciones serán compartidas con ambos padres por la mitad. Una parte con

el padre y la otra con la madre". La madre se opuso a la sentencia y fue demandada por el padre del niño por secuestro y fraude a resolución judicial.

La visita debería convertirse en una relación lo más cercana posible a la convivencia normal. Fomentar una comunicación casi diaria, telefónica y presencial, frecuente del padre con sus hijos. El objetivo debe ser que el progenitor ausente continúe el cumplimiento de sus funciones de protección y afecto con los menores. Para esto el padre visitante deberá disponer de tiempo para todos los momentos de vida de su hijo: enfermedad, citas médicas y odontológica, deberes escolares, adquisición de elementos, crisis de la vida, etc. Que la visita no sea solamente para los días libres y festivos y en los momentos de recreación porque divide cada vez más en cabeza de un padre el rol gratificante de la recreación y en el otro la función moralizadora, educativa y de responsabilidad. Esta forma de visitas ideales tiene además como requisito indispensable mínimo el trato respetuoso y cordial entre los padres, la aceptación y elaboración por ambos de la separación y un gran nivel de madurez y tolerancia o de control externo para que la visita no sea peor que la separación, no se convierta en otra forma de tortura para el núcleo desintegrado.

7.-Custodia y tenencia. En la custodia, tenencia y cuidado personal, alguno de los padres inicia el proceso para tener los hijos bajo su cuidado. Del Juzgado de Familia solicitan el examen psiquiátrico o psicológico "para establecer los lazos afectivos que los unen, se determine cuál de los progenitores está en mejores condiciones psíquicas para ejercer la tenencia de los niños". También si uno u otro "presenta inestabilidad emocional y afectiva y si los trastornos que sufre en su personalidad son inconvenientes para los menores".

Con alguna frecuencia las parejas están ya vinculadas por el odio, la venganza y la retaliación y generalmente por un nexo económico complejo, irrompible o imperceptible. Este es un móvil oculto en casi todos los procesos de custodia. En el tiempo presente este hombre no está preparado socioculturalmente para cuidar de sus hijos. Si los reclama es para entregarlos a otras mujeres o quiere llevarlo consigo porque percibe esa modalidad como más económica en dinero. Es frecuente que los reclame después que ha dejado los pañales y son objetos gratificantes para su narcisismo o sirven como instrumento de agresión a su excompañera y a sus hijos mismos.

Hemos visto cuadros de lactantes examinados por nosotros en Medicina Legal que al estar bajo la custodia del padre han sido dados al cuidado de terceros.

Un hombre sano estimula y favorece la relación de la madre con su hijo. No la desplaza ni compite. Los roles maternos y paternos no son iguales, son

complementarios. Un progenitor no reemplaza al otro. Por esto la madre debe recibir ayuda y no censura. Ella deberá y podrá ser ayudada en el otro quehacer doméstico, pero en el cuidado y contacto con sus hijos su lugar y función son irremplazables. Tan solo su muerte o una grave enfermedad mental previo dictamen con suficiente idoneidad podrán justificar su ausencia. Es preciso volver al reconocimiento de las diferencias en los roles maternos y paternos. No debemos dejarnos confundir con titulares como "que buena mamá es mi papá". Un hombre con trastorno grave de personalidad y en su identidad sexual, vivía como un esposo casero y padre modelo. Realizaba muchos de los oficios que su mujer un tanto infantil no los hacía... vinieron las desavenencias y la inminente separación. Esa laboriosidad y apoyo del hombre se convirtieron en espada contra Ella y su hija. Todos los testigos hablaron de la gran dedicación de él para el hogar. Para qué otra mujer o madre para esa niña de dos años?. La custodia para el padre no se hizo esperar. Nos preguntamos qué podrá ser de esa menor?.

Queremos expresar nuestras reservas para aquellos profesionales que en sus conceptos tienen en cuenta más que los vínculos afectivos, los aspectos de lujo en vivienda, el nivel socioeconómico, la clase social, el nivel escolar, etc. Es así como vemos prosperar procesos de custodia de hijos a la edad de los siete años con el argumento de la superioridad económica del padre, desconociéndose la magnitud del daño emocional al interrumpir la relación afectiva que hasta entonces existía. Un profesional procreó un hijo con la empleada doméstica y se mantuvo en secreto durante los tres primeros años de vida del menor. Cuando la esposa de éste se enteró, de común acuerdo optaron por pedir la custodia del hijo para los dos. La empleada doméstica fue demandada por secuestro de su hijo y ellos obtuvieron una custodia provisional. Dos años mas tarde por sentencia judicial fue entregado definitivamente a la pareja. Dos años después por intervención de la Procuraduría la madre consiguió una custodia compartida : El niño debe estar un año con el padre y un año con la madre. Es dañino para todos que este niño viva y estudie un año en un barrio acomodado y en un colegio privado del norte de la ciudad y al otro año en un barrio pobre y una escuela del sur de la ciudad de Bogotá.

8. Otros procesos.

Cuando la familia sobrevive biológicamente se dan procesos de separación de cuerpos, divorcio o nulidad matrimonial.

El patrimonio económico puede generar procesos de separación de bienes, hurto entre condueños, perturbación a la posesión, estafa, falsedad documental, alzamiento de bienes.

Por la herida narcisista y la separación no aceptada surgen entre los ex-

cónyuges demandas por injuria y calumnia, inasistencia alimentaria, constreñimiento ilegal, tortura psicológica, acceso carnal, corrupción de menores fraude a resolución procesal.

Generalmente los hijos entran en este litigio en procesos bajo los títulos de alimentos, reglamentación de visitas, guarda, tenencia y cuidado personal, privación y suspensión de la patria potestad, secuestro del hijo.

En términos generales el hombre acusa a la mujer de no ser buena ama de casa(roles domésticos), no ser buena madre (deja los hijos al cuidado de otros),prefiere el trabajo al hogar, no lo satisface sexualmente. No lo atiende, es celosa, es infiel.

La mujer dice que el hombre no da lo necesario para el hogar, pasa gran parte del tiempo ausente, es violento, hipersexual y pendiente tan solo de su gratificación. Que en una palabra exige mucho y retribuye poco.

En cuanto a la psicopatología de los casos que hemos observado, son pocos con diagnóstico de psicosis en alguno de sus miembros. La mayoría corresponden a alteraciones de la personalidad más o menos graves en la cual no existe primacía de un diagnóstico sobre el otro. Lo mismo para el complemento de pareja más o menos normales o patológicas con una amplia gama de elección.

LOS HIJOS. En esta batalla entre géneros los padres usualmente buscan en sus hijos unos aliados de diversas maneras, como rehenes, o recurrir a la manipulación, el chantaje con ellos, el soborno y el engaño.

La justicia, por su parte, también los utiliza cuando da importancia a las declaraciones y otras pruebas de los niños (cartas, escritos.) En nuestra opinión debe emplearse al mínimo la declaración de los hijos. Si estos se encuentran en la infancia o en la niñez tendrán dificultades para expresarse en contra de sus padres porque para un niño sus padres son ídolos.

Si declaran en contra de ellos se da el comienzo al círculo vicioso de la culpabilidad seguida de mayor agresión al padre censurado y nueva culpabilidad. El cuestionamiento y entrevista a un menor es además una actividad bien delicada. Las decisiones en estos procesos deben darse por los argumentos, pruebas y situaciones de los cónyuges y los conceptos de expertos en familia.

Algo diferente sucede si los hijos son ya adolescentes. En esta edad los jóvenes comienzan a plantearse que sus padres como que no son perfectos y, su afán de reafirmar la autonomía los lleva a la segunda independencia. Por lo general escogen irse con el padre que da menos controles. En este caso, Papá.

CONCLUSIONES

Los hombres de todo el planeta deben aprender la cultura de la no violencia. Esta cultura puede aprenderse mediante distintos medios socioculturales. Pero también existen fármacos que ayudan asociados a la psicoterapia individual o de familia específicamente la Terapia Familiar Sistémica.

La cultura de la no violencia no significa no acción. La no violencia significa actuar con amor y con justicia, siendo justos.. El hombre debe aceptar a su esposa o compañera como es. No como le gustaría que fuera. Debe aceptar su propia responsabilidad en los conflictos de la pareja. No ha de culpar a su compañera ni a nadie. Debe preguntarse qué hizo él para contribuir a ese conflicto. El hombre debe renunciar a la necesidad de defender su propio punto de vista. Renunciar a la necesidad de convencer a su compañera para que acepte su punto de vista.

En el momento que dejamos de actuar, socavamos el principio de la no violencia. El hombre debe estar abierto a los puntos de vista de su compañera. No debe aferrarse rígidamente a sus conceptos.

Dentro de cada uno de nosotros existe la no violencia y también la violencia. Podemos comenzar a transformar nuestra violencia y nuestras guerras interiores en amor, comprensión y justicia, siendo justos. Una forma de lograrlo consiste en no juzgar, no criticar, no condenar

Muchos de los que trabajan por la paz no están en paz. Para construir la paz, nuestro corazón debe estar en paz con el mundo. Tratar de superar el mal por medio del mal no es trabajar por la paz

Hagamos la paz en el momento presente con cada mirada, cada sonrisa, cada palabra y acción. Recordemos que la paz es el camino; se construye caminado en y con la paz.

Se llega a Ser en lo que se piensa. Un refrán popular dice: “ el que siembra vientos recoge tempestades”. Se cosecha lo que se siembra. Mantener una pasión es factor psicológico para desarrollar una enfermedad psicósomática.

6. Otros procesos. Resulta ignominioso que un padre acuse al otro de secuestrar al hijo. En algunos casos hemos constatado que los progenitores llegan a estos extremos aconsejados por sus abogados. Sabemos que ha sido empleada la fuerza pública para arrebatar al lactante de brazos de la madre supuestamente

secuestradora.

En los procesos de tortura psicológica algunas mujeres se ven obligadas a entablar la demanda. Esto debido a la inoperancia de la figura jurídica de lesiones personales en los casos de violencia intrafamiliar cuando la mujer es reiterativamente lesionada. Otros procesos como la calumnia, la falsedad documental, la perturbación a la posesión etc. son el resultado, a nuestro modo de ver, el resultado de la ira ,el odio y el deseo de venganza de uno o ambos y con alguna frecuencia estimulados por terceros.

32. Evaluación en Psiquiatría

Forense

La entrevista en psiquiatría forense debe enmarcarse dentro de un contexto. Porque el interés de la autoridad judicial está encaminado a establecer un trastorno mental, inmadurez psicológica, perturbación psicológica y en términos generales una normalidad o anormalidad psicológico. Entonces, el contexto y el dominio en el cual se mueve un perito psiquiatra forense es que existe una normalidad y una anormalidad así sean relativas, (ver los conceptos sobre normalidad en el capítulo de las generalidades). Este perito no puede moverse en el dominio y contexto, por ejemplo, de la antipsiquiatría. Porque en la antipsiquiatría no existe el concepto de anormalidad. Para esta forma de pensar todo es normal y lo llamado anormal es solamente una forma normal de ser. De la misma manera un perito que considere que la única desviación sexual que existe es la zoofilia, catalogará las otras, por ejemplo la pedofilia (relaciones sexuales con niños) como variantes de conducta sexual normal y como tal emitirá el dictamen que se le solicite sobre determinada persona. Para mayor comprensión ilustremos con el siguiente relato.

Laurence de Colombia se orinó en la cama hasta los 11 años. A esa edad comenzó a tener relaciones sexuales. También por esa época sus padres se separaron y él quedó viviendo junto a la madre. Aquel era hombre que se embriagaba frecuentemente, mujeriego y violento tanto con la esposa como con los hijos. Además trataba a Laurence de "loco" y cuando alguien lo interrogaba del por qué del mote siempre respondía "es que él es un loco".

La madre tomó la decisión de la separación para evitar ser el blanco de la violencia de su cónyuge. Esta era una mujer con personalidad muy similar a Melanin (ver en el examen de la personalidad la historia de Melanin con Anan y sus tres hijos). Por ello, aunque nunca había recibido tratamiento psiquiátrico, la vivencia que tenía Laurence de ella era la de tener una madre psicótica. Un par de años atrás Laurence había iniciado la escolaridad y repitió el primer año porque faltaba con frecuencia al estudio para ir a jugar

con otros niños o bañarse en el río. Río que años después llevaría numerosos cadáveres de los habitantes de la zona donde residió Laurence. Por sus faltas a la escuela fue violentado físicamente por el padre y la madre. En la escuela se caracterizó por colocar puntillas en el asiento de la profesora. A sus compañeras les tocaba las nalgas y cuando algunos de sus compañeros protestaba les respondía que no fueran mojigatos, que todos los "hombres" hacían lo mismo y que además las mujeres eran para eso. Al terminar la primaria trabajó como conductor, se hizo varios tatuajes en los brazos y más luego ingresó a prestar el servicio militar porque le gustaba el uniforme. Al fin pudo dormir en su propia cama porque hasta entonces había compartido el lecho con su hermano mayor con quien se sentía muy identificado. En el Servicio aumentó el consumo de cigarrillo (nicotina) que ya fumaba desde los 11 años. En aquel perteneció al grupo de antiguerrilla, hizo méritos dadas sus características de ser suspicaz, desconfiado, se adelantaba a los hechos, tenía especial habilidad para el manejo de las armas. Además sabía emplear su inteligencia que aun cuando era de grado promedio normal parecía superior. Cuando las cosas no le salían como él lo pretendía, recurría a atribuir a los demás la responsabilidad. En parte por ello se retiró para trabajar como guardaespaldas y por parecerle más lucrativo, además deseaba investigar la muerte de su hermano quien había fallecido violentamente. Laurence sirvió de informante a varios grupos armados. Confiaba en no ser descubierto por alguno de ellos, pero sus cálculos le fallaron y fue desaparecido. Ahora algunos lo consideran un héroe. Hasta acá el caso de Laurence de Colombia quien según el Psiquiatra., Dr. Romero, de la Antipsiquiatría era una persona normal. No así para el Psiquiatra que se mueve en el contexto y

dominio de la normalidad y anormalidad así sean relativas.

Pasemos al tema del examen como tal. El psiquiatra forense puede auxiliarse de las pruebas psicológicas para su informe. Algunas de estas son: Rorschach, Machover, Bender, MMPI, WAIS, otras. No es tema de este capítulo.

El instrumento que emplea el psiquiatra es la evaluación y entrevista clínica psiquiátrica. Si nos movemos en el contexto y dominio de la normalidad y anormalidad relativas, entonces el Psiquiatra emplea el modelo propuesto por Harry Stack Sullivan. Su libro "La Entrevista Psiquiátrica" es de estudio obligatorio para este tipo de Psiquiatra. Pero es necesario complementarlo con la entrevista propuesta por Roger Mackinnon y Robert Micheis (Psiquiatría Clínica Aplicada) que tiene en cuenta a Sullivan, pero que va más allá. Y si pretendemos perfeccionarnos en esa labor donde nos movemos debemos escuchar a Otto Kernberg (Trastornos Graves de la Personalidad) con su entrevista estructural.

Sullivan nos enseña a entrevistar y a encontrar los significados de las respuestas en los lenguajes verbal, preverbal y en el silencio. El psiquiatra es un observador participante (muy sistémico) y un experto en los problemas de la comunicación. Mackinnon y Micheis siguen a Sullivan y agregan la importancia del uso de la transferencia, la resistencia, los mecanismos de defensa, la intimidad y la contratransferencia.

Kernberg sigue a los tres anteriores y agrega su entrevista estructural que lleva al diagnóstico de los trastornos limítrofes de la personalidad, el borderline y el narcisista. En nuestra experiencia el empleo de su técnica nos permite diagnosticar al simulador.

Entrevista:

El asunto se hace más complejo si aceptamos el dominio de las teorías de la comunicación. Allí el Entrevistador (a) no puede ser totalmente imparcial u objetivo. Porque sus observaciones siempre estarán influenciadas por los factores intrínsecos de sí mismo (su personalidad, sus conocimientos, su contexto, etc.). En el dominio de la llamada objetividad se dice que el observador observa al objeto motivo de la observación sin implicarse con este y por ello es objetivo. Así, a veces escuchamos que cuando alguien no comparte los criterios

de otro le dice "sea objetivo". En otras palabras le dice "piense como yo pienso". Por el contrario en la (objetividad) entre paréntesis se plantea que el observador no puede ser ajeno a su observación y que todo lo dicho es dicho por un observador y que todo lo dicho es dicho a un observador que puede ser él mismo. Son las teorías de Maturana, Von Foerster, Pearce, Fish, Watzlawick, Boscolo y toda una lista interminable de personas que están trabajando en las teorías de la comunicación desde un enfoque sistémico.

Volvamos a la entrevista. Contempla varios lenguajes así:

1. Tipos de lenguaje:

- verbal y la prosodia
- preverbal
- silencio

Si el Psiquiatra tan solo siguiera el lenguaje verbal tendría que invertir muchas horas para lograr obtener una idea de la persona que está entrevistando. Pero si tiene en cuenta la prosodia, el lenguaje preverbal (no verbal, gestual, del cuerpo) y los silencios puede luego de hora y media de entrevista llegar a un diagnóstico.

2. Contenido de la entrevista

Es una biografía de la persona entrevistada y examinada. Esta biografía nos permite llegar a un diagnóstico de personalidad.

2.1. Historia familiar

2.2. Historia personal

2.3. Antecedentes específicos

2.4. Personalidad

Cuando nos movemos en el contexto y dominio de lo "normal" y el "**no** normal" es posible luego de obtener la biografía y con base en el modo de pensar, en la afectividad, en la actuación, en la sexualidad en el trabajo de la persona entrevistada, establecer un perfil de personalidad. Para confirmar nuestra observación podremos recurrir a otro observador, en este caso la psicología forense, con sus pruebas o test psicológicos. El relato sobre Laurence de Colombia ilustra una forma de personalidad de tipo sociopática y paranoide que según el contexto y dominio de la normalidad y anormalidad no es persona normal Pero no es un "loco" como así lo rotuló su padre. Los psiquiatras preferimos no emplear la palabra "loco" porque es peyorativa e induce a confusiones. El Psiquiatra prefiere la palabra "psicótico". TLaurence de Colombia no era un psicótico. Tiene los pies sobre la tierra, no delira, no alucina, pero no podemos considerarlo normal.

El siguiente relato nos permite al final establecer cuatro tipos de personalidad:

Antígona recordaba a su madre vestida siempre de negro. Melanin madre de Antígona, Dorian y Camí había quedado huérfana a los 11 meses. Su padre la entregó para que la criara una hermana suya solterona. La tía de Melanin fue muy exigente y maltrataba físicamente a la sobrina. Tal vez por ello Melanin decidió casarse a la edad de 15 años con Anán hombre de 35 años. La tía de Melanin consideró que Anán era un buen partido para la huérfana ya que era muy trabajador y además dueño de una pequeña empresa con 100 obreros. Anán se presentó ante la tía muy pulcro y limpio. Era ceremonioso con la tía y mantenía una extraña sonrisa que parecía una mueca. Anán había permanecido soltero porque cuidó de su anciana madre hasta hacía seis meses cuando falleció de un largo padecimiento. Melanin tenía un algo que le recordaba a su madre y por ello pidió contraer matrimonio con ella. Además necesitaba de una mujer que cuidara de él y de sus cosas como mamá lo había hecho.

Antígona también recordaba a su madre como muy trabajadora en el hogar que nunca descansaba ni siquiera los domingos. A veces se le antojaba como una bruja por el color de los trajes y por su costumbre de pregonisar siempre la fatalidad. Antígona había tenido serias dificultades con su madre durante los primeros años de la adolescencia. Porque Melanin criticaba su forma de vestir y de comportarse con los muchachos. Varias veces Melanin la trató de prostituta cuando Antígona llegó algunas horas tarde a casa. Antígona sentía que ella no estaba haciendo algo malo. Tan sólo conversar con los muchachos. La actitud de su madre la hacía odiarla. Por ello fue llevada al psicólogo a quien dijo: "tengo 15 años y hace 15 años que me llevo mal con mi madre". La conducta de Antígona con su padre antes de los 12 años era muy distinta aunque la relación se había deteriorado. Anán fue muy especial con Antígona hasta los 12 años. Anán y Antígona parecían como novios. Anán hacía confidente a su hija del desamor que le profesaba Melanin, de sus rechazos sexuales y del desagrado que sentía ella por todo lo que sonara a sexualidad, por ello, constaba a su hija "me he tenido que enredar con las empleadas de la fábrica". Anán fue muy especial con su hija hasta los 12 años. Antígona se preguntaba por qué el viejo había cambiado con ella. Era gruñón, celoso por los muchachos y no permitía que lo besara en la frente como siempre acostumbró. Llegó a pensar que olía a feo por el gesto de desagrado que asumía su

padre. Debía ser eso porque él era extremadamente limpio y ordenado. También se tornó tacaño con ella. Antes no se limitaba en gastos. Antígona tuvo la menarquia a los 12 años y por esa época con el desarrollo de su cuerpo pasaba largos ratos debajo de la ducha. Ella sabía que la puerta del baño tenía dos pequeños agujeros por donde Dorian y Camí, sus dos hermanos, la observaban. Ella conocía de la conducta de sus hermanos aunque nunca los denunció ni lo hizo conocer de ellos. De los dos escotofílicos el más expresivo en palabras sobre el cuerpo de la hermana era Dorian. Camí tan solo reía, pero no hacía comentario alguno. Dorian se sentía hombre de mundo. A los 7 años metía sus manos por debajo de las faldas de sus compañeras en la escuela. Sus compañeros protestaban, pero él siempre estaba presto a responder con palabrotas o a golpes. Cuando no podía con alguno por ser más grande que él se las ingeniaba para lanzarle una piedra con su cauchera. Cauchera con la que disfrutaba matando pájaros y golpeando a perros y gatos. Dorian se sentía hombre de mundo. A los 22 años había probado la marihuana, el bazuco y con alguna frecuencia se embriagaba con bebidas alcohólicas. Dorian era un joven a primera vista simpático y agradable. Las mujeres quedaban prendadas por su forma de hablar. Era un joven de esos que la gente llama gallinazo. Además ya había embarazado a tres de sus novias.

Camí no era tan experimentado como su hermano. Era mas bien tímido y tenía que luchar con las ideas persistentes, fijas y angustiantes que rumiaba en su mente. Una de ellas era violar a su hermana. Para escapar de las ideas recurría a la masturbación compulsivamente o salía en búsqueda de alguna prostituta. Algunas veces lo había hecho con travestistas o con el perro de su casa. Camí pensaba que se iba a volver loco. Eso era lo que sentía cuando con alguna frecuencia lo atacaban intensos miedos para los cuales no tenía explicación alguna. Él pensaba que era la angustia existencia!, la misma que debía sentir el personaje de la Náusea de Sartre. En cierta ocasión Antígona sorprendió a Camí colocándose uno de sus pantis. Le preguntó que si era fetichista. Camí con gran vergüenza le respondió que no. Le explicó que uno de sus testículos era más grande que el otro y un amigo le había recomendado usar pantis porque así se le emparejaban. Pero además del placer que le producía usar las prendas de su hermana, Camí sentía que la justificación dada era cierta. También estaba inconforme con su nariz y un brillo que observaba en la punta. Las demás personas no observaban el brillo. Melanin prestó atención a su hijo y lo llevó a consulta médica. El Dr. Adán

Pérez examinó cuidadosamente al joven y dio su diagnóstico: "Señora su hijo no tiene nada, es pura hipocondría. Tiene que llevarlo donde el Psiquiatra". Durante el camino a casa Melanin renegaba de su suerte: un hijo loco era lo que le faltaba. Se había casado con Anán para huir de la tía. Pero Anán era un degenerado sexual. Quería tener relaciones sexuales todos los días y en posiciones extrañas. Pensaba que eso no era para ella. Que una mujer decente no se comporta como una meretriz. Odiaba la sexualidad que nunca disfrutó. Además cuando Dorian tenía 40 días quedó embarazada. Lo supo a los dos meses. Lloró, pensó suicidarse. Pero se consoló pensando que sería una niña. Si. Sería una niña. Una compañera. La muñeca que nunca había tenido. Nació Antígona y la familia estuvo muy alegre. Anán parecía derretirse con la beba. Melanin pensaba que su vida se le había compuesto. Pero la felicidad le duró poco porque hubo un tercer embarazo cuando Antígona contaba con 40 días de edad. Melanin se deprimió, pensó en suicidarse. Tomó cuantas cosas le recomendaron para abortar. No quería tener eso. Definitivamente no; pero no logró abortar y nació Camí. Después, Melanin estuvo embarazada tres veces más pero buscó la interrupción sin que su esposo se enterara. Hasta un día cuando Camí tenía nueve años se negó a tener más relaciones sexuales. Anán reaccionó violentamente y amenazó con dar muerte al supuesto amante de su esposa. Era celoso, pero a partir de ese momento Ótelo el Moro no fue nada comparable con él.

Todas estas cosas recordaba Melanin camino a casa. Al llegar se sentó frente al espejo. Se sentía envejecida. Sobre el tocador tenía las fotos de su esposo y de sus tres hijos. Anán un hombre severo, estricto, cruel con sus hijos varones, especialmente con Dorian. En cierta ocasión después de golpear salvajemente al niño este le replicó: "cuando sea grande lo voy a matar". Anán se aterrorizó con la actitud de ese niño de seis años y cesó en el castigo. Melanin sentía que en algo se parecía ella a Anán: en la duda. Dudaban de todo. Parecían hijos de Renato Descartes. Miró la foto de Donan. Qué muchacho tan simpático. Pero cuántos dolores de cabeza le había hecho dar. Lo habían expulsado de varios colegios, tenía embarazadas a tres novias, se embriagaba cada ocho días y varias veces lo vio con los ojos rojos como drogado. Era una oveja negra. Pero él se preocupaba por ella. Le hacía regalos. No sabía de donde sacaba el dinero. La trataba de reina, madrecita y decía que era lo único bueno que él tenía en este mundo. Su adorado Dorian se encontraba en la cárcel. No podía entender lo que el Juez decía de él. Miró la foto de Antígona. Su

niña adorada hasta los 40 días de recién nacida se convirtió en su rival. Sentía que le había quitado el amor de Anán. Era tan coqueta, tan mujer, pero tan niña a la vez. Egoísta y egocéntrica. Le gustaba decir mentiras, lucir las piernas y mover la cabellera de tal manera que hacía embobar a los hombres. Y allí estaba la foto de Camí. El doctor le había dicho que estaba loco, o al menos eso fue lo que ella entendió cuando le dijo que necesitaba de Psiquiatra. Ella si le había notado algo extraño y por esto decidió llevarlo donde el Dr. Sánchez quien le diagnosticó histeria. No quedó conforme con ese médico y fue con el Dr. Escobar quien le diagnosticó un trastorno obsesivo. Por último la Dra. Gómez le dijo que era una distimia.

Sus meditaciones fueron interrumpidas por Anán y Antígona cuando ingresaron a la habitación. "El Juez dijo que el patólogo de medicina legal informó que el muchacho murió de infarto. Y la Abogada Dra. Wan Villamizar dijo que Dorian va a ser examinado en Psiquiatría Forense por el Doctor Duran". Melanin sintió una gran alegría que inmediatamente oscureció por lo último. "Como! Otro hijo loco? Es que Dorian está loco?". No. El Juez deseaba saber si estaba indicada la lobotomía que proponía el médico de la cárcel Dr. León. En la cárcel Dorian recordaba lo sucedido aquella fatídica noche. Unos amigos lo invitaron a una fiesta. Allí conoció a Febo un joven de 17 años muy varonil que le recordó a su padre. Su padre tenía una foto a la misma edad y él y Febo guardaban un extraño parecido. También recordó que una vez sorprendió a su padre acariciando a la madre. Tenía cinco años y sintió celos de la madre. Si de la madre. Tuvo la fantasía de estar en brazos del padre. Durante la fiesta Febo y Dorian entraron en amistad. Febo lo invitó a su apartamento y una vez allí le propuso hacer el amor. Dorian tuvo la fantasía de estar haciéndolo con su padre. Pero durante el coito algo pasó y Febo quedó muerto. Ahora él estaba en la cárcel y no sabía por qué el Juez no quería entender que la culpa era de ese afeminado

con corazón débil. En la cárcel Dorian organizó un movimiento con los demás reclusos. Exigió mejor cama y alimentación y teléfono gratis. Dorian, el líder de los presos, pronto fue querido y admirado por sus compañeros. El director del centro habló con el Dr. León quien diagnosticó trastorno mental y prescribió 10 electrochoques (TEC). Después de los TEC Dorian se tranquilizó durante dos semanas, pero luego arremetió con su movimiento de manera más querulante. Los presos amenazaron con amotinarse. El Dr. León recomendó la lobotomía. Pero Dorian no asistió a la consulta con el forense porque la Dra. Wan Villamizar demostró que su prohijado era inocente y el Juez ordenó la libertad. Antes de eso Antígona buscó al Dr. Duran para contarle de su hermano. Pero lo que hizo fue un recuento de su propia vida. Lloró por la mala relación con la madre. Admitió haber tenido muchos novios y negó haber tenido relaciones sexuales. La sola idea de tenerlas le producía gran espanto. Habló del cariño que sentía por su padre y cómo le disgustaba su actitud de superioridad y de descalificación de los demás. Volvió con si misma para relatar que una vez la mamá la llevó a ella junto con Dorian a consulta con el Dr. Jaramillo porque cuando tenía 11 años los sorprendió desnudos jugando a la mamá y al papá. El Dr. Jaramillo diagnosticó que Dorian y Antígona eran un par de manipuladores. Antígona aprovechó la consulta gratis que estaba obteniendo del Dr. Duran para preguntarle sobre su hermano Cami. Por qué el Dr. Sánchez había dicho que era un histérico, el Dr. Escobar que era un trastorno obsesivo y la Dra. Gómez que era una distimia? ¿Cuál decía la verdad? Todos estaba equivocados? El Dr. Duran le respondió que por todo lo que ella le había contado de su hermano se podría plantear como hipótesis diagnóstica un trastorno borderline de personalidad.

Porque las personas que padecen ese tipo de alteración a veces parecen con distimia, otras veces parecen como obsesivos o histéricos. Además que la gran angustia que presentaba junto con la sexualidad polimorfa (homosexual, heterosexual, zoofílica, fetichismo) estaba a favor de esa hipótesis. Pero que para confirmar o descartar la hipótesis era necesario examinar a Cami

2.5. Examen mental

El examen mental comienza desde el momento en el cual la persona objeto de la entrevista y examen ingresa al consultorio. A lo largo de la entrevista continúa el examen de los siguientes tópicos:

2.5.1. Apariencia

2.5.2. Conciencia y orientación

2.5.3. Afecto (lo cenestésico)

Las respuestas afectivas se pueden percibir con la percepción diacrítica o con la recepción cenestésica. La diacrítica tiene que ver con los cinco sentidos. Así se podrá decir que alguien tiene un afecto depresivo porque lo observamos en su rostro, llora y escuchamos sus lamentos. Pero otras personas podrán no expresar sus sentimientos y mantenerse controlados. La recepción cenestésica permite descubrirla porque como dice Spitz "cualquier animal sabe como una cosa corriente que alguien tiene miedo de él y actúa, sin vacilación, sobre este conocimiento. La mayoría de nosotros somos incapaces de copiar este hecho tan simple. Consideramos al psiquiatra un individuo singularmente dotado cuando percibe la angustia, la cólera, la añoranza, la desconfianza, en un paciente incapaz de verbalizar esos afectos". Esos afectos los ha logrado percibir mediante la recepción cenestésica un entrevistador entrenado en determinado contexto y dominio de la psicología. Es la misma recepción cenestésica la que permite percibir el afecto típico del enfermo de esquizofrenia. Tal afecto como criterio diagnóstico fue objeto de estudio en el Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría en el año 1959. Se le denominó el " precoz feeling " y de los 1.000 Psiquiatras que asistieron al evento 540 estuvieron de acuerdo que era un criterio fiable para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

2.5.4. Pensamiento. En su forma, curso y contenido

2.5.5. Inteligencia

- 2.5.6. Juicio y raciocinio
- 2.5.7. Memoria y atención
- 2.5.7. Sensopercepción
- 2.5.8. Conducta (volición - conación)
- 2.5.9. Introspección y prospección
- 2.5.10. Sueño y apetito

Si se desea hace énfasis en el examen de alguna de estas facultades o tópicos se formulan preguntas específicas. Los Psiquiatras colombianos Luis Carlos Taborda, Cecilia Burgos de Taborda, Jorge Tellez y Rafael Vásquez describen magistralmente en su texto "Principios de Semiología Psiquiátrica" la técnica para el examen psiquiátrico. Hay otros autores extranjeros pero preferimos citar a los nuestros.

Ilustremos los hallazgos del examen mental con las dos siguientes historias.

Ese día Anán despertó como de costumbre muy temprano y tomó su habitual baño con agua fría. Enjabonó su cuerpo tres veces y tres veces lo duchó. Luego afeitó su cara casi hasta sangrar porque en su sentir aún quedaban algunos pelos en los maxilares. Al terminar, dos horas después, se dirigió al comedor donde Melanin, su esposa le tenía listo el desayuno. Sobre la mesa no había cuchillos y la carne estaba cuidadosamente cortada en pequeños trozos. Anán había asumido la determinación de no tocar algún cuchillo. Porque le asaltaba la idea persistente y angustiante que con el podría herir o matar a su esposa y a sus hijos. Hijos que nunca sostuvo en los brazos porque cuando bebes le asaltaban los pensamientos de asarlos en los fogones de la estufa. Por ello para protegerlos asumía esa conducta evitativa. Conducta que Melanin, ignorante de su significado, interpretaba como dureza afectiva y falta de amor. Anán regañó a su esposa por esa costumbre que tenía ella de despertarse siempre a las 2 de la mañana y volver a dormir a las cinco de la mañana cuando él tenía que levantarse. Luego de desayunar salió rumbo a su trabajo. Como todos los días caminó por el parque de las baldosas rojas y verdes. Pisaba las rojas y evitaba pisar las verdes. Porque pensaba que alguna desgracia podría ocurrirle si no llevaba a feliz término el ritual. No sabía qué era eso tan terrible que le podría pasar y tampoco quería saberlo. Pero además de caminar pisando las de color rojo contaba de nueve en nueve. A veces le asaltaba la duda de si habría o no contado correctamente y volvía a comenzar. Mientras Anán

luchaba con las baldosas, los números y sus pensamientos Melanin se entregaba al llanto. Diariamente y antes de iniciar las otras labores del hogar tenía que llorar y lamentarse durante diez minutos. Al terminar se sentía reconfortada y con un largo suspiro comenzaba su trabajo. Pero no todas las veces lograba hacerlo porque sentía una gran debilidad en todo el cuerpo y hasta levantar los párpados le costaba gran esfuerzo. No era una miastenia lo que tenía. Así se lo había dicho el Neurólogo: "Señora üd. no tiene nada. Tiene que consultar a un Psiquiatra". Melanin nunca había consultado al Psiquiatra porque sentía que ella no estaba "loca" y eran los "locos", en su sentir, los que van al Psiquiatra. Durante sus estados de tristeza y llanto, Melanin tenía pensamientos de quitarse la vida Pero no lo hacía porque pensaba que sus pequeños hijos de 1, 2 y 3 años quedarían sin quien los protegiera. Además sentía que Anán tenía duro el corazón. Pero no criticaba del todo a su esposo. Dentro de su ser le daba gracias por fijarse en ella. Ella que era tan pobrecita, tan desvalida, tan insignificante, sin valor.

Hasta acá el examen mental de Anan nos muestra que las ideas y los pensamientos con los cuchillos, asar a los hijos, las que se le ocurren durante el baño y la afeitada son ideas obsesivas. Las conductas del baño, la afeitada meticulosa, pisar unas baldosas y otras no, contar de nueve en nueve son conductas compulsivas. El afecto es ansioso porque es un miedo irracional que trata de explicar, pero que no encuentra explicación. El no lo sabe. Sabe que le ocurre algo, pero no sabe por qué. Es este sentido su introspección (conocimiento de sus alteraciones) es parcial. En Melanin hay un afecto depresivo (es persona triste y además llora todos los días). Un pensamiento con ideas de minusvalía o menorvalía y suicidas. Una conducta con anhedonia (cansancio y fatigabilidad). Una introspección deficiente (siente que ella no tiene nada y no hay por qué consultar con el Psiquiatra). Una alteración en el sueño (despierta todas las mañanas a las 2 a.m.)

Segunda historia

Después que Dorian recobró su libertad hubo gran regocijo en el hogar. Felicidad que duró poco debido a Cami. Días antes lo habían notado extraño, no dormía y decidió encerrarse en su habitación. Asumió un aspecto simbólico al del personaje de Kafka en la Metamorfosis. Cuando lo sacaron de la habitación estaba sucio, de pelo largo y barba poblada. Decía que un hombre vampiro entraba todas las noches por su ventana y se introducía por su ano. Que él era el Mesías y el fin de los tiempos se acercaba. Que tan sólo los que

creyeran en él y vendieran todas sus propiedades podrían salvarse. Los extraterrestres, para vigilarlo, habían colocado micrófonos invisibles en los bombillos y en los tomacorrientes.

Parte del examen mental de Camí en ese momento es así. Apariencia de descuido, sucio, despeinado, con pelo largo y la barba poblada. Pensamiento irracional, con ideas delirantes persecutorias y de grandeza. Alucinaciones visuales y cenestésicas de contenido terrorífico.

33. Relación Médico Paciente en la consulta forense

¿Existirá una relación médico-paciente en el caso de la consulta y examen con objetivo de informe forense?

Entrando en materia, dijo una secretaria al médico: "Doctor, llegó su paciente". El recién llegado protestó: "Yo no soy un paciente". Tenía razón. El no venía a consulta con el médico para obtener un tratamiento. Había sido enviado por un Juzgado dentro de un proceso de suspensión de patria potestad. Otros tampoco son exactamente pacientes, aunque potencialmente pueden serlo. Se trata de sindicados, ofendidos, demandantes, demandados, testigos, presuntos interdictos y para fines prácticos de este escrito: examinados.

En la relación médico-paciente una persona que está enferma o tiene problemas de salud va a consulta médica. El objetivo principal es obtener un tratamiento contra el proceso morboso. Pero también los pacientes desean información sobre la enfermedad, la causa, su naturaleza, el pronóstico, la duración, la rehabilitación, etc. El médico buscará establecer una buena relación médico-paciente que le permita llegar a un diagnóstico y a un tratamiento eficaz. Un buen médico está interesado en el paciente como un ser humano que sufre. De lo contrario puede ser un buen veterinario. Ya lo dijo Mitscherlich "La diferencia entre el médico y el veterinario es el tipo de paciente". (Mitscherlich, Alexander. La enfermedad como conflicto. Buenos Aires: Sur. 1971)

El objetivo principal de la relación médico-paciente es la cura o alivio de la enfermedad que padece un ser humano. El objetivo principal de la consulta de peritaje no es el mismo. Aunque a veces los examinados piden una fórmula o dan las gracias porque nunca antes en su vida habían tenido la oportunidad de hablar y ser escuchados así. La consulta ha sido terapéutica. No era su objetivo.

En una consulta y examen de peritaje, para el caso particular de nuestro trabajo que es psiquiátrico, se pretende obtener un diagnóstico forense. Trastorno mental, inmadurez psicológica, perturbación psíquica, incapaz para administrar sus bienes y disponer de ellos, demente, simulador, disimulador, etc. Del diagnóstico forense dependerá (si el Juez acata el dictamen) el futuro penal, civil, laboral u otro de la persona examinada.

Ambos tipos de relación, con el paciente y el examinado, tienen en común algo y que suena a pleonismo: el ser una relación interhumana. Porque en la relación médico-paciente el médico no atiende una glomerulonefritis, un lupus eritematoso, un apéndice (por operar) sino que atiende a seres humanos que sufren. También en la relación con la persona objeto de peritaje se atiende a un ser humano que está comprometido en un asunto jurídico.

La relación con la persona en consulta forense, como relación interhumana que es, está plena de fenómenos de tipo psicológico. La transferencia, contranferencia, diversos mecanismos intrapsíquicos de defensa son puestos en marcha. En los últimos los hay conscientes e inconscientes. Conscientes porque el examinado usualmente llega con una idea predeterminada. Si es sindicado intentará, en un buen número de casos, mostrarse como un trastornado mental para el momento del ilícito. Si es ofendido, acentuará los síntomas de perturbación o simulará otros. Si es un demandado en proceso de patria potestad, entonces pretenderá ser un ejemplo de excelente salud mental. Si lo capturaron vendiendo basuco, dirá que es un drogadicto consumado. Si es un violador, manifestará que él es impotente o que sólo le gusta su mujer.

Transferencialmente los examinados ven al médico como un Juez, un Fiscal, un policía, como alguien de quien depende su futuro judicial.

También ven al médico como alguna persona de su pretérito con la respectiva carga afectiva emocional. Los examinados proyectan, desplazan, simbolizan sobre el perito. También racionalizan, niegan, reprimen, aíslan, etc. Todos estos fenómenos psicológicos se dan porque este tipo de relación es una relación interhumana.

Por otra parte, si el médico tiene en cuenta todos estos fenómenos psicológicos (y otros más), se le facilitará el diagnóstico ya que determinados mecanismos corresponden igualmente a determinada patología. Los Psiquiatras sabemos que cuando el entrevistado presenta masivamente el mecanismo de defensa de la proyección se

estará ante alguien con una personalidad paranoide, un trastorno de personalidad parnoide o una psicosis paranoide. Eso lo aprendimos de Mackinnon y Rogers. (Psiquiatría Clínica Aplicada). Otro tanto ocurre con la contratransferencia. En esta el médico experimenta una serie de sentimientos, afectos, pensamientos e incluso respuestas somáticas ante el examinado y por el examinado. El conocimiento y el manejo de la contratransferencia son indispensables en la psicoterapia. En el diagnóstico ayuda a éste. Su desconocimiento a veces lleva al médico a asumir conductas inadecuadas, a no ver elementos clínicos que son evidentes. Los dos siguientes ejemplos muestran, a mi modo de ver, un mal uso de la contratransferencia y de la relación interhumana.

Caso uno. La persona motivo del examen asumió una actitud negativista, de mutismo y a pesar de los esfuerzos del médico para que respondiera a sus preguntas permaneció en silencio. El médico se le acercó y en voz alta a pocos centímetros de la oreja le dijo: "¿está sordo?". El examinado salió de su conducta de inmovilidad, se levantó y se abalanzó sobre el médico en actitud francamente violenta. El médico tuvo que pedir auxilio.

El segundo caso, más largo, correspondió a un padraastro sindicado de acceso carnal a la hijastra. El médico dictaminó que el padraastro era un hombre sano. Con la hijastra, además de negarse a recibir a la madre de aquella, dictaminó que era mitómana. La mujer, quien era la madre de esa niña y esposa del demandado, asistió a consulta psiquiátrica en el Seguro Social porque estaba muy confundida, ansiosa, deprimida y con mucha ira. No sabía qué pensar y cómo actuar. Separarse o no del esposo. Creer en su hija o en su esposo. Pretendía la hija quitarle el esposo? ¿Era su esposo un perverso sexual? Pero principalmente su ira estaba dirigida contra el médico forense. ¿Por qué no había querido escucharla? ¿Por qué decía que su niña era mitómana? Pensaba que con el dinero que había empleado para pagar el Abogado más bien se hubiera comprado un revólver para matar al médico.

En el primer ejemplo, el médico percibió la agresividad del examinado, pero no fue consciente de ella o se negó a reconocerla. Se escudó en su papel de médico y perito y atacó a la persona. ¿Qué pasó con la relación interhumana? Es más importante obtener información de manera rápida para emitir un dictamen? ¿Y el respecto por el otro?

En el segundo caso, el padrastro sí había accedido carnalmente a la niña. Por qué el médico no vio la patología en el hombre ¿Por qué pensó que la niña era una mitómana? ¿Qué escotomas tenía el médico que le impidieron ver los elementos clínicos que se le mostraban? Acaso no se movía en el contexto y dominio de la objetividad entre paréntesis de la que nos habla Maturana? (La objetividad un argumento para obligar)

Conclusión

Aunque en la relación médico-persona objeto de consulta forense no existe un objetivo terapéutico sí hay un común con la relación médico-paciente. Por ser una relación interhumana conlleva los mismos fenómenos psicológicos que el médico debe reconocer y tener en cuenta como si se tratara de una relación médico-paciente.

34 Correlación Médico neuro psiquiátrico psicológica

*No me preocupa tanto las acciones de la gente mala, como la
Indiferencia de la gente buena.
M.L.King*

El interés de presentar la siguiente Historia Clínico- forense es con la finalidad de hacer una invitación a las Directivas y Profesionales de la Institución aquí reunidas, a modificar algunos parámetros que están siendo utilizados como manuales para el diagnóstico médico-legal especialmente en el grupo de Clínica Forense. Agradezco de forma especial a la Dra. María Luisa Bernal por la programación de esta reunión y por las invitaciones especiales que Ella me cursó para que el objetivo antes expuesto pueda ser considerado de mejor manera.

Este ejercicio académico busca poner en evidencia una de las formas en la cual se está realizando el trabajo interdisciplinario entre el grupo de Reconocimientos Médicos y el de Psiquiatría y Psicología y pretende mostrar algunas de las posibles reformas en pro de los lesionados. Cuando los casos llegan a Psiquiatría es en forma tardía porque el primero y el segundo reconocimiento médicos no dictaminan las perturbaciones sobre el Sistema Nervioso Central . Quedan las personas expuestas a sustentar por sí mismas ante las autoridades judiciales las lesiones sobre el psiquismo mediante testimonios , pruebas académicas o mediante declaraciones extra-juicio como en varios casos lo he visto.

SE NECESITA UN CEREBRO PARA CUIDAR UN CEREBRO



LOS TRAUMAS CRANEOENCEFALICOS UNA FORMA DE DAÑO CEREBRAL
He escogido un caso de los clasificados como graves , para llamar la atención
acerca de la omisión de diagnósticos oportunos aún siendo tan obvios . Para decir

luego, que si no se formulan en los casos tan graves, más raro aún que sean realizados en los casos moderados o leves.

Caso clínico- forense : Se trata de una joven mujer, 26 años, soltera, natural de Barranquilla, residente en Bogotá, barrio Santa Bárbara, con tres semestres de universidad . Sufrió accidente de tránsito el 28 de Junio de 1.991. Ingresó a la Clínica "inconsciente, convulsionando, con glasgow 6/15, anisocoria con midriasis izquierda, hemiplejía izquierda, inconsciente. Su diagnóstico intrahospitalario fue : Trauma Cráneo Encefálico Severo, fracturas faciales, trauma facial, heridas severas frontales y en hemicara izquierda. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) informaba : "edema cerebral difuso, fractura de base de cráneo". Con base en esos elementos la Incapacidad Médico-Legal provisional fué de 56 días (Primer reconocimiento realizado en la clínica). Con qué criterio neuropsiquiátrico o neuropsicológico o Médico-legal se fija una incapacidad tan baja , sin tener en cuenta la gravedad de la lesión, el manejo que requiere , el compromiso tan grave de las funciones neurológicas a niveles cercanos a la muerte física y/o a la muerte psicológica? . Esta incapacidad tan baja no tiene en cuenta el curso regular que sigue una recuperación de esa naturaleza . Los parámetros anatómo- patológicos que han imperado en el criterio de la incapacidad no permiten a los colegas tener en cuenta las otras alteraciones. Especialmente no se ven y no se diagnostican las alteraciones funcionales , en éste caso la Alteración funcional (o perturbación) del Sistema Nervioso Central. Los reconocimientos médicos están en la Institución reducidos a una tabla que fija una incapacidad médica provisional con parámetros inciertos o mejor, tan sólo con el parámetro de registrar estadísticamente que ha sido atendido " un caso ". La incapacidad dada no refleja la gravedad de la lesión y confunde al Juez.

Segundo reconocimiento : Agosto 21 de 1.992 a las 11.30 horas.(13 meses después del primer reconocimiento). Informado así: " Viene con marcha cojeante, inbalona en pelvis, cicatrices hipertróficas en mejilla... y región fronto facial central, fuerza muscular simétrica normal, sensibilidad general y profunda conservadas. Diagnósticos finales los de la historia clínica # (no se transcribe el número para mantener la confidencialidad del caso) : " politraumatismo, trauma cráneo encefálico severo, fractura de base de cráneo. Edema cerebral, herniación uncus del hipocampo izquierdo, fractura del húmero izquierdo". Ratifico incapacidad médico legal de 56 días como definitiva . Para investigar secuelas se remite a psiquiatría y fisiatría forense . A pesar de la gravedad del caso no fué modificada la incapacidad que a claras luces es mucho mayor que la fijada en forma provisional . A pesar de contar con la Historia Clínica y con la gravedad del cuadro clínico de la persona examinada tampoco se insinuó el impacto sobre la incapacidad laboral.

Psiquiatría. Agosto 26 de 1.992. Fue remitida sin ninguna documentación clínica . "La examinada refiere que en el accidente de tránsito tuvo un trauma cráneo encefálico y requirió unidad de cuidado intensivo aproximadamente 2 (dos) meses, posterior a esto ha necesitado rehabilitación. No ha podido estudiar y necesita ser asistida en sus desplazamientos y recibe medicación anti-convulsivante. Se encuentra orientada globalmente, su atención es normal, el afecto es lábil (llanto-tristeza-alegría). El pensamiento es lógico, de curso normal, concreto, con gran dificultad para la abstracción, en cálculo hay dificultad para realizar operaciones matemáticas sencillas. Hay amnesia retrógrada al trauma. Déficit de evocación y fijación . Prospección y juicio moderadamente comprometido. No hay conciencia de alteración mental. Lenguaje con disartria. Actitud general pueril (infantil). Para determinar si estas alteraciones corresponden a secuela o perturbación psíquica relacionada con el accidente, se requiere historia clínica y el sumario. Una vez nos sean suministrados estos documentos y tras nueva evaluación se dictaminará al respecto ".

Antes de volver a Psiquiatría el apoderado y la familia buscaron demostrar mediante testimonios del plantel educativo la pre-sanidad y la alteración de la lesionada . Aportaron calificaciones previas al accidente y por los indicios del concepto psiquiátrico antes mencionado, consiguieron que el proceso fuera nuevamente enviado a Psiquiatría (Marzo 21 de 1994). Este proceso no aporta mayores documentos de la Institución Médico-Legal ni de los médicos tratantes.

Presento la información verbal de la mamá y la examinada para resaltar la coherencia entre el relato de ellas y la descripción del trauma y la sintomatología y los signos que describen : " que estuvo en unidad de cuidado intensivo durante dos meses y tres meses en la clínica. (Entonces, la incapacidad médico-legal fijada resultó aún inferior al tiempo de hospitalización que fué de noventa (90) días ; otro motivo para la crítica de la primera y la segunda incapacidad). Que tan sólo después de 90 días del accidente volvió a reconocer a sus familiares. Recibió tratamiento en fisioterapia durante dos años para su hemiparesia y problemas de equilibrio y terapia del lenguaje durante 6 meses (disartria). Actualmente está en control con anti-convulsivantes. Que presenta cambios en el estado de ánimo , es irritable. En ocasiones amanece insultando a la mamá (ésta llora). Un rato después reacciona, expresa pesar y se disculpa .Tiene soliloquios, pérdida del gusto y conductas de desinhibición. Ha tenido conductas de indiscreción. En términos costños dice la mamá " los vende" ,lo que hablan en el hogar. Ella sin criterio lo dice en cualquier parte. No ha vuelto a salir sola, porque no puede y tiene terror a los carros. Ahora no tiene previsión para caminar, para sentarse ni para cruzar una calle. Permanece inactiva, pendiente de la mamá y la hermana. No recuerda nada del estudio. Ahora no lee. Pide elementos para hacer manualidades y abandona el trabajo al día siguiente. Cuando se maquilla se deja como payasa o incompleta.

Ahora es terca, antes era la hija mayor, noble y de toda la confianza de la mamá. Ahora tienen que hablar a escondidas de ella. Cuando salen de compras ella opta por las cosas de niña pequeña. Ahora quiere una muñeca barbi para su cama. Le permiten hacer oficio en la casa para que esté entretenida, pero hay que repetirlo. En una reunión familiar del 24 de diciembre de 1993, cogió a un hombre "a sobarle las piernas y la barriga "... Era un amigo de una pariente de ella y sin embargo tuvieron que protegerla porque él iba a abusar de ella calificándola de muchacha fácil . Que antes no era así . El novio que tenía la abandonó por el accidente y ya se casó con otra. La joven repite constantemente las cosas, en ocasiones parece que piensa en voz alta. Es completamente distinta de la hija que antes tenían . Que por las dificultades familiares con los hermanos, la mamá tuvo que aceptar que los dos hijos pequeños se fueran a vivir con el papá. Un día la joven quería matar al hermano pequeño . La empleada del servicio no la tolera porque se coloca detrás a imitarla, igual hace con la hermana menor.

La examinada dice que del accidente no recuerda nada, le han dicho que viajaba en un carro y éste fue arrollado por una flota. No sabe quién iba manejando; le han informado que salían de una fiesta y estaban festejando un cumpleaños entre compañeros de estudios. Le han mostrado las fotos del conductor pero no lo recuerda. Se siente limitada, restringida aún para realizar llamadas telefónicas; tiene que pedir consejo a la familia. Todo le sale mal, siente que la contradicen en el hogar, se siente excluida, rechazada del grupo familiar y siente celos. Le gustaría mejorarse pero no puede; no sabe defenderse. En ocasiones se siente indiferente, sin emotividad. Siente celos que la mamá se consiga algún hombre y ella quede desamparada.

EXAMEN MENTAL ACTUAL : Traída a la consulta por la mamá. Joven vestida con orden y aseo. Apariencia infantil, dependiente. Necesita de ayuda para sentarse y caminar. Marcha tambaleante, si cae lo hace de espaldas. Presenta disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo . Refiere parestesias en hemicuerpo izquierdo, pérdida de la olfacción y disminución de la agudeza visual por ojo izquierdo. Es zurda. Presenta dismetría . Menciona dificultad para comer por la incoordinación de sus movimientos y también disminución del sentido del gusto. No puede ubicarse adecuadamente en el espacio y no puede salir sola. Está orientada en persona y tiempo. Presenta bradipsiquia, afecto pueril, embotado y en ocasiones lábil. La comunicación está empobrecida, el lenguaje lento, con anomia (olvido de los nombres). El pensamiento es pobre en contenidos y de naturaleza concreta, tan sólo simboliza por las formas. El nivel intelectual está por consiguiente deteriorado (tratándose de una persona que llegó al nivel universitario). La atención está disminuída. Hay alteraciones lacunares de la memoria para antes del accidente y durante el período de inconsciencia. Refieren comportamientos de desinhibición sexual en Ella. Hay alteraciones en el cálculo

mental (acalculia visoespacial). Hay parcial capacidad de introspección. Refieren conductas de ecolalia y ecopraxia. No hay capacidad de prospección y por tanto de autocuidado. El juicio y raciocinio es infantil, pueril y disminuído .

Realizado el test de Machover su desempeño corresponde a figuras diminutas, inestructuradas, propias del desempeño intelectual de los pre-escolares.

Valoración Neuropsicológica : Dificultad en el manejo de series de regresión y retención de dígitos. Los test corroboraron los elementos de anomia (test de denominación de Boston). Presentó circunloquios frecuentes. La curva de memoria estuvo empobrecida, improductiva y plana, con incapacidad para memorizar , siendo también interferida por fallas atencionales. La memoria visoespacial está severamente comprometida demostrándose en la figura de Rey (8/36 respuestas). En síntesis hay compromiso global de funciones cognitivas (atención, pensamiento, memoria, cálculo, tareas construccionales, anomia y alteraciones comportamentales) sintomatología que compromete principalmente lóbulo frontal y hemisferio derecho .

CONCLUSIONES

1. Llamar la atención acerca de la necesidad de practicar exámenes más rigurosos y cuidadosos en casos de trauma craneano.
2. Mostrar la necesidad del especialista neurólogo forense en la Institución.
3. Analizar inconsistencias en los parámetros para fijar la incapacidad.
4. Auto-evaluar el trabajo pericial realizado y por consiguiente revisar el impacto social negativo o positivo generado con este trabajo
5. Invitar al trabajo interdisciplinario .
6. Enviar un informe a la Justicia cuatro años después estando en una ciudad con tantos especialistas y con la tecnología médica es algo que contribuye a la impunidad y a la lentitud de la Justicia.
7. El emitir un concepto al comienzo de la lesión y determinar unas secuelas al final ,está eliminado el diagnóstico de todas las perturbaciones transitorias. De la misma manera ,esto favorece la pérdida de todos los documentos y pruebas clínicas tanto en el sector de la Salud como en el Forense.

Dra. MA.IDALID CARREÑO SALAZAR
SECCION PSIQUIATRIA FORENSE .

Este capítulo no pretende reemplazar ningún texto o manual jurídico, tan sólo presentar aspectos que fueron relevantes durante la época de “reforma” al sistema penal colombiano y síntesis de estructuras y contenidos generales acerca del tema.

La comprensión de lo anterior, como en todos los temas, será individual para cada lector y dependerá de sus conocimientos previos en materia del ordenamiento legal, su proceso, procedimientos y la cantidad y calidad de sus experiencias y sus vivencias con el tema en cuestión.

PRINCIPIOS.

1. Normas rectoras:

Los grandes referentes serán La Constitución Política, los tratados de Derechos Humanos y el Derecho Penal Internacional de los sistemas acusatorios. En estos se encontrarán los fundamentos y criterios de orientación e interpretación para aplicar al caso concreto, por parte de los operadores del sistema y de la sociedad en general, como también para el rol y el perfil de cada uno de los intervinientes.

2. Prevalencia del derecho sustancial sobre el formal y procedimental: esto es, de los aspectos esenciales, sustanciales sobre los de procesos y procedimientos.

3. Separación de funciones: materializado por el rol de cada operador, su deber ser, el perfil requerido para cumplirlo, el producto que se espera de cada uno y en cada fase del proceso, la interacción entre partes y su control recíproco.

El rol de cada funcionario marca sus facultades, sus obligaciones, sus límites y las sanciones en caso de violaciones e incumplimientos. Así el rol del fiscal no será el de hacer investigación de campo o técnica, sino la de orientador de la misma agregando el valor jurídico requerido o sirviendo de enlace con el Juez para los controles respectivos.

4. Principio de Contradicción. Comprende todos los pasos, facultades y derechos que puede ejercer el fiscal en su rol de acusar y la defensa una vez comienza la acusación. El papel de las partes en su derecho de oponerse a la admisión de pruebas ilegales, a conocer la información y los medios de investigación para su controversia.

5. Principio de Oralidad: Las audiencias y el juicio serán orales, verbales. No se presentarán mediante Actas o dictámenes escritos, sino mediante la declaración del investigador, testigo, perito.

6. Principio de disposición de la acción penal o Criterio de Oportunidad: Definido como contraposición al principio de obligatoriedad ante un delito. Fue uno de los más controversiales y de éste se dice, que se espera el mejor interés de la justicia; con fundamento en límites y controles que define la ley para su otorgamiento. Los límites para su otorgamiento son el interés público, la pena natural, la mínima participación o la colaboración con la justicia.

Concentración de la Prueba: todas las pruebas deben solicitarse, practicarse o introducirse y controvertirse en el juicio. Como dice el manual general para operadores judiciales, “la práctica de prueba anticipada también obedece a este principio de concentración de prueba en juicio, porque cuando se prevén circunstancias de fuerza mayor que hagan imposible presentar la prueba en el juicio oral, se practica de forma anticipada pero con todos los requisitos de prueba en juicio (presencia de Juez, de todas las partes y controversia). Debe después ser introducida en la audiencia pública en el juicio por la parte proponente para que tenga su valor por el juzgador”.

8. Principio de Identidad física del juzgador (o intermediación de la prueba) significa que el Juzgador que está presente en la práctica de las pruebas es el mismo que debe fallar. Según éste, si el Juez tiene imposibilidad física de continuar, se debe repetir todo el juicio.

9. Principio de Continuidad: Los hechos objeto de juicio se deben analizar en tantas audiencias continuas como sean necesarias para resolver el caso. El fallo debe pronunciarse una vez se ha concluido la presentación de pruebas, la controversia y argumentación.

10°. Principio de Publicidad: toda decisión judicial debe ser proferida en audiencia pública con citación de partes. El derecho de publicidad es tanto para las partes como para la sociedad que ejerce control sobre las actuaciones y fallos judiciales.

11. Presunción de inocencia:

Este principio supone para el Juez la restricción de actuaciones que afecten los derechos fundamentales y exige el análisis y proporcionalidad de las medidas que tome. También impone deberes y derechos para el acusado y el acusador. Así el de aportar información que argumente los cargos incluyendo aún los aspectos que favorezcan al acusado. No así el acusado, que se presume inocente, no está obligado a aportar pruebas que lo incriminen. Este principio abarca también que ante cualquier duda ésta debe resolverse a favor del implicado.

12. Principio de Igualdad: no sólo brindando igualdad en los recursos de oportunidades para equilibrar la defensa por ejemplo (con peritos oficiales o con sus propios peritos), sino también en el sentido de no cambiar al arbitrio, o proferir fallos diferentes, ante circunstancias similares.

13. Principio de Efectividad:

Entendido como la celeridad y la obtención de un resultado sinónimo de realización de la justicia. Es un principio que busca el equilibrio costo-beneficio para la sociedad, la administración de justicia, el sindicado, la víctima. Debe tener por tanto plazos legales mínimos y criterios de racionalidad, necesidad y complejidad del caso.

ESTRUCTURA DEL PROCESO PENAL ACUSATORIO

El Acto Legislativo No. 03 de 2002 de Reforma a la Constitución Nacional, definió para la Fiscalía General de la Nación un nuevo rol en el proceso penal, en el artículo 250 al encargarle "...adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querrella o de oficio, ..." Dejó la Constitución Nacional así establecida una nueva estructura del proceso penal donde el fiscal debe presentar ante los jueces de conocimiento, para dar inicio a un proceso de investigación y a un juicio público, oral, con inmediación de las pruebas, contradictorio, concentrado y con todas las garantías"(artículo 250, numeral 4º.). Dos etapas básicas quedaron definidas para el nuevo proceso penal así: Indagación e Investigación y Juzgamiento Penal.

La etapa de Indagación-Investigación es dirigida por el Fiscal, como asesor jurídico, realizada por la Policía Judicial y busca establecer la existencia de un hecho, identificar elementos y medios de prueba, mantener su archivo y dar información a las partes de sus investigaciones. En esta etapa sólo puede haber renuncia a la acción penal en los casos que establezca la ley "para la aplicación del principio de oportunidad regulado dentro del marco de la política criminal del Estado, el cual estará sometido al control de legalidad por parte del Juez que ejerza las funciones de control de garantías". (Art.50). Este mismo artículo 50 en los incisos 1 y 2 y 5,6 y 7 define las funciones del Juez de control de garantías y de conocimiento y algunas conductas a tener presente con las víctimas.

La etapa de indagación comienza con la noticia de un crimen mediante

denuncia, querella, petición especial o de oficio. Se deben asegurar los elementos materiales probatorios garantizando la cadena de custodia mientras se ejerce su contradicción (artículo 250 num.3) (Ver anexo de cadena de custodia). Realizar entrevistas a sospechosos y testigos, registrar circunstancias de comisión y otros aspectos que definan el inicio o no de una Investigación formal.

El Fiscal como director de la Investigación (artículo 250 inc.8) es quien prepara un caso para ser llevado a juicio. En esta fase puede el fiscal de acuerdo al principio de oportunidad abstenerse si considera que se trata de “delito bagatela” o dar paso a la Investigación formal. Como para realizarla puede afectar derechos fundamentales (libertad) le exige garantizar el derecho a la defensa al imputado, crear escenarios adecuados para la toma de decisiones acordadas (alegaciones, acuerdos, actuaciones abreviadas).

Esta etapa puede finalizar por preclusión si no hubiere mérito o con la presentación de acusación ante el Juez.

Acto Legislativo N° 03 de 2002 dice:

“El Artículo 250 de la Constitución Política quedará así. La Fiscalía General de la Nación está obligada a **adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querella o de oficio**, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias fácticas que indiquen la posible existencia del mismo. No podrá, en consecuencia, suspender, interrumpir, ni renunciar a la persecución penal, salvo **en los casos que establezca la ley para la aplicación del principio de oportunidad regulado dentro del marco de la política criminal del Estado, el cual estará sometido al control de legalidad por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías**. Se exceptúan los delitos cometidos por Miembros de la Fuerza Pública en servicio activo y en relación con el mismo servicio.

En ejercicio de sus funciones la Fiscalía General de la Nación, deberá:

1. Solicitar al juez que ejerza las funciones de control de garantías **las medidas necesarias que aseguren la**

comparecencia de los imputados al proceso penal, la conservación de la prueba y la protección de la comunidad, en especial, de las víctimas.

El juez que ejerza las funciones de control de garantías, no podrá ser, en ningún caso, el juez de conocimiento, en aquellos asuntos en que haya ejercido esta función.

La ley podrá facultar a la Fiscalía General de la Nación para realizar excepcionalmente capturas; igualmente, la ley fijará los límites y eventos en que proceda la captura. En estos casos el juez que cumpla la función de control de garantías lo realizará a más tardar dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes.

3. Asegurar los elementos materiales probatorios, garantizando la cadena de custodia mientras se ejerce su contradicción. En caso de requerirse medidas adicionales que impliquen afectación de derechos fundamentales, deberá obtenerse la respectiva autorización por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías para poder proceder a ello.

4. Presentar escrito de acusación ante el juez de conocimiento, con el fin de dar inicio a un juicio público, oral, con inmediación de las pruebas, contradictorio, concentrado y con todas las garantías.

5. Solicitar ante el juez de conocimiento la preclusión de las investigaciones cuando según lo dispuesto en la ley no hubiere mérito para acusar.

6. Solicitar ante el juez de conocimiento las medidas judiciales necesarias para la asistencia a las víctimas, lo mismo que disponer el restablecimiento del derecho y la reparación integral a los afectados con el delito.

7. Velar por la protección de las víctimas, los jurados, los testigos y demás intervinientes en el proceso penal, la ley fijará los términos en que podrán intervenir las víctimas en el proceso penal y los mecanismos de justicia restaurativa.

8. Dirigir y coordinar las funciones de policía Judicial que

en forma permanente cumple la Policía Nacional y los demás organismos que señale la ley.

9. Cumplir las demás funciones que establezca la ley.

El Fiscal General y sus delegados tienen competencia en todo el territorio nacional.

En el evento de presentarse escrito de acusación, el Fiscal General o sus delegados deberán suministrar, por conducto del juez de conocimiento, todos los elementos probatorios e informaciones de que tenga noticia incluídos los que le sean favorables al procesado.

PARÁGRAFO. La Procuraduría General de la Nación continuará cumpliendo en el nuevo sistema de indagación, investigación y juzgamiento penal, las funciones contempladas en el artículo **277** de la Constitución Nacional.”

ETAPA DE JUZGAMIENTO PENAL.

Puede hablarse también de una etapa Intermedia o de pre-juicio durante la cual se da información al Juez y a la Defensa para la audiencia pública, se consideran las inclusiones y exclusiones de pruebas y se cursan las solicitudes y notificaciones para el juicio.

JUICIO ORAL.

O propiamente el juicio, en donde el Fiscal acusa, la Defensa exculpa y el Juez delibera sobre las pruebas y medios controvertidos.

Para su desarrollo las partes presentan su Teoría del Caso, la hipótesis fáctica de trabajo, su adecuación jurídica y la actividad probatoria requerida (interrogatorios, contrainterrogatorios, evidencias). Lo anterior da paso a los alegatos de conclusiones con argumentación de las partes para aportar los elementos necesarios para el Fallo del Juez.

Al fallo del Juez siguen las apelaciones, la ejecución de penas o de medidas de seguridad, la reparación integral, entre otras actividades.

REGULACION DE LA PRUEBA

A la luz de los principios generales esbozados para este sistema penal es

pertinente insistir en la importancia del tema de la prueba y por ende la labor del perito. En los siguientes renglones se hará síntesis de los mínimos conceptos que un perito debe conocer.

Principios probatorios:

- 1) Libertad: probar por cualquiera de los medios establecidos en el Código o por cualquier otro medio técnico y científico, que no viole los derechos humanos, la existencia de un presunto delito.
- 2) Publicidad. Es connatural al proceso acusatorio y es de origen constitucional. Todo medio probatorio se practicará en presencia del juez, con asistencia de las partes y del público presente en la audiencia del juicio oral y público. La misma publicidad tendrá la presentación de cualquier elemento material probatorio y de la prueba anticipada realizada durante la investigación. “Un juicio acusatorio debe permitir a cualquier persona conocer unos hechos y entender la manera como se pretenden probar, resultado de lo cual, el procesado y el ciudadano asistente, pueden distinguir posibles maniobras fraudulentas que busquen desviar o confundir la aplicación de la justicia material” (pg.37).
- 3) Contradicción de la prueba: las partes tienen la facultad de controvertir, tanto los medios de prueba como los elementos materiales probatorios presentados en el juicio o aquellos que se practiquen por fuera de la audiencia pública. El proceso penal es por excelencia un evento de confrontación dialéctica, donde se alega, argumenta, refuta, impugna y se controvierten aún actos y decisiones judiciales.
- 4) Inmediación de la Prueba: El Juez debe tener en cuenta como pruebas sólo las que hayan sido practicadas y controvertidas en su presencia. La que haya sido incorporada en forma pública, oral, concentrada y sujeta a controversia ante el juez de conocimiento. La prueba de referencia será excepcional.
- 5) Concentración de la Prueba: tantas audiencias continuas como sean necesarias para que el Juez concentre su atención en un solo asunto evitando dilación y sentencias proferidas en debates interrumpidos. Los términos procesales se observarán con diligencia.
- 6) Oralidad: Es un principio central del sistema acusatorio en oposición a la escritura en los sistemas inquisitivos. La oralidad se manifiesta en las audiencias a donde acuden las partes a presentar y sustentar tesis adversariales. Prepara así el escenario para el fallo oral del juez.

- 7) Eficacia: o potencialidad de la prueba para llevar conocimiento al juez, más allá de la duda razonable, con la determinación de la mejor evidencia.

REGLAS DE LA PRUEBA.

Con frecuencia se usan los términos Prueba y Evidencia de manera indistinta. Como definición, Prueba es el resultado o efecto positivo de los medios de prueba. Evidencia es el medio por el cual un hecho puede ser probado, con lo cual se asimila a medio de prueba. En muchos apartes el código de procedimiento penal colombiano introdujo el término elemento (s) material (es) de prueba y estos junto con los medios de prueba son medios de conocimiento o herramientas, por las cuales el juez puede llegar a una certeza, más allá de la duda razonable.

Desde el enfoque sistémico, reglas de prueba son el conjunto de normas que regulan la búsqueda, aseguramiento, ofrecimiento, presentación, controversia y valoración de los medios y elementos de prueba, con el fin de asegurar su autenticidad, pertinencia y admisibilidad.

Las reglas de prueba buscan garantizar la confiabilidad de la prueba presentada, tienen la función de excluir las que no tengan valor probatorio, que violen principios constitucionales, que no protejan los derechos de las partes, especialmente de la acusada. También buscan controlar el poder de los jueces.

Las reglas de prueba son dirigidas a regular lo que se puede o debe probar y cómo probarlo. Para ello se tiene en cuenta la fuente, el objeto y el tema de prueba.

Fuente, son las personas y cosas que existen antes y en relación con los hechos que se investigan. El testigo humano y su conocimiento son la fuente de prueba. En la prueba pericial del psiquiatra, la persona que se examina es la fuente de prueba que pre-existe al proceso y el trabajo que se realiza es el medio de prueba (el examen psiquiátrico).

El Objeto de prueba, no son los hechos, ya que estos no se prueban, se conocen. Se prueban las afirmaciones en abstracto, que las partes argumentan de los hechos.

Tema de Prueba, el objeto de prueba en concreto, “lo que debe probarse en concreto”. Los acontecimientos y circunstancias temporo-espaciales para las cuales se espera una consecuencia jurídica.

Admisibilidad (esto es si debe o no entrar al debate). Para ello el juez debe realizar verificación sobre la legalidad (si se observaron las garantías del debido proceso y los derechos fundamentales en especial cuando se trata de elementos materiales de prueba. Este control se inicia temprano en el mismo momento de inicio del proceso y el perito que esté con más oportunidad en el proceso tendrá mejores elementos para su actividad). Confiabilidad (que posea suficiente significación probatoria, superior a su potencial de error) y conocimiento personal de la prueba.

Pertinencia de la Prueba: si se refiere directa o indirectamente a los hechos investigados, a la responsabilidad del acusado, o también a la credibilidad de un testigo o perito.

TECNICAS DEL JUICIO ORAL

Cuando se habla de la inequidad y la violencia en Colombia, suele registrarse como una de las causas la pobreza de resultados en la Administración de Justicia y comparando con otros países los índices de impunidad tan altos en el nuestro. Los cambios que se esperan del nuevo sistema penal en Colombia, por tanto son muy grandes, la expectativa y la esperanza que se ha colocado y pesa sobre todos los funcionarios y ciudadanos encargados de la solución de los, de la protección de los bienes judiciales y de la búsqueda de paz y convivencia en armonía.

Comprometidos con los conocimientos de los nuevos valores a manejar en el proceso penal, sigue enriquecerse con las técnicas que van a permitir llevar a la práctica este trabajo. Entre ellas tenemos entonces:

Técnicas de Negociación: se busca con estas obtener ahorro en recursos, en tiempo y en sufrimiento para las partes involucradas en causas que pueden recibir soluciones aceptables aún sin llegar a juicio. Es importante tener presente, sin embargo, que por esta vía pueden presentarse procesos bajo presiones económicas que pondrán a prueba la ética de los funcionarios y las partes.

Teoría del caso, hipótesis de trabajo, alegatos de apertura: La capacidad de persuasión, comunicabilidad y credibilidad, son los aspectos que se ponen en escena una vez inicia el juicio. Para esto, las partes, deben formular su Teoría Lógica, creíble y posible de probar jurídicamente para ser expuesta de forma convincente frente al Juez. Presentar así un alegato de apertura que plantee una visión de lo sucedido y que se analizará en el juicio.

Una buena teoría del caso, dice Fabio Cabrera Méndez, Abogado y Perito Psiquiatra, de amplia experiencia en los USA, debe contener la tipificación (jurídica), lo fáctico (hechos) y lo probatorio. Además debe ser sólo una, no puede ser que el acusado no mató, pero por sí ...lo hizo en defensa propia. Al juicio oral se debe llegar sólo con una teoría, a su prueba, ya no es a investigar.

El Fiscal determinará el orden en que sus pruebas serán presentadas. Para llevarlas a escena, conocerá y preparará el interrogatorio de sus testigos. De esta forma acercará al Juez y a la Audiencia de forma oral a los planteamientos previstos. El fiscal acudirá a un experto perito y recibirá el informe correspondiente; igual derecho tiene la defensa.

El Defensor contrainterrogará los testigos para develar las debilidades, intereses o contradicciones de los declarantes demostrando de esta manera su teoría del caso, la de la defensa.

Este lenguaje verbal, también el gestual y preverbal, son el vehículo para presentar al Juez los hechos y acercarlo a un fallo acertado y justo.

El alegato final de las partes es como repetir el rol que las mismas han desempeñado antes en la sala de audiencia. Por esto el aprendizaje de las técnicas de interrogatorio al igual que las habilidades comunicativas de quien responde son tan trascendentales para la efectividad de los sistemas orales acusatorios. Las ayudas audiovisuales y otras similares, bien usadas, serán de gran utilidad.

El Ofrecimiento de las pruebas debe ser en el tiempo y el momento oportuno, fuera de él podrán ser excluidas o no incluidas. El primer turno corresponde al fiscal, seguido de la defensa.

Nos parece propio hablar de la pareja fiscal-testigo experto (perito) o Defensor-testigo experto, como una diáda, como una pareja de baile, donde para un buen desempeño deben danzar los dos. Danza del interrogador (a)- interrogado (a).

El interrogador debe conocer los detalles y pormenores de la ciencia y la técnica sobre la cual interrogará. No puede interrogar acerca de una disciplina que no conoce. Si la pregunta no es formulada o lo es de forma incorrecta, la información, el conocimiento y la sabiduría del experto perito no podrán ser llevadas a la sala de audiencia. Es como si en una pista de baile uno de los dos de la pareja no sabe cómo danzar. Espectáculo disminuido y pobre brindarán. Transmitirán duda y no convencerán Las formas diferenciales en las técnicas

de interrogatorio deben y pueden corresponderse con habilidades especiales a la hora de contestar. La forma como identifique y asuma las respuestas ante la diversidad de formas de preguntar: preguntas dirigidas, con respuesta implícita, pregunta confusas, preguntas violatorias de derechos, preguntas retóricas, dará innforme de la capacidad del testigo perito.

Se dice que el protagonista del interrogatorio es el testigo y la forma cómo esté permite que el Juez perciba el relato de sus hechos.

El programa de fortalecimiento institucional de USAID en Nicaragua recomienda ilustrar al testigo o que éste se documente antes de su testimonio, entre otros aspectos, de: cómo es una sala de juicio, cuál es su procedimiento, el rito procesal que debe seguir, el momento de entrar y salir, con quienes relacionarse, cuáles las reglas más importantes que lo comprometen como testigo experto y como testigo, cuáles los efectos jurídicos de su declaración, cuál el papel de su abogado interrogador, que derechos y deberes tiene, a quien y cómo debe dirigir su testimonio, -no al abogado sino al juez,- la importancia de su conducta y su apariencia.

EL PERITO:

El diccionario jurídico Black's Law Dictionary lo define como: alguien que tiene experiencias y habilidades o un amplio conocimiento en su campo o en una rama del aprendizaje. Una persona cuyo proceso racional solamente puede ser desarrollado por científicos especiales, o un científico con conocimientos de un arte o una persona que posea conocimientos especiales o particulares adquiridos por experiencia práctica.

FUNCIONES DEL PERITO:

Richard T. Micevoy, Jr. En su guía de capacitación a testigos periciales de CTI, DAS, Policía Judicial, Medicina Legal, dictado con auspicio de ICITAP, resume el trabajo del perito en tres funciones:

- A. Instruir al abogado en sus campos especializados o técnicos
- B. Ayudar al abogado a prepararse para la audiencia en los siguientes términos:
 - 1. puntos débiles y fuertes de la tesis del oponente
 - 2. testimonio del perito y posibles testimonios de peritos de la contraparte.
- C. Rendir testimonio en la forma más creíbles y convincente posible.

Víctor R. Alpizar, testigo pericial experto, capacitador del programa de ICITAP para Colombia, dice que servir como testigo, puede llegar a ser una experiencia

muy tensionante. La preparación cuidadosa previa ayuda a reducir dicha tensión y es necesaria para introducir al proceso los resultados de cualquier técnica o análisis científico. La preparación debe ser con tiempo, pero no tanto como para perderlo en una audiencia que por ejemplo sea cancelada. Recomienda un entrenamiento esmerado en las habilidades para comunicar de forma sencilla los conceptos científicos y tecnológicos, cuya jerga, es con frecuencia rechazada por los legos en esas materias. Insiste también en la precisión y profundidad de conocimiento de la cadena de custodia aplicable en su testimonio.

VALORACION DEL PERITO.

Los sistemas acusatorios de otros países, han determinado para sus expertos, qué elementos de sus antecedentes u hoja de vida, son importantes de resaltar, así:

Idoneidad técnico científica y moral del perito

Claridad y exactitud de sus respuestas

Comportamiento al responder

Grado de aceptación de los principios científicos, técnicos o artísticos en que se apoya el perito.

Instrumentos utilizados

Consistencia del conjunto de sus respuestas, entre otros aspectos.

ETICA DEL PERITO

Tendrá las fortalezas y debilidades de la disciplina y la escuela en la cual el perito se haya formado o adherido para su desempeño profesional.

Uno de los temas de controversia surgido fue si la ética del perito, al ser definido como testigo de parte, del fiscal o de la defensa, cambiaría. La respuesta es no. Su respuesta seguirá estando determinada, además de su ética individual, por la:

Confiabilidad en ciencia: esto es que el margen de error sea infinitamente pequeño, o el acierto sea tal, para algunas disciplinas cuantificables del orden del 99.999 y

Validez: en ciencia, esto es, que esté dando respuesta a lo que se pregunta.

EL MINISTERIO PUBLICO

En Colombia, el sistema penal acusatorio, conservó participación en el proceso

del agente del Ministerio Público (Procuraduría) con funciones específicas de vigilancia y control.

EL JUEZ COMO PERITO DE PERITOS, COMO EL REPRESENTANTE DE LAS TEORIAS DEL CONOCER.

El Sistema Acusatorio Colombiano logrará ser realidad en la medida que sus actores lo comprendan y modifiquen sus valores, principios y actuaciones en su nuevo ejercicio. De lo contrario las modificaciones sólo estarán en los renglones y páginas de los textos jurídicos.

Uno de los actores determinantes para éste proceso es la figura del juez, persona que debe ser superior en inteligencia, emociones y conducta para dirimir la controversia que se le plantea, entenderla –al margen de las ideologías, las disciplinas científicas y los valores humanos- y dar un fallo soportado como ha sido definido, luego de una “sana crítica razonada”, que esté sustentado en la “certeza o la superación de la duda razonable”.

El Juez además de su sólida formación como jurista, debe tener una amplia información en ciencia y tecnología, -o una suficiente asesoría- que le permita comprender las discusiones fundamentadas de los testigos expertos, ser un conocedor de la confiabilidad y la validez en la ciencia, para que por el camino de la interpretación no pueda filtrarse el error. El Juez debe estar protegido contra lo que pudiera sucederle al investigador del siguiente cuento: “el laboratorista retira una pata a la pulguita y le pide que salte, esta salta... así continúa hasta quitarle la última pata. Le dice entonces: pulguita salte, ésta no salta. Conclusión, luego de la interpretación de su investigación: las pulgas sin patas son sordas”.

Una de las metas de la Administración de Justicia, es la eficiencia que en lid con la calidad de los fallos va a ser también un delicado tema para el desempeño del Juez.

36. 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 cómo 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 víctimas 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 acusados como víctimas el testigo experto debe estar cuanto antes conociendo de los hechos para poder prestar un oportuno auxilio a la parte que solicita sus servicios. Las hipótesis o la teoría del caso que trae la parte que trae el caso será puesta a prueba mediante diferentes técnicas de examen. 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).

Aun 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 máquinas desalmadas. 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 pregona el art. 93 del C.P" (CP del 1980) 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 presentó trastorno mental transitorio". "Se diga si su biotipo corresponde al del criminal nato". La ultima 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 la investigación y lo que dice el examinado) y signos (lo que objetivamente se observa al examen verbal y no verbal). RE. ver capítulos de semiología, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad, demencias. La Psiquiatría no es una ciencia fácil. Aun para el médico no especialista en psiquiatría (p.e. general, patólogo, cirujano, etc.), resulta difícil de entender y comprender. Que 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 cátedra actualizada de Medicina Legal y Psiquiatría Forense.

37. Glosario

Afasia: incapacidad para comunicarse mediante el lenguaje oral o escrito y de entender el lenguaje del que habla.

Agnosia: debido a un daño orgánico se eliminan las percepciones visuales, auditivas, gustativas, olfativas o táctiles.

Alopsíquica: orientación en tiempo y lugar o espacio.

Anhedonia: falta de placer; pérdida de la capacidad para sentir placer.

Anorexia: disminución o falta de apetito.

Ansiedad de castración: Temor inconsciente a la pérdida de alguna parte del cuerpo considerada como muy valiosa.

Apraxia: incapacidad para realizar o ejecutar un acto ordenado a pesar de que no exista parálisis, ataxia o agnosia.

Ataxia: trastorno en la coordinación de los movimientos musculares voluntarios. Se marcha inseguro con las piernas abiertas y en balanceo (marcha de ebrio).

Atrofia: disminución del tamaño y funcionalidad de un órgano por muerte de sus células, las cuales son reemplazadas por tejido cicatrizal y no funcional.

Aura: conjunto de síntomas más o menos breves que anteceden a los ataques epilépticos.

Autopsíquica: orientación en persona.

Biotipo/ogía: 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.

CIÉ-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud).1992 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. 1994

DSM-IV-TR: Revisión Del DSM IV 2000

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.

Ictus: 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 otólogos 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 da 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 óptica.

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.

Mioclonia: 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.

Para/sía: 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 diencefalo (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 necesarios 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.

37. Bibliografía General

HISTORIA

CÁRDENAS, Luis Alejandro. Comunicación personal.

FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la Época Clásica. Fondo de Cultura Económica. M México. 1976.

FREVD, Sigmund. La Peritación Forense en el proceso Haisman. 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 GROÓTE, Michele. La locura a través de los siglos. Editorial Bruguera. 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.

GUTIÉRREZ, Rodrigo. Temas de Psicología Médica. Ediciones Marova. Madrid. 1972.

NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa

Médica Mexicana. México. 1983. Sexta edición

PAPALIA, Diane. Desarrollo Humano. Mc. Graw-Hill. México. 2005. 9 Edición

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.

SEMIOLOGIA

CACERES, Artidoro. Primer Congreso Internacional de la Inteligencia. Bogotá 1987

FREEMAN, KAPLAN, SADOCK. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona. 1980.

GAVIRIA, Jaime. Enfoque psiquiátrico del trastorno mental como fuente de inimitabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría. (11) 1:47-62. Marzo 1982.

GOMEZ RESTREPO, Carlos Editor. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes, Adultos. Editorial Javeriano: Bogotá. 2002

HERNÁNDEZ, Guillermo. Manual de Sicopatología. Editorial Javeriano: Bogotá. 2001

LUZURIAGA, Isabel. La inteligencia contra sí misma. Editorial Psique. Buenos Aires. 1972.

NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. Sexta Edición México. 1983.

PALACIOS, Eduardo. Guía para el manejo del paciente neurológico. Gráficas Venus, Bogotá. 1983.

PIAGET, Jean. Psicología de la inteligencia. Editorial Psique. Buenos Aires. 1976.

PERSONALIDAD

BRAINSKY, Simón. Manual de Psicología y Psicopatología dinámicas. Carlos Valencia Editores. Bogotá, 1988. (2 edición)

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 Iberoamericana de Psiquiatría 2. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995.

MILLON, Theodore y ROGERS, Davis. Trastornos de la personalidad en la Vida Moderna. Masson. Barcelona. 2001

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. 1983. Sexta Edición

REICH, Wilhelm. Análisis del carácter. Editorial Paidós. Buenos aires. 1975.

EL SOCIOPATA o PSICÓPATA

CLECKELY, H. Mask of Sanity, Mosby and Co. Saint Louis, 1964.

CODERCH, Juan. Psiquiatría dinámica. Editorial Herder. Barcelona, 1975.

HARE, Robert. Sin conciencia. Paidós. Barcelona 2003

LYKKEN, David. Las personalidades antisociales. Herder. Barcelona. 2000

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, Jonás. En John Lion. Trastornos de personalidad. Salvat Editores. Barcelona. 1978.

ZAC, Joel, Psicopatía. Tomo I. Ediciones Kargieman. Buenos Aires. 1977.

TRASTORNOS Y DESVIACIONES SEXUALES

DSM-IV-TR /A.P.A. 2001

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.

MÜRGUÍA, 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 sep. 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.

GONZÁLEZ, Ricardo. Variedades de Alcoholismo. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. (24) 4:526 y 528. oct.- dic. 1983.

ILADIBA. Avances en lexicología. Iladiba. (3) 1:12 enero 1989.

GENARO, Alfonso. Remington Farmacia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1987.

HARRISON, T.R. Medicina Interna. La Prensa Médica Mexicana. México.

MARCONI, Juan. Alcoholismo. En Vidal, Bleichmar, Usadivaras. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. 1977.

MORA, Ricardo y SÁNCHEZ, 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 (CIÉ 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-IV-TR /A.P.A. 2001

OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Revista Colombiana de Psiquiatría (9):3:333-341. Sep. 1980.

KAPLAN, Harold y SADOCK. Benjamín. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores S.A., Barcelona. 1987.

NEUROTRANSMISION Y ENFERMEDADES PSÍQUICAS. Estado actual de los conocimientos. Sandoz S.A. 1983.

NOYES, Arthur y KOLB, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1983. Sexta edición

EPILEPSIA

DREIFÜSS, Fritz. Pediatric Epileptology. John Wright. PSG Inc. Boston. 1983.

MEDINA MALO, Carlos. Comunicación personal.

ORTIZ, Julio. Epilepsia. En Vidal, Beichmar, Usandivaras. . Enciclopedia Iberoameriacana de Psiquiatría 2. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995.

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.

MONTAÑÉS, 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 ÁNGEL, Jorge. Envejecimiento cerebral. Enfoque clínico geriátrico. Simposio de envejecimiento cerebral y demencia. Instituto Neurológico de Colombia. 1988.

TOLEDANO GASCA, A., Alzheimer 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, Bleichmar, 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. Carlos Valencia Editores. Bogotá, 1988. (2 edición)

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.

CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.1980 y 2000.

REYES, Alfonso. La inimputabilidad. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 1979.

RIVIERE, Joan. Odio, voracidad y agresión. En Melanie Klein. Obras Completas. Tomo VI. Paidós-horme. Buenos Aires. 1976.

SERPA, Roberto. Aspectos Psiquiátrico-Forenses del Nuevo Código Penal Colombiano. Rev. Col. de Psiquiatría. (11) 1:63-85. Marzo. 1982.

SCHILDER, Paúl. Problemas de la delincuencia. En Ernest Jones. Sociedad, cultura y psicoanálisis de hoy. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1958.

USOS Y ABUSOS DEL CONCEPTO DE INIMPUTABILIDAD

AGUDELO, Nodier. Emoción violenta e inimputabilidad penal. Medellín: Manuel Arroyave. 1990. PG. 27

BUITRAGO, Jorge y DURAN, Lisandro. Características del homicidio determinadas por trastorno mental grave. Rev. Col. de Psiquiatría (12) 2:192-204.1983.

DURAN, Lisandro. Análisis psiquiátrico de 18 casos de filicidio. Anales XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Pereira. 1986.

DURAN, Lisandro. Trastorno mental como circunstancia de inimputabilidad. Rev. Col. de Psiquiatría. (14) 1:27-36. 1985.

DURAN, Lisandro. Visión psicoanalítica del trastorno mental frente a otras condiciones psicológicas en el Código Penal Colombiano. Rev. Col. De Psiquiatría. Suplemento. Nº 1 Vol. XXXIV-2005

FENICHEL, Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós, 1966 Pg 141-153

KERNBERG, Otto. Trastornos Graves de la personalidad. México: Manual Moderno. 1987 p 172

LA MORTALIDAD EN COLOMBIA. Estudio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud (INAS. Octubre. 1986.

MILLON & DAVIS. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson 2001, p.306

PÉREZ, Luis Carlos. Derecho Penal. Bogotá: Temis. 1982. p222

REYES ECHANDÍA, Alfonso. Imputabilidad. Bogotá: Temis. 1989, p. 66

RIVIÈRE, Joan. Odio, Voracidad y Agresión. En Melanie Klein Obras Completas Vol. VI Buenos Aires: Paidós, 1976, pg. 107

SENTENCIAC563/95web.minjusticia.gov.co/jurisprudencia/CorteConstitucional/1995/Constitucionalidad/C-563-95.htm

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 Estupefacientes. Instituto de Medicina Legal. Bogotá. Comunicación personal.

OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIÉ 9). Revista Colombiana de Psiquiatría. (9) 3:354. Sep. 1980.

CONDUCTAS SEXUALES DELICTIVAS

BARRERA DOMÍNGUEZ, Humberto. Delitos sexuales. Conforme al título XI del Código de 1980. Editorial Visión. 1984.

CÓDIGO 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, KOLONDRY. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona. 1983.

ANÁLISIS PSIQUIÁTRICO DEL INCESTO

BARRERA DOMÍNGUEZ, Humberto. Delitos sexuales. Conforme al título XI del Código de 1980. Editorial Visión. 1984.

CÓDIGO 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, KOLONDNY. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona. 1983.

HOMICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

BITRAGO, 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; BITRAGO, 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.

DURAN, Lisandro. Presentado al XL Congreso Nacional de Psiquiatría. Bogotá, 11-15 de octubre de 2001

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, Paúl. 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.

ÜRIARTE, 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.

GÓMEZ 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. Mc. Graw-Hill. México. 2005.

9 Edición

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-Sep. 1987.

SOLDADOS

HAROÛTUN M., Babigian. Esquizofrenia: Epidemiología. En: Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, Barcelona, 1982.

LEÓN 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 CIÉ 9. Revista Colombiana de Psiquiatría (9) 3:354. Sep. 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. tLXXXIV, 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.

PERTURBACIÓN PSÍQUICA

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. DSM-IV-TR/ A.P.A. 2001
- 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, Cieraid: 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 sobre 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, Arthur y 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 Iberoameriacana de Psiquiatría 2. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995.
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, Kari: 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. Papalia, Diana. Desarrollo Humano. Mc. Graw-Hill. México. 2005. 9 Edición

27. Dolto Françoise: 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. Hormé 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, Roció: 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 Correlatos of Chiid-hood sexual and Physical abuse histories in adult female borderline in

patients. Am.J. Psychiatry 147:2, febrero de 1990.

40. La verde 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 Psychiatria 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 Bogotá 1979.

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. Duran 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.

62. Irving, Paúl: 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 estrés 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.

Martí - 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 Nausa: 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. Plenaria presentada al Encuentro de la Asociación Analítica Americana, Miami. Diciembre 7 de 1990.
5. Volví, J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Paidós: Barcelona. 1983.
6. Stratton,P & Hanks, H. Incorporating Circularity in Defining and Clas-sifying Child Maltratment. Human Systems. Vol 2. 1991.pg. 181-200.
7. Ibid.
8. Martínez, Paúl, op. cit
9. Ibid.
10. Ibíd.
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 Co-lombia. 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 Haroíd A. Goolishian. Hamburg. June 1986.
17. Stratton, Hanks. Op. Cit.
18. Ibíd.
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. Ibíd.

22. Ibíd.

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, Rene. 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.

EL SISTEMA PENAL ACUSATORIO Y EL PERITO

Acto Legislativo N° 3 de 2002 por el cual se modifica el artículo 250 de la Constitución Colombiana de 1991

Alpizar, Víctor. Interrogatorio directo del testigo experto. En ICITAP. El testimonio pericial en el sistema acusatorio colombiano. Bogotá. 2004

Cabrera Méndez, Fabio. Seminario Taller Capacitación en Juicio Oral a Peritos Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, 2004

Corte Constitucional Sentencia C-966-03 del 21 de octubre de 2003

Corte Constitucional Sentencia C-1039-04 del 22 de octubre de 2004

Defensoría del Pueblo. Nuevo Sistema Penal Acusatorio colombiano. Manual General para Operadores Judiciales, Bogotá, 2004

MCEVOY, Richard. Calificación del testigo pericial. En ICITAP. El testimonio pericial en el sistema acusatorio colombiano. Bogotá. 2004

MP/USAID. Teoría del caso y técnicas del debate en el proceso penal.

Programa de Fortalecimiento Institucional, Nicaragua, 2001

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 a 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 practica 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 sindicán.

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 pregona 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 cátedra 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 ulcera óptica.

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 Bruyera. 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.

SEMIOLOGIA

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.

LIDSON, 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

CLECKELY, H. Mask of Sanity, Mosby and Co. Saint Louis, 1964.

CODERCH, Juan. Psiquiatría dinámica. Editorial Herder. Barcelona, 1975.

MACKINNON, Roger y MICHELS, Robert. 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 Alcoholismo. 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, Usadivaras. 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. Alzheimer 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, KOLONDNY. 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, KOLONDRY. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona. 1983.

HOMICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

BITRAGO, 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; BITRAGO, 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.

MACINNON, 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.

PEREDES 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, Iawrence: 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. Marti, Bartran R. Pons: Psiquiatría Forense, Salvat Editores S.A., Barcelona 1990.
21. Slaiken, Karl: Intervención 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 Médico. Salvat Barcelona 1982.
- 25'. Lain Entralgo, Pedro: Antropología Médica. Salvat Barcelona 1986.
26. Papaba Diana y Olds, Sally: Desarrollo Humano Ed. Me. Grawhill, México 1985.
27. Dolto Françoise: 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 sustituidas 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 Childhood 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 Psychiatria 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 psychioanalysis. 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 la 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: Anthropol. 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.