PELIGROSIDAD CRIMINAL: ENFOQUE PSIQUIÁTRICO PSICOLÓGICO

Dr. Javier Osvaldo Cabello
Perito Médico

Dr. Esteban Toro Martinez
Perito Médico

Licenciada Norma Griselda Miotto
Perito Psicóloga

La mesa plantea el tema de peligrosidad desde el abordaje psiquiátrico psicológico y la importancia de la consideración del mismo en el ámbito pericial.

PELIGROSIDAD CRIMINAL

Dr. Javier Osvaldo Cabello

INTRODUCCIÓN

La presente exposición tiene como objetivo plasmar mediante un caso clínico las dificultades inherentes al diagnóstico- pronóstico de la peligrosidad y su tratamiento, particularmente aquellos estados psicóticos inimputables cuya evolución se caracteriza por la cronicidad

El HECHO

Homicidio en grado de tentativa

- El 10 de Julio del 2009 el actor intimida y gatilla un arma de fuego con la intención de eliminar a aquel que creía el jefe de una gavilla que deseaba estafarlo y perjudicarlo en sus bienes.
- Sospecha y luego convicción que se instala y progresa a lo largo de tres años de demandas judicialmente no satisfechas

EXAMEN PSIQUIÁTRICO

ANTECEDENTES PERSONALES

- Violencia familiar
- Adulto de 65 años de edad. Reside sin allegados ni familiares
- Separado. Padre de dos hijas de las que se ha distanciado
- Ciclo secundario completo
- Jubilado. Empleado rural. Inspector de la Policía Federal. Dado de baja por inconductas reiteradas.
- Diversas querellas por daño y perjuicio
- Antecedentes de rechazo a realizar tratamiento psicológico indicado durante su servicio en la PF

ESTADO PSÍQUICO ACTUAL

EXAMEN PRESENCIAL

- Suspicacia. Reticencia. Desconfianza.
- Pensamiento rígido, detallista, minucioso, ideas delirantes a mecanismo interpretativo de tipo persecutorias de larga data, extendida socialmente a modo centrifugo.
- Sentimientos sobrevalorados, resentimiento, envidia y odio, baja tolerancia a la frustración
- Tendencia a las reacciones coléricas e impulsivas
- Ansiedad paranoide
- Juicio desviado

ESTADO PSÍQUICO ACTUAL

EXAMEN PRESENCIAL

- Suspicacia. Reticencia. Desconfianza.
- Pensamiento rígido, detallista, minucioso, ideas delirantes a mecanismo interpretativo de tipo persecutorias de larga data, extendida socialmente a modo centrifugo.
- Sentimientos sobrevalorados, resentimiento, envidia y odio, baja tolerancia a la frustración
- Tendencia a las reacciones coléricas e impulsivas
- Ansiedad paranoide
- Juicio desviado

PELIGROSIDAD

- " Probabilidad de que un hombre cometa un delito, o bien el conjunto de condiciones psicosociales de un hombre que hacen de él un probable autor de delitos" (Sebastián Soler)

- Variedades: Predelictual
  Posdelictual
  Médico Legal

RELATIVIDAD DEL JUICIO DE PELIGROSIDAD

- Jimenez de Asúa reconoce que "en modo definitivo y a priori, ni los juristas, ni psiquiatras, ni los psicólogos, nadie en suma, es capaz de formular un juicio absoluto cierto sobre la temibilidad del hombre".
- Autores españoles, señalan " en la práctica, la peligrosidad de los enfermos mentales es contingente y gratuita, siendo imposible dar reglas que nos adviertan en todo caso su efectividad".
- En nuestro medio, Soler señala que " no hay que olvidarse el carácter profético del estado peligroso para ver agigantada su dificultad"

PELIGROSIDAD MÉDICO LEGAL, SU VALORACIÓN

- **Enfermedad**: Forma Clínica. Momento evolutivo.
- **Personalidad** (el hombre hace peligrosa a la enfermedad y no la enfermedad al hombre)
- **Delito** (psicogénesis)
- **Factores familiares**
- **Factores socio ambientales**
- **Otros criterios: de Raymond y Monahan**

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

- **Tipo**: Delirio sistematizado
- **Proyección**: Social. Delirio en acción proyectado hacia el mundo circundante
- **Forma Clínica:** Persecutoria. Perseguido perseguidor
- **Evolución**: crónica.

CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD

PERSONALIDAD PARANOICA

- Desconfianza
- Suspicacia
- Sobrevaloración
- Falso Orgullo
- Autorreferencial
- Desadaptación social
- Despotismo
- Impulsividad
- Ausencia de empatía social

PSICOGÉNESIS DELICTIVA

- Inexistencia de ofensa producida
- Ausencia de culpa posterior (falta de arrepentimiento)
- Descreimiento en la justicia (justicia por su propia mano)
- Adherencia homicida (lo volvería hacer)
- Resentimiento
- Odio
- Deseo de venganza
- Motivación delirante
- Acción justificada a partir de sus derechos conculcados

FACTORES AMBIENTALES

Familia abandónica.

Falta de medios económicos.

Ausencia de protección social.

MEDIDAS DE SEGURIDAD CURATIVAS

INTERNACIÓN

- Peligrosidad o riesgo de daño inminente fundamentalmente para terceros
- Se sugiere su internación en institución psiquiátrica dependiente del SPF

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN POSTERIOR

- Actualmente el cuadro psiquiátrico ha remitido en su virulencia, buena convivencia con sus pares
- No están dadas la condiciones ambientales ni socio familiares para el cese de la peligrosidad

Derecho a la Salud
Derecho a la libertad
Tratamiento rehabilitador

DIFICULTADES EN LA PRÁCTICA PERICIAL

- El perito , en la práctica se encuentra con ausencia , a veces total de información sobre los hechos y circunstancias personales y sociales pertenecientes al actor
- La mayoría de las veces se actúa en forma individual y aislada, no contando con estudios de campo del medio social y familiar, sin poder contrastar la veracidad de las declaraciones del entrevistado respecto de su historia personal y proyectos futuros
- Muchas veces no se cuenta con las circunstancias biográficas y ambientales que van a incidir sobre su personalidad otorgada el alta médica

DIFICULTADES EN LA PRACTICA PERICIAL

- Imposibilidad de evaluar la respuesta terapéutica sin un posterior seguimiento del inimputable
- Ausencia de un modelo integral de resocialización, particularmente para las psicosis crónicas y algunos casos de trastornos graves de la personalidad
- Ausencia de organismo intermedios de rehabilitación social como paso previo al alta definitiva

DIFICULTADES EN LA PRACTICA PERICIAL

- Imposibilidad de evaluar la respuesta terapéutica sin un posterior seguimiento del inimputable
- Ausencia de un modelo integral de resocialización, particularmente para las psicosis crónicas y algunos casos de trastornos graves de la personalidad
- Ausencia de organismo intermedios de rehabilitación social como paso previo al alta definitiva

REQUISITOS

RELACIONADOS AL ÁMBITO EVALUATORIO

- Marco personalizado aséptico tendiente a un espacio de confianza y respeto, sin presiones externas que desnaturalicen el acto pericial y faciliten la exploración semiológica.
- Que permita emplear los medios idóneos de diagnóstico para cada caso en particular

PELIGROSIDAD :EVALUACION DEL RIESGO DE VIOLENCIA

Licenciada Norma Griselda Miotto
Perito Psicóloga

Acerca del tema que nos convoca, en la Conferencia sobre el Crimen y la Violencia Urbana en América Latina, concretada en Río de Janeiro, se ha resaltado el aumento de la preocupación que genera en la región el ascenso de la criminalidad y las diversas formas de violencia y comportamientos destructivos que abarcan desde hechos vandálicos de calibre menor a graves tragedias como actos terroristas, acciones de grupos sectarios, etc.

Dicho pronunciamiento enlaza con el planteo expuesto en una Asamblea General de las Naciones Unidas, que encara de un modo amplio el tema de la violencia, pasando tanto por las formas institucionales, como las que se manifiestan espontáneamente en las agresiones de grupos o de individuos.

En los foros internacionales existen coincidencias respecto de la necesidad de reducir las causas generadoras de violencia, ya sea en el orden económico, jurídico o social.

Esta introducción tiene como objetivo enfatizar la necesidad de una abordaje integral del tema, es decir sin reduccionismos que traigan aparejada una visión parcial y equívoca de un fenómeno cada vez más relevante.

A los efectos de este desarrollo del tema, estimo necesario conceptualizar las diferencias entre agresividad y violencia.

Así, con un arraigo profundo en la estructura psicobiológica del organismo humano y entroncada con la evolución psicogenética de la especie, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos.

Por su parte, la violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y, supone una profunda disfunción social.

La violencia puede en algunos casos desencadenarse en forma impulsiva o ante situaciones específicas y en otros presentarse fría, calculada y psicopáticamente. La delincuencia no necesariamente lleva implícita violencia. No todos los delincuentes son violentos, ni todos los violentos son necesariamente delincuentes.

Los protagonistas de la violencia social no suelen ser enfermos mentales, sino más bien personalidades con rasgos antisociales, no exentas de un bagaje histórico de abuso infantil, de problemas económicos, de castigo físico sistemático, de desestructuración familiar.

Alcohol y/o drogas son en general un fuerte detonante de la violencia, reforzado además por los medios de comunicación que suelen emitir mensajes propiciatorios de la resolución violenta de conflictos.

Al enfocar la interrelación entre desórdenes mentales y violencia, es necesario recordar las dificultades conceptuales, metodológicas y empíricas para establecer la

relación entre las dos categorías de comportamiento.

Estudios realizados a nivel internacional, no permiten establecer un vínculo necesariamente causal entre el trastorno mental especialmente psicótico y los actos criminales o violentos.

Recientes revisiones realizadas por Bluglass y Prins, abarcan desórdenes psicopáticos, epilepsias, disfunciones cerebrales, intoxicaciones alcohólicas y por estupefacientes, esquizofrenia, retraso mental, depresiones y otras anormalidades.

Por ejemplo, tomando como base la esquizofrenia, se puede establecer una relación entre la ideación paranoide y la violencia, las víctimas de ataques violentos perpetrados por enfermos de esquizofrenia frecuentemente son las mismas personas que figuran como perseguidores en el marco de la productividad delirante.

Estadísticamente es importante señalar que sólo una pequeña proporción de estos enfermos cometen crímenes.

La enfermedad mental no es en sí misma, ni necesaria ni suficiente causa de violencia.

No es inusual encontrar que el acto de violencia de un esquizofrénico, no pueda ser explicado directamente por la psicopatología en curso. Sin negar por ello la relevancia de la enfermedad, las variables sociales y psicopatológicas deben ponderarse juntas. Cuando en un paciente coexiste la relación entre el desorden mental y la violencia, no puede hablarse de una sola línea causal.

Es importante analizar la confluencia de factores que actúa como elemento de incentivación de la violencia en personas con trastornos mentales.

A efectos de ejemplificar desde el plano concreto lo antedicho, estimo importante reseñar los resultados de dos investigaciones realizadas con muestras obtenidas en la Ciudad de Buenos Aires.

En una población de 50 pacientes enfermos mentales, internados en el Servicio Nro.6 del Hospital Borda (período 1995-1996), sólo 5 de ellos, o sea el 10% de la muestra contaba con antecedentes francos de manifestaciones violentas, en un 6% focalizadas hacia otros (homicidios motivados por intensas vivencias persecutorias y/o trastornos alucinatorios ; diagnóstico de base : esquizofrenia) y en un 4% prevalentemente autofocalizadas (intentos de suicidios con utilización de cruentos mecanismos autolesivos ; diagnósticos de base: 1) trastorno border line de la personalidad, alcoholismo crónico ; 2) epilepsia centro encefálica y témporo frontal con el agregado de descompensaciones psicóticas severas).

En otra muestra estudiada por la suscripta, correspondiente a actividad pericial en el Servicio de Psicología del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de la Nación (período 1991-1996) sobre 20 homicidas, sólo 3 fueron diagnosticados como psicóticos, configurando un 15% del grupo en estudio, para destacarse en los restantes los componentes psicopáticos.

En el abordaje pericial psicológico forense el tema de la violencia entronca con el concepto jurídico

de peligrosidad ,que exige de visiones distintas ya se lo tome desde el ámbito de lo civil o desde lo penal.

Peligrosidad significa calidad de peligroso y, estimando el concepto desde un enfoque más restrictivo, la peligrosidad criminal es definible como " la tendencia de una persona a cometer un delito (probabilidad de comisión de actos delictivos futuros), evidenciada generalmente por su conducta antisocial.

El estado peligroso ha sido definido como "el conjunto de circunstancia o condiciones que derivan en alto riesgo para la producción de un daño contra bienes jurídicamente protegidos".

En síntesis, se trata de un juicio de probabilidad, una valoración del riesgo, que aunque constituye un concepto esencialmente criminológico, entronca directamente con la actividad pericial.

La peligrosidad es traducible desde un criterio psicológico forense como la posibilidad de que el sujeto actúe contra sí o terceros las pulsiones agresivas, al tornarse inefectivos los mecanismos defensivos y adaptativos compensatorios.

Es importante tener presente que para los efectos legales en lo penal, dentro del ámbito de la República Argentina y de la mayoría de las naciones, la peligrosidad predelictual no es considerada como factor determinante de la acción jurídica, sí lo es la delictual o sea la que implica que la persona haya cometido y exista la franca posibilidad de que vuelva a cometer una acción delictiva.

La peligrosidad entra en juego como factor relevante en el marco de los considerandos del art 34 del CP, como así también en la graduación de la pena (art.41 C.P:"...se tendrá en cuenta: 1) la naturaleza de la acción y de los medios para ejecutarla y la extensión del daño y del peligro causados; 2) la edad, la educación, las costumbres y la conducta precedente del sujeto, la calidad de los motivos que lo determinaron a delinquir, especialmente la miseria o la dificultad de ganarse el sustento propio necesario y el de los suyos, la participación que haya tomado en el hecho, las reincidencias en que hubiera incurrido y los demás antecedentes y condiciones personales, así como los vínculos personales, la calidad de las personas y las circunstancias de tiempo, lugar, modo y ocasión que demuestren su mayor o menor peligrosidad".).

En el ámbito civil la acción está determinada por el hecho de que el sujeto pueda dañarse a sí mismo o a terceros, siendo ésta la causa que posibilita la privación de la libertad personal mediante internación psiquiátrica (art.482 C.C.).

Psicológicamente el proceso es dinámico y, se encuentra ligado a diversos factores.

Estimo importante detenerme en la evolución histórica de la valoración de la peligrosidad, pudiendo establecerse al respecto las siguientes etapas:

- Primera etapa (hasta 1970): se fundamentaba en estudios clínicos "no estructurados", limitándose a las impresiones recogidas durante la entrevista.
- Segunda etapa (ubicable entre 1970 y 1980): en ella se dio relevancia a las investigaciones

empíricas, adoptándose decisiones basadas en evaluaciones clínicas estructuradas (implicando estudios científicos de factores de riesgo de violencia). Remite al uso de inventarios y escalas.
- Tercera etapa (a mediados de 1990): se utilizaron métodos exclusivamente estadísticos (o actuariales), implicando el uso de técnicas estadísticas para la obtención de factores de riesgo de violencia.
- Cuarta etapa (año 2000): se estableció el debate sobre "prevención" versus "manejo del riesgo". Se utilizaron métodos mixtos que implicaban la combinación de métodos estadísticos y estimaciones clínicas estructuradas.
- Quinta etapa (actual): alude a una nueva generación de métodos para la valoración de la peligrosidad a través del denominable "árbol de decisiones".

Esta última etapa en la valoración de la peligrosidad, pretende utilizar métodos que reflejen el enfoque clínico en la vida real y la complejidad global de cada caso en particular. Siguiendo el pensamiento de Mulvey y Lidz (1998), aproximarse a cuan acertadas pueden llegar a ser las valoraciones de peligrosidad implicaría "saber cuando y bajo qué condiciones podría ocurrir un incidente violento y cuan acertadamente los profesionales en salud mental pueden valorar que sujetos presentan un riesgo bajo aquellas condiciones relacionadas con la violencia" (Norko,2000).

En Estados Unidos de Norteamérica se ha desarrollado el proyecto Mac Arthur para la Valoración del Riesgo de Violencia, bajo una investigación multidisciplinar, focalizada en estudiar dicho item de la forma más científica posible y a su vez generar una herramienta actuarial que pudiera ser utilizada por todos los profesionales en salud mental a tales efectos.

El estudio Mac Arthur ha delimitado la investigación en cuatro dominios específicos:
1. Claves disposicionales: las que se vinculan con las variables demográficas, cognitivas y de la personalidad (estas dos últimas con la instrumentación de técnicas psicodiagnósticas).
2. Factores históricos: que implican la información general sobre la historia social de la persona específica e información sobre la historia de violencia de la misma.
3. Dominio contextual: analiza los factores de la situación en la que se encuentra el individuo en cuestión, que pueden llegar a potenciar o incrementar el riesgo de violencia o disminuirlo.
4. Factores clínicos: son aquellos que aumentan el riesgo de violencia, como por ejemplo el abuso de sustancias psicotóxicas o los diagnósticos de trastorno de la personalidad.
5.

Con ello entronca la utilización de un árbol de decisiones multidisciplinar para la delimitación de los niveles de riesgo.

FACTORES DE RIESGO RELEVANTES EN LA VALORACION DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL

FACTORES ESTATICOS
- Recidiva violenta general: contacto previo con el sistema judicial o sistema de salud mental (Gottfredson y Gottfredson, 1994; Shaffer, Waters y Adams, 1994.Delitos violentos previos; trastorno mental; historia de abuso de sustancias psico-

tóxicas (Limandri y Sheridan, 1995).
- Recidiva sexual: agresiones sexuales previas; una o más víctimas masculinas; víctimas extrafamiliares; preferencia sexual por menores (Hanson y Bussiere, 1996a; Hanson y Bussiere, 1996b; Hanson 1997.

Agresores sexuales que reinciden cometiendo delitos violentos no sexuales; jóvenes; de raza minoritaria; solteros.

FACTORES DINAMICOS
- Recidiva violenta general: personalidad antisocial; logro social; conflictos interpersonales; abuso de sustancias (Gendreau et al, 1996).
- Recidiva sexual: escaso apoyo social; estilo de vida antisocial; actitud tolerante ante agresiones de tipo sexual (Hanson y Harris, 1998).

MEDIDAS CLINICAS ESTRUCTURADAS

Adquiriendo especial significación el estudio de la psicopatía como trastorno de la personalidad muy relacionado con la propensión a la violencia depredadora, como así también ligado a algunos posibles factores neurobiológicos correlacionados con esa tendencia, estimo relevante atender a aquellos estudios que procuran sustentar bases para una aproximación diagnóstica adecuada.

Previamente es importante destacar que el concepto de psicopatía ha surgido como resultado de la integración de varias ideas oportunamente vigentes en las comunidades científicas francesas, alemanas y angloamericanas. En la actualidad, prevalecen tres caterogías diagnósticas relacionadas: 1) el trastorno antisocial de la personalidad (DSM IV-R); 2) el trastorno de personalidad disocial de la ICD-10 (World Health Organization), y 3) la psicopatía evaluable a través de la denominada Hare Psichopathy Checklist- Revised –PCL-R (Hare 1990a, Hare 2003).

Así considero relevante focalizarme en la escala creada por el Dr Robert Hare, psicólogo, profesor emérito de la Universidad de British Columbia (Vancouver, Canadá), que trata de evaluar el conjunto de síntomas definitorios de la psicopatía (según los lineamientos de Cleckley, que se corresponden con las de un ser locuaz, grandilocuente, arrogante, insensible, dominante, superficial, egocéntrico, falso y manipulador), como así también en sus escalas derivadas: PCL.SV (screening version para uso forense y entre los psicópatas no criminales), y PCL. YV (youth version), utilizada con los jóvenes.

Investigadores argentinos han evaluado la confiabilidad de la versión argentina de la Hare PCL-R y diversos aspectos de validez; produciéndose en otro orden el primer estudio normativo en población forense (Folino et al, 2003; Folino y Castillo, 2005; Folino y Hare, 2005).

El PCL-R consta de dos grupos de rasgos o factores.

El factor 1: da cuenta de los componentes interpersonales y afectivos del trastorno.

El factor 2: se encuentra ligado al hecho de ostentar un estilo de vida socialmente desviado.

Debe destacarse que la categoría del trastorno antisocial de la personalidad (DSM-IV R), está asociada con el factor 2 del PCL-R, pero sólo parcialmente con el 1.

La escala Hare consta de 20 items. Para obtener un diagnóstico fiable el experto debe utilizar diversas fuentes de información:

1) entrevista semiestructurada con la persona en cuestión;
2) análisis del historial de la misma (antecedentes delictivos y/o psiquiátricos);
3) entrevista con allegados o familiares;
4) observación directa del comportamiento (de resultar ello posible).

Cada uno de los 20 items recibe una puntuación en una escala de 0 (cuando las características descriptas por el item no son aplicables al sujeto);1 (cuando las características coinciden en algunos aspectos);2 (cuando el item es definitivamente aplicable al sujeto), dependiendo de su aplicabilidad al caso en estudio.

La puntuación total puede variar de 0 a 40 y, refleja en qué medida se aproxima o no a la psicopatía.

La puntuación media es de 22-24 puntos (con una desviación típica de 7a 8), en reclusos.

En las poblaciones de pacientes ubicados en centros psiquiátricos penitenciarios el puntaje esperable es de 18-20 puntos (con una desviación típica de 7 a 8).

En general, Hare alude a una puntuación de 30 o más para aplicar el diagnóstico de psicopatía.

La versión original del PCL-R fue aplicada a personas del sexo masculino de habla inglesa y francesa, evaluándose con posterioridad sus propiedades diagnósticas en otros países (Grann et al, 1998; Hildebrand et al, 2002; Moltó et al ,2000; Pham, 1998).

HOMICIDIOS

El Código Penal de la Nación Argentina estipula en su Libro Segundo de los Delitos, Título I, Delitos contra las personas. Capítulo I. Delitos contra la vida:
Art 79: "se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro, siempre que en este Código no se estableciere otra pena".

Al respecto debe tenerse presente que el objetivo pericial psicológico forense deberá centrarse en el estado de las funciones psíquicas superiores en el momento del hecho, previa delimitación de las características estructurales y psicodinámicas de la personalidad del imputado, del análisis de la motivación delictiva (no siempre delimitable), de la posibilidad de simulación, disimulación, sobresimulación o metasimulación y, del riesgo de compromiso en actuaciones violentas.

A igual que en el enfoque de otras manifestaciones delictivas, deberán tenerse presente los considerandos del llamado acápite psicológico del art 34 del Código Penal (inciso 1ro), así como los contenidos del art 41 del CP.

Art 80:" Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua, pudiendo aplicarse lo dispuesto en el artículo 52 (se impondrá reclusión por tiempo indeterminado, como accesoria de la última condena, cuando la reincidencia fuere múltiple en forma tal que mediaren las siguientes penas anteriores: 1° cuatro penas privativas de libertad, siendo una de ellas mayor de tres años. 2° Cinco penas privativas de libertad, de tres años o menores. Los tribunales podrán por única vez, dejar en suspenso la aplica-

ción de esta medida accesoria, fundando expresamente su decisión en la forma prevista en el artículo 26. Artículo 26: en los casos de primera condena a pena de prisión que no exceda de tres años, será facultad de los tribunales disponer en el mismo pronunciamiento que se deje en suspenso el cumplimiento de la pena. Esta decisión deberá ser fundada, bajo sanción de nulidad, en la personalidad moral del condenado, su actitud posterior al delito, los motivos que lo impulsaron a delinquir, la naturaleza del hecho y las demás circunstancias que demuestren la inconveniencia de aplicar efectivamente la privación de libertad. El tribunal requerirá las informaciones pertinentes para formar criterio, pudiendo las partes aportar también la prueba útil a tal efecto. Igual facultad tendrán los tribunales en los casos de concurso de delitos, si la pena impuesta al reo no excediese los tres años de prisión. No procederá la condenación condicional respecto de las penas de multa o inhabilitación"), al que matare:

1° A su ascendiente, descendiente o cónyuge, sabiendo que lo son;
2° Con ensañamiento, alevosía, veneno u otro procedimiento insidioso;
3° Por precio o promesa remuneratoria;
4° Por placer, codicia, odio racional o religioso;
5° Por un medio idóneo para crear un peligro común;
6° Con el concurso premeditado de dos o más personas;
7° Para preparar, facilitar, consumar u ocultar otro delito o para asegurar sus resultados o procurar la impunidad para sí o para otro o por no haber logrado el fin propuesto al intentar otro delito.
8° (Incorporado por ley 25601, art1; BO 11/6/2002). A un miembro de las fuerzas de seguridad pública, policiales o penitenciarias, por su función, cargo o condición.
9° (Incorporado por ley 25816; art 1; BO 9/12/2003). Abusando de su función o cargo, cuando fuere miembro integrante de las fuerzas de seguridad, policiales o del servicio penitenciario.

Cuando en el caso del inciso 1° de este artículo, mediaren circunstancias extraordinarias de atenuación, el juez podrá aplicar prisión o reclusión de ocho a veinticinco años."

Art. 81:
1° "Se impondrá reclusión de tres a seis años, o prisión de uno a tres años:
a) Al que matare a otro, encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieren excusable;
b) Al que, con propósito de causar un daño en el cuerpo o en la salud, produjere la muerte de alguna persona, cuando el medio empleado no debía razonablemente ocasionar la muerte.

2° (Derogado por la ley 24410, art 1; BO 2/1/1995)."

Al respecto, estimo de interés delimitar conceptualmente la denominada emoción violenta, que es considerada como atenuante del delito de homicidio cuando ha sido provocada por circunstancias idóneas como para alterar las funciones psíquicas superiores y el acto homicida se ha cometido bajo sus efectos.

Se entiende por tal una manifestación emocional transitoria, imprevista, inmediata, intensa y avasallante que surge ante circunstancias que impliquen la posibilidad de perder la integridad corporal y/o psíquica (Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense, pag. 203. Editorial Polemos. Año 2006).

Siguiendo el pensamiento del Dr. Vicente Cabello, los factores fundamentales a tener en cuenta son:

- Representación mental súbita, sorpresiva de la situación, que genera una acentuada exaltación afectiva.
- Conmoción afectiva intensa que altera las funciones intelectuales superiores.
- Respuesta psicomotora con predominio de actividad automática y neurovegetativa.

Art 82: "Cuando en el caso del inciso 1° del art 80 concurriere alguna de las circunstancias del inciso 1°del artículo anterior, la pena será de reclusión o prisión de diez a veinticinco años".

Art 83: "Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado"

El deseo de muerte se encuentra arraigado en la pulsión de muerte (tendencia innata a procurar la destrucción de otros organismos, así como la propia, según el psicoanálisis), la variación en intensidad hace la diferencia entre dañar a otra persona o producirle la muerte.

Los impulsos suicidas y homicidas se encuentran íntimamente articulados, así podría decirse que todo homicida es un suicida en potencia y, que todo suicida es un homicida psicológico.

David Abrahamsen en el libro titulado: "La mente asesina" (Fondo de Cultura Económica, México -1976), expresa: "el homicidio surge de la intensidad de los deseos de muerte que coexisten con nuestras emociones al servicio de la vida, del mismo modo que el amor y el odio conviven dentro de nosotros. El homicidio, a pesar de nuestra resistencia a admitirlo es parte de nuestra humanidad y tiene su raíz en las emociones humanas. Es este aspecto frágil y cruel de nuestra conducta el que hace a muchos de nosotros más capaces de matar de lo que imaginamos".

El homicidio al ser analizado devela una clase heterogénea de actos. Así podríamos hablar de homicidios premeditados e instrumentales (con fines específicos), y otros impulsivos. Debiendo además destacarse los dolosos (en los que primó la intención de matar), y culposos (derivados de actos teñidos por la negligencia).

Podríamos teóricamente siguiendo el pensamiento de Megargee (1966), aludir a dos categorías prevalentes en los homicidas:

1) Los sobrecontrolados, proclives a responder pasivamente frente a diferentes provocaciones, que se van llenando de resentimiento, hasta que estímulos nimios pueden llegar a desencadenar la actuación homicida.
2) Los subcontrolados, proclives a la respuesta violenta habitual.

Didácticamente puede aludirse a las siguientes tipologías:

- Magnicidio: como resultante del ataque a lo simbólicamente representado por una persona socialmente relevante (Kennedy, Gandhi, etc).

- Genocidio: interpretable como acto dirigido a destruir en todo o en parte a un grupo nacional, étnico, racial o religioso como tal.

- Homicidio justiciero: su etiología suele estar ligada a una ideología específica de carácter extremo o en su defecto a un ajuste de cuentas de carácter mafioso.

- Homicidio en masa (pasible de

ser considerado en el marco de los justicieros): el asesino suele enfocarse en cualquier grupo humano por razones que considera justificables ideológicamente, llegando a incluir entre sus víctimas a su propia familia si encuentra justificación para ello. Estadísticamente se ha determinado que este tipo de victimario ha tenido participación en fuerzas armadas, de seguridad, etc, con actuaciones en combates y/o acciones antiterroristas.

- Homicidio pasional: en el que la eliminación de la víctima es asimilada por el victimario como resolución de sus aspectos conflictivos. Suele darse en el marco de relaciones previas connotadas por una modalidad sado masoquista.

- Parricidio, uxoricidio (asesinato de la esposa), infanticidio, filicidio (del hijo).

- Homicidio ligado a las adicciones.

- Homicidio serial: el asesino serial tiene características específicas por lo que lo correcto sería hablar de criminal de comportamiento sistemático, pudiendo ser parte o no de su rutina el acto homicida . Un rasgo distintivo de este tipo de delincuente es la denominada "territorialidad", es decir la concentración de los actos delictivos en un marco geográfico delimitado.
  Es posible aludir en general a dos subtipos prevalentes:

a) asesino organizado (ubicable en el plano de los estudios realizados en EEUU), con características tales como: cociente intelectual elevado; socialmente competente en su contexto; se desarrolla laboralmente en empleos especializados o que exigen alta capacitación; es hijo mayor o único; no ha existido una adecuada puesta de límites durante las primeras etapas vitales; proclive al hipercontrol durante el desarrollo del acto criminal; alta propensión a la heterosexualidad.

b) Asesino desorganizado (según los estudios realizados en la República Argentina): inteligencia promedio normal; inmadurez en su desempeño social; actividades laborales de baja calificación o nulas, marcadamente inestables; sometimiento a una excesiva presión materna durante la infancia; ansiedad durante el acto criminal; propensión a la heterosexualidad.
   En su gran mayoría los casos estudiados en la República Argentina propenden a una categoría mixta de los ítems precedentemente detallados, con una marcada tendencia a la desorganización.

   Puede aludirse a una franca incidencia de la fantasía intrusiva, siendo estimulados a igual que en las adicciones a visiones ambivalentes sobre los valores y las normativas sociales, que los incitan hacia lo prohibido. En el análisis de todos los casos es necesario efectuar una profunda evaluación para establecer diagnósticos diferenciales, dado que el actuar criminal bajo la dirección de la patología delirante también es posible.

Es importante en el análisis de todo tipo de homicidios tener en cuenta las variables demográficas, victimológicas, criminológicas, sociopatológicas y psicopatológicas.

La violencia criminal tiene de por sí connotaciones y detonantes

sociales, debiendo ser enmarcada en cada contexto legal, debiendo tenerse presente el abordaje del concepto en función de las normas de determinada sociedad en cada época.

SUICIDIOS EN LA ADOLESCENCIA

Históricamente, la adolescencia ha sido la etapa vital en la que se exterioriza el primer alto riesgo epidemiológico del suicidio en el marco de la psicología evolutiva.
Según las últimas estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la República Argentina cuenta en América con la tasa más alta de suicidios con un porcentaje del 7,1% cada 100000 habitantes, ocupando en el mundo el número 13.

El 10 % de esa cifra corresponde a adolescentes en edades comprendidas entre los 10 y los 24 años.
Siguiendo el pensamiento de Sigmund Freud es posible hablar de una tendencia autodestructiva innata, de una pulsión de muerte responsable del deseo letal de vuelta al estado inorgánico.

Por su parte el Dr. Mauricio Abadi refiriéndose a los adolescentes suicidas (con un promedio estimado de una muerte cada treinta horas), manifestó: " es en las grandes ciudades donde el desamor y la indiferencia los llevan a sentirse incapaces de enfrentarse a una realidad tan demandante, agresiva y competitiva".

Desde mi experiencia clínica y forense estimo que los trastornos adolescentes de características mórbidas se ven sustancialmente incrementados por las retroalimentaciones patológicas en las interacciones familiares, las que pueden llegar a exacerbar e inclusive provocar bajo pseudofachadas contrastantes la inducción a la conducta suicida, muy especialmente si el adolescente vivencia el conflicto como entrampante e irresoluble.

Acompaña generalmente al proceso, la incapacidad grupal para las relaciones empáticas y el diálogo, la permanente resistencia a las soluciones a través de la emergencia de nuevos planteos o problemas y, la oposición larvada a la modificación sustancial de la dinámica familiar.

Lo mismo ocurre cuando no existe una demanda terapeútica óptima y precoz, fundada en la desvirtuación de los verdaderos alcances de la problemática.

Dentro del devenir adolescente estimado como normal, son esperables vaivenes constantes entre la intolerancia exacerbada que suele expresarse por una agresividad no siempre adecuadamente canalizada y, la depresión enmascarada por el tedio, la hipersomnia, las peleas, los gritos, las manifestaciones psicosomáticas, etc.

Hay adolescentes que tienen dentro del plano imaginario, ideas suicidas pasibles de contrarrestación apropiada y, otros que pueden tenerlas de una manera mórbida al acompañarse de un auténtico deseo de paso al acto.

En este último caso, la sumatoria de la depresión más la desesperación trae aparejada la liberación de grandes cantidades de impulsos autodestructivos.

Como actitudes implícitas posibles son dables destacar:

- La rebelión contra la rigidez de ciertos parámetros morales.

- La rebelión contra la falta de comunicación intrafamiliar.

- La rebelión contra la situación socio económica de la familia.

- La rebelión contra el sentimiento de desestructuración familiar.

Puede aludirse dentro de la causa adolescente patológicamente planteada, al deseo de morir para solucionar "mágicamente" la situación problemática más que al anhelo efectivo de autoeliminación.

En estos términos, a nivel inconciente la actuación autodestructiva adquiere el sentido de un homicidio, apunta hacia el otro, hacia su simbólica destrucción, intención sin la cual carecería de la energía necesaria para la concreción del acto.

Todo intento de suicidio puede considerarse como una tentativa de solución de una crisis existencial. Parafraseando a Malraux: "nadie se mata (o intenta hacerlo), a no ser para existir (mejor)".

Frecuentes intentos suicidas hablarían de un subcontrol de la agresividad que se llega a descargar facilmente en actos incompletos o de mediana cuantía de autoagresión.

Al respecto de esta íntima relación entre la auto y heteroagresión, pacto que podríamos llegar a denominar simbólicamente suicida-homicida, las investigaciones efectuadas sobre menores homicidas (es decir en aquello en los que el narcisismo primó), en forma comparativa con los no homicidas, arrojaron datos tales como:

- Mayor compromiso psicoorgánico.
- Mayor frecuencia de actuaciones autoagresivas e ideación suicida.
- Referencias acerca de violencia familiar, malos tratos sobre ellos, alcoholismo parental, y enfermedad psiquiátrica materna con hospitalización.

Asimismo, la delincuencia juvenil puede llegar a ser estimada como una conducta suicida que combina un rechazo de la realidad con la búsqueda de la facilidad y la provocación.

A modo de ejemplificación de los criterios expuestos, resulta conveniente a continuación reseñar un caso que parece sintetizarlos de una manera llamativa:

- Figura paterna: cursando la etapa media de la vida, inserta en un plano social que le permitía ostentar solvencia intelectual y reconocida autoridad (ocupaba un cargo relevante en uno de los poderes del estado), que llegó a la consulta so pretexto de la incidencia de un alcoholismo autodefinido como reactivo y, diagnosticado como crónico, sobre el rendimiento laboral y la vida sexual.
  En este último aspecto la indagación permitió arribar a la conclusión de un placer escoptofílico encubierto por un aparente desinterés. Mediaba un trastornos narcisista de la personalidad con núcleos melancólicos.

- Figura materna: con un trastorno border line de la personalidad, con manifestaciones histéricas severas y descompensaciones psicóticas, con internaciones a repetición. Antecedentes de alcoholismo en la adolescencia y primeras etapas de la vida matrimonial. Diferencia de edad en menos con el esposo: 5 años.

- Discurso parental: anhelante de la muerte como solución definitiva frente a una vida cargada de sufrimientos, pero con manifesta inhibición de la autoeliminación por razones justificadas desde las creencias religiosas.

El planteo explícito obsesivamente habría signado la convivencia familiar desde los inicios de la vida conyugal.

- Figuras filiales:

1) hijo mayor: tras reiteradas advertencias en la adolescencia, consumó el suicidio a los 18 años de edad. Ello ocurrió tres años antes que su padre fuera derivado a psicoterapia por un médico cardiólogo.

2) Hijo nacido en segundo término: a partir del deceso de su hermano acaecido cuando él cursaba la adolescencia, comenzó a involucrarse en consumo excesivo de bebidas alcohólicas con esporádicas combinaciones con otras sustancias psicoactivas, conductas homosexuales, actuaciones delictivas de cuantía menor con tres procesamientos penales, e intensa labilidad emocional con fuerte ideación homicida centrada en la figura materna y, crisis con manifestaciones violentas (contaba además con antecedentes de disrritmia cerebral con renuencia al tratamiento farmacológico específico).

Se aprecia en este caso como la marginalidad adquirió el carácter de autodestrucción y, respondió a la inoculación transgeneracional del deseo de muerte.

Un prolongado trabajo psicoterapeútico posibilitó el replanteo de estilo de vida y, la posibilidad de una existencia menos signada por la patología intrafamiliar.

3) Hija menor: marcadamente inmadura, adherida simbióticamente a la figura materna, logró a través de un tratamiento psicoterapeútico prolongado independizarse.

4) Amante del padre (vinculada laboralmente a él)finalizada la acción terapeútica sobre los hijos de la pareja conyugal y derivada la misma hacia un plan terapeútico institucional, consulta por ideación suicida. Es importante señalar que llevaba ocho años de amantazgo sin consumación sexual genital, con una relación regida por la escoptofilia y, amparada en la virginidad exhibida como un baluarte y en el "pecado". Ella contaba con 25 años menos de edad que él y, con una estructura de personalidad francamente inmadura y con componentes listero-paranoides.

La crisis generada por la tardía "detección" del amantazgo por parte de la esposa de él y, la actitud denigratoria de él tendiente a preservar las apariencias sociales, favorecía

–acción terapeútica mediante– el despegue y, la ruptura de un vínculo marcadamente patológico en el que la inducción suicida estaba siendo proyectada sobre otra figura, la de la amante joven (adolescente tardía).

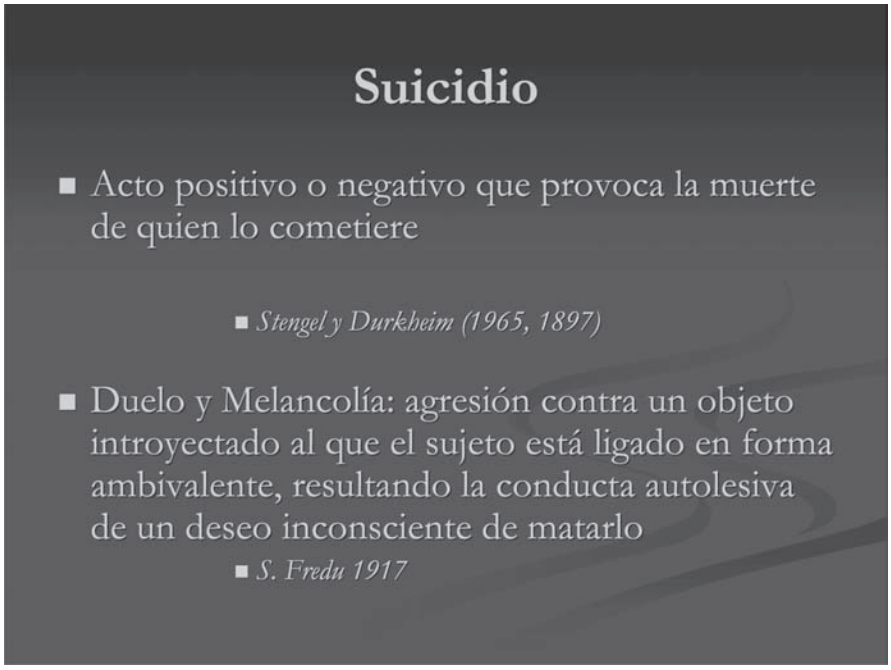
Posteriormente, la pareja conyugal sobrellevó la carga de su propia patología en actitud de mutua compasión y, proyección de la agresión sobre los profesionales intervinientes.

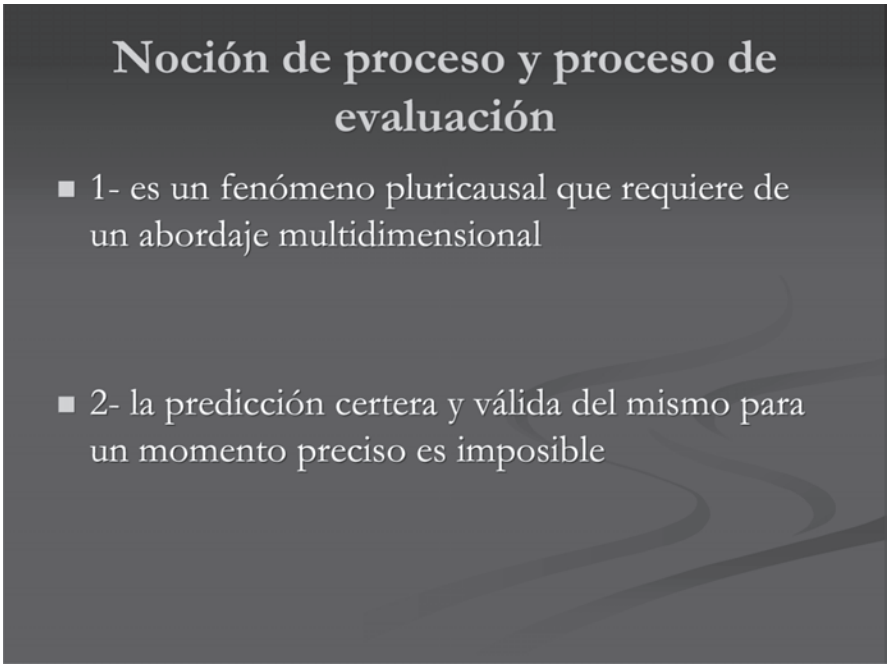
En síntesis: severa patología intrafamiliar-suicidio-delincuencia –marcada disfuncionalidad sexual.

En este caso en particular y, los similares estudiados durante mi práctica clínica y forense, tienden a través de sus características a convalidar la estrecha interdependencia entre el suicidio adolescente y la severa disfuncionalidad familiar.

EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Dr. Esteban Toro Martinez
Perito Médico





Suicidio: *continuum*

- Ideación de muerte
- Deseos de morir
- Ideación de suicidio
- Acto deliberado de dañarse

Factores de Riesgo

- Sociodemográficos: sexo masculino, edad igual o mayor a 60 años, soltería, vivir sólo, la ausencia de niños en el hogar y problemas financieros
- Clínicos: trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, abuso de sustancias, historia de intentos previos, ideación suicida, anhedonia severa y experiencias de humillación recientes

Motivaciones

- Desesperación por fracaso
- Vía de escape
- Llamado de atención
- Manipulación o forzar cambios en los demás
- Dolor vital
- Soledad y aislamiento
  - Miró E, 2000

Trastorno Depresivo Mayor

- 11.2 /100.000 se suicida. Pero 99,98 no
- La depresión implica 83,3 suicidios en 100.000. Es decir 150.000 suicidios sobre 18.000.000
- El 99.2 de los afectados por T. del Humor no se suicidan

Indicadores de riesgo en Episodio Depresivo

- Intensidad moderada/severa
- Comorbilidad con otros TM y con sustancias
- Cualidad mixta
- T. Bipolar
- Comienzo del episodio
- Período inicial de mejoría
- Agitación
- Predicción temprana: menos de 1 año: pánico, insomnio, ansiedad, disminución de la concentración, consumo de alcohol, pérdida de interés
- Predicción de más de 1 año: Desesperanza, ideación de suicidio y antecedentes previos

Indicadores de riesgo en T.Bipolar

- Historia familiar de suicidio
- Abuso de alcohol
- Estados Mixtos
- Inicio de la enfermedad
- Episodio depresivo
- Período de recuperación
- Período posterior al alta de internación
- No adherencia: Juventud, 1º año de enfermedad, antecedentes, sexo masculino, pocos episodios, manías grandiosas
- TB II

Indicadores de riesgo en Esquizofrenia

- Juventud
- Comienzo temprano
- Adecuado funcionamiento premórbido
- Buen funcionamiento intelectual
- Exacerbaciones frecuentes
- Adecuado insight
- Mejorías posteriores a las recaídas
- Desesperanza
- Depresión
- Sexo masculino
- Período inmediato al alta
- Subtipo paranoide

Factores de riesgo

- Trastornos Mentales son FACTORES DISTALES
- "Condiciones necesarias pero no suficientes"
- FACTORES PROXIMALES
- Características de la personalidad
- Historia familiar y entorno
- Enfermedades físicas
- Estresores
- Intentos previos de suicidio
- Acceso a medios de letalidad

Factores de Riesgo en Personalidad Límite

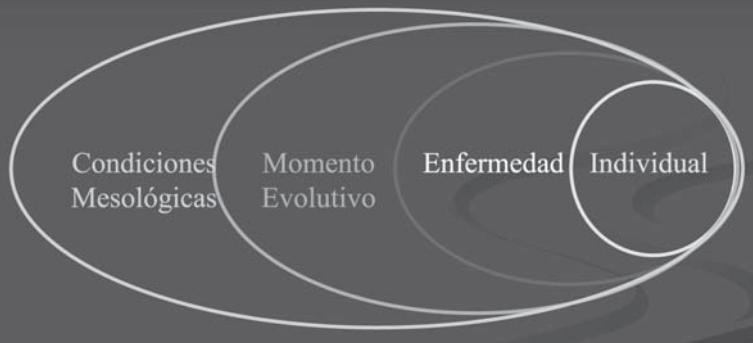
Potencial del suicidio: dimensiones

- Riesgo de suicidio: estimación epidemiológica
- Urgencia suicida: estimación clínica de la probabilidad de morir por suicidio en las 48 horas siguientes
- La peligrosidad suicida: se basa en el método
  - *Conferencia de consenso sobre el suicidio (Federation Francesa de Psiquiatría, 2001)*

Peligrosidad Psiquiátrica

- Un aspecto de la peligrosidad social
- Posibilidad de una persona afectada por un trastorno psíquico de cometer un daño o un delito (DeTullio, 1966)
- Diagnóstico de probabilidades

Peligrosidad



Deberes ante el riesgo inminente

- Internación voluntaria o involuntaria (según el marco legal)
- Instalar tratamiento adecuado (evaluar indicación de clozapina, litio o tec)
- Participar al resto del equipo y enfermería sobre el riesgo
- Revisar pertenencias y despojar de instrumentos
- Habitación especial y evaluar restricción
- Registrar en HC tipo de riesgo y cambio de estatus justificado

Deberes ante el riesgo inminente

- Internación voluntaria o involuntaria (según el marco legal)
- Instalar tratamiento adecuado (evaluar indicación de clozapina, litio o tec)
- Participar al resto del equipo y enfermería sobre el riesgo
- Revisar pertenencias y despojar de instrumentos
- Habitación especial y evaluar restricción
- Registrar en HC tipo de riesgo y cambio de estatus justificado