

CAPACIDAD PSICO-FÍSICA PARA ESTAR EN JUICIO: ENFOQUE FÍSICO

Dr. Cristian Rando
Médico Forense

- En la persona que se ve a continuación, con un tubo colocado en su tráquea y un marco en el cráneo, en situación probable de ser sometido a una cirugía encefálica inminente, la capacidad física está acotada a los fines de esa sola instancia.
- Es evidente que no posee capacidad para estar en juicio.

- En cambio, en una persona como la siguiente, que se encuentra en cama, con un tubo en la tráquea, pero vigil, y lúcido alguien con intenso interés en someterlo a juicio, podría afirmar que si puede comprender las instancias de proceso, está evolutivamente estable y compensado y se le brinda el soporte médico apropiado, podría ser sometido a proceso, al menos en la modalidad teleconferencia.

- Desde nuestro punto de vista médico la capacidad física implica aún más.

- **Capacidad** implica :
 - a) un sistema nervioso apto para percibir y expresarse.
 - b) un estado cardiovascular y metabólico suficiente y estable.
 - c) un período evolutivo posterior al episodio crítico de salud, de consolidación y estabilidad clínica que permita prever un pronóstico favorable.

- Un apartado particular de la capacidad lo constituye el

RIESGO
CARDIOVASCULAR

RIESGO
=
PRONÓSTICO DE LA
PATOLOGIA DE BASE +
INCIDENTE AGUDO +
ESTRÉS

➤ **estrés.**

(Del ingl. *stress*).

1. m. *Med.* Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

➤ *Real Academia Española*

➤ **Cardiopatía de estrés o
síndrome de Tako-Tsubo:
conceptos actuales**

- Rev. argent. cardiol. v.77 n.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires mayo/jun. 2009

- Tako tsubo es el nombre de los dispositivos que usan los pescadores japoneses para atrapar pulpos.
- El nombre se dió a esta patología por la semejanza entre la imagen angiográfica del ventrículo izquierdo injuriado y el dispositivo arriba mencionado.

- "Es conocida la popular expresión "se murió de pena" para hacer referencia a alguna persona fallecida tras un gran disgusto o la muerte de un familiar. En los últimos años se ha podido comprobar que podría no ser tan figurada"

- Para mejor comprensión de las imágenes radiológicas que seguirán, se exhiben dibujos del corazón visto de frente y a continuación la misma vista cortada en un plano que pasa aproximadamente a la mitad de la distancia entre la superficie anterior y la posterior, mostrando las cavidades de este órgano hueco.

- Póngase atención en la cavidad marcada "Left Ventricle" (ventrículo izquierdo) en las imágenes anteriores, que es la cavidad que se verá en relleno negro con contorno blanco en la siguiente imagen radiológica. La línea blanca marca el perímetro de la pared del ventrículo izquierdo. En relleno verde con contorno blanco lo que sería una contracción normal.

- El síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía aguda, reversible, capaz de producir los mismos síntomas que un infarto, con elevación de biomarcadores y alteraciones electrocardiográficas isquémicas. En algunos casos, la función sistólica (contracción) tan deprimida que la situación del paciente llega a ser de *shock* cardiogénico

- Presencia de una situación estresante, física o psíquica, que precede al cuadro en el 7% a 86% de los casos, (9, 16) en nuestros pacientes es del 46,2%

➤ Desencadenantes asociados con la cardiopatía de estrés

- Mencionamos a continuación, a título ilustrativo referencias bibliográficas extranjeras que pueden ilustrar aún más lo expuesto.

- (*Circulation*. 2002;106:e183.)
© 2002 American Heart Association, Inc.
- **Correspondence**
- **Mental Stress–Induced Ischemia and All-Cause Mortality in Patients With Coronary Artery Disease**
- In fact, the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia (PIMI) study was a carefully designed multicenter study with several prespecified a priori hypotheses. Radionuclide measures of myocardial ischemia (wall motion abnormality and change in ejection fraction) were prespecified as the most important variables to be analyzed as indicative of myocardial ischemia. **2 Our baseline studies in this population demonstrated that wall motion abnormality provoked by a public speaking task was the single most sensitive indicator of myocardial ischemia.**
- Previous investigators have shown an adverse prognosis associated with mental stress–induced ischemia. **6–8**
- 6. Jain D, Burg M, Soufer R, et al. Prognostic implications of mental stress–induced silent left ventricular dysfunction in patients with stable angina pectoris. *Am J Cardiol*. 1995; 76: 31–35 [[CrossRef](#)][[Medline](#)][[Order article via Infotrieve](#)]
- 7. Jiang W, Babyak M, Krantz DS, et al. Mental stress–induced myocardial ischemia and cardiac events. *JAMA*. 1996; 275: 1651–1656 [[Abstract/Free Full Text](#)]
- 8. Krantz DS, Santiago HT, Kop WJ, et al. Prognostic value of mental stress testing in coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1999; 84: 1291–1297.

- Relaciones entre el Sistema Nervioso Central y las glándulas y demás órganos del cuerpo.

- HANS SELYE (derecha)
- Descubridor e investigador del síndrome de Estrés

- Se ha comprobado que la incidencia de ataques cardíacos y muerte súbita aumenta significativamente luego del estrés agudo de desastres naturales como huracanes, terremotos, y tsunamis y como consecuencia de cualquier "stressor" (factor generador de estrés) severo que evoque respuestas de "lucha o huida"

- The incidence of heart attacks and sudden death have been shown to increase significantly following the acute stress of natural disasters like hurricanes, earthquakes and tsunamis and as a consequence of any severe stressor that evokes "fight or flight" responses

- La enfermedad coronaria es también mucho más común en los individuos sometidos a estrés crónico

- Coronary heart disease is also much more common in individuals subjected to chronic stress

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

➤ EXAMEN CLÍNICO

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- LABORATORIO:
- MARCADORES CARDÍACOS
- SATURACIÓN SANGUÍNEA DE
OXÍGENO Y GASES EN SANGRE
- OTROS

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

➤ ELECTROCARDIOGRAMA

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

➤ ECOCARDIOGRAMA

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

➤ ¿PRUEBAS DE PROVOCACIÓN?

- ERGOMETRÍA (PRUEBA DE ESFUERZO)
- ECOESTRÉS
- PERFUSIÓN MIOCÁRDICA
REPOSO/ESFUERZO

ERGOMETRÍA

RIESGO BAJO PERO NO NULO

MORTALIDAD APROXIMADA DE 1/10.000

DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

¿PRUEBAS INVASIVAS?

- CATETERISMO CARDIACO
- CORONARIOGRAFÍA
- ARTERIOGRAFÍA
- ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA
- ENDOSCOPIAS
- OTRAS

PRISIÓN DOMICILIARIA

Ley 26.472

- Modificaciones a la Ley N° 24.660, al Código Penal y al Código Procesal Penal
- Artículo 1º: Modifícase el artículo 32 de la Ley 24.660
- Artículo 2º: Modifícase el artículo 33 de la Ley 24.660

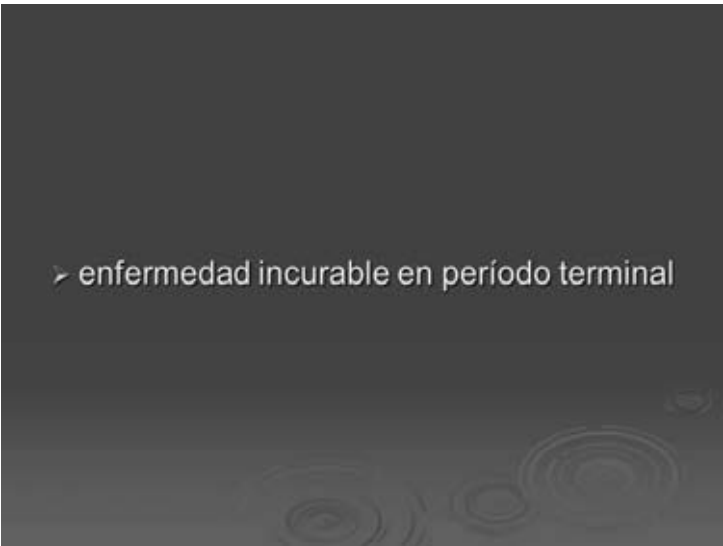
Ley 24660 Modificada por Ley 26472

Art. 1º

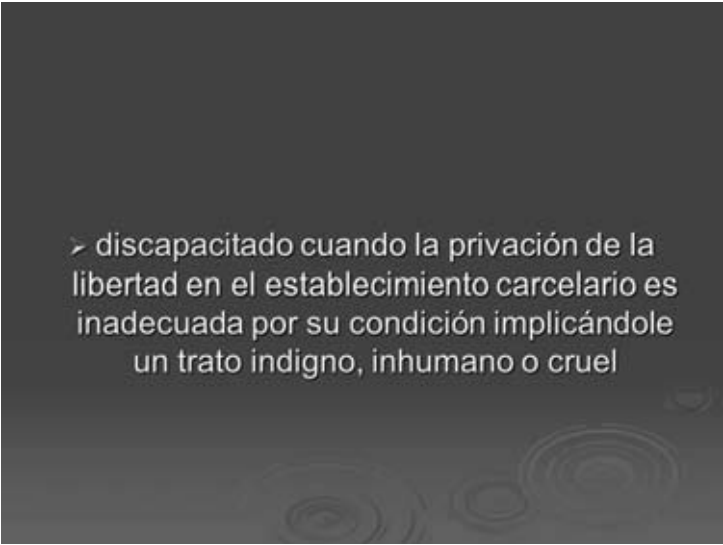
- El Juez de ejecución, o juez competente, podrá disponer el cumplimiento de la pena impuesta en detención domiciliaria:
- a) Al interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario;
- b) Al interno que padezca una enfermedad incurable en período terminal;
- c) Al interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel;
- d) Al interno mayor de setenta (70) años;
- e) A la mujer embarazada;
- f) A la madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad, a su cargo

- En los supuestos a), b) y c) del artículo 32, la decisión deberá fundarse en informes médico, psicológico y social

- le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario



➤ enfermedad incurable en período terminal



➤ discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel

ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS EN PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ADICCIÓN

Dra. Mariana F. Martínez Álvarez
Médica especialista en neurología

RESUMEN

Treinta y siete personas con antecedentes de consumo de drogas y alcohol, fueron evaluadas con tests neurocognitivos entre los años 2009 y 2011 en el Servicio de Neurología del Cuerpo Médico Forense (C.M.F.) de la Justicia Nacional. Se encontraron déficits en la atención, fluidez verbal, memoria anterógrada y funciones ejecutivas, estos trastornos se correlacionan con disfunción de la corteza prefrontal.

81 % de la población evaluada se encontraba detenida. Las conductas adictivas en algunos casos las delictivas, podrían estar relacionadas con fallas del control inhibitorio por parte de la corteza orbitofrontal así como también por dificultades para monitorear y corregir la conducta debido a disfunción de la corteza frontal medial.

Orientar el tratamiento de personas adictas teniendo en cuenta una disfunción de la corteza prefrontal, podría ser una alternativa para mejorar la cognición y disminuir el índice delictivo.

ABSTRACT

Thirty seven people with a history of drug and alcohol consumption were

assessed with neurocognitive tests between 2009 and 2011 in the Department of Neurology of the Forensic Medical Corps of the National Justice. We found deficits in attention, verbal fluency, anterograde memory and executive functions, these disorders are correlated with prefrontal cortex dysfunction. 81% of the study population was in prison, addictive behaviors and in some cases criminal, could be related to failure of inhibitory control by the orbitofrontal cortex as well as by difficulties to monitor and correct the behavior because of dysfunction medial frontal cortex. Guide treatment of addicts given a prefrontal cortex dysfunction could be an alternative to improve cognition and reduce the crime rate.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Establecer el tipo de alteraciones cognitivas que se encuentran en las evaluaciones neurocognitivas en personas con antecedentes de adicción, realizadas en el Servicio de Neurología de este Cuerpo Médico Forense (C.M.F.) y su probable correlación con disfunción de la corteza prefrontal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron 37 personas entre los años 2009 y 2011 en el Servicio de Neurología del Cuerpo Médico Forense (C.M.F.) con antecedentes de consumo de drogas y/o alcohol, treinta y seis hombres y 1 mujer, 30 se encontraban detenidas (81%), con un rango de edad de 16 a 64 años y un rango de tiempo de consumo de 1 a 63 años. 29 personas con escolaridad incompleta (78,38%). Se implementaron los siguientes tests: Mini Mental State Examination (M.M.S.E.), Addenbroke's Cognitive Examination (A.C.E.), Test del Reloj (T.R.O.) con variables y Trail Making Test.

RESULTADOS

El 84% de los sujetos contaban con un historial de consumo de más de una sustancia, sólo 16% con antecedente de monoconsumo con más frecuencia de alcohol y una persona sólo inhalaba pegamentos. La mayor cantidad de sujetos consumía marihuana (62%). En orden descendente el porcentaje de sustancias consumidas son: cocaína 57%, alcohol 56,75%, benzodiacepinas 40,54%, pasta base o paco 27% (se han unido ambos términos porque la población evaluada los emplea como sinónimos), LSD 8% (ver gráfico 1).

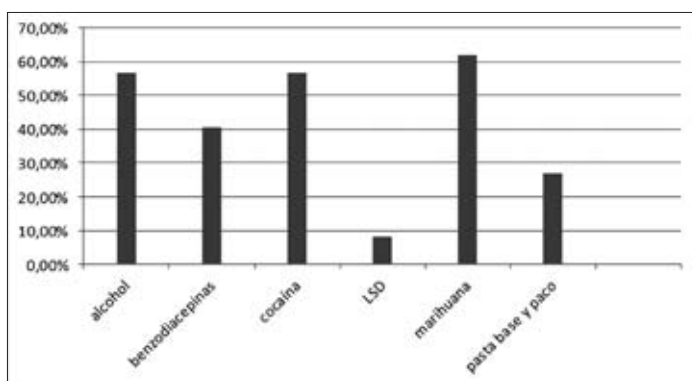


Gráfico 1: Sustancias consumidas.

En relación a las alteraciones cognitivas halladas implementando los tests M.M.S.E., A.C.E., T.R.O y Trail Making Test, 27 % de la población evaluada tenía trastornos en la orientación témporo-espacial, en la atención y concentración, en el lenguaje, en la memoria anterógrada y en funciones ejecutivas. En relación al lenguaje, la alteración observada con mayor frecuencia fue disminución de la fluidez verbal. 24% de los sujetos tuvieron dificultades en las habilidades visuo-espaciales y 11 % tenían disminución en la comprensión de órdenes complejas. Sólo una persona presentó dificultades en la lecto-escritura (ver gráfico 2)

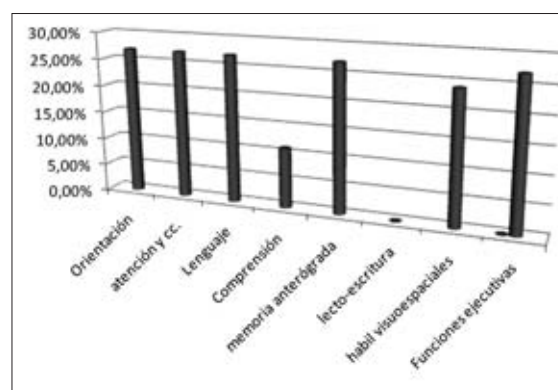


Gráfico 2: Funciones cognitivas alteradas.

La cantidad de personas con puntajes disminuidos en las evaluaciones son: 19% A.C.E., 16 % M.M.S.E. y 9% T.R.O.

DISCUSIÓN

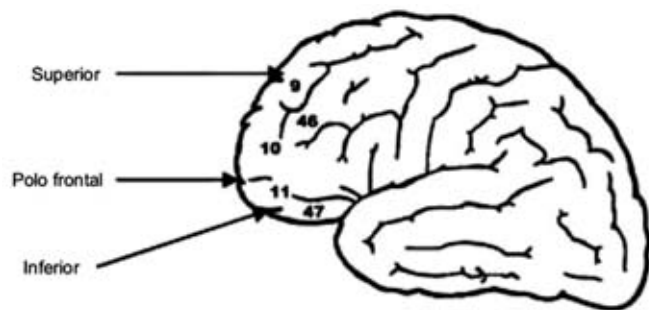
La corteza prefrontal puede dividirse en tres regiones anatomofuncionales: corteza dorsolateral prefrontal (CDLPF), corteza orbitofrontal (COF) y corteza frontal medial (CFM) o cingulada.

En los pacientes con afectación del lóbulo frontal resulta frecuente hallar anormalidades en la atención. Los individuos con daño prefrontal evi-

dencian un menor estado de alerta y menor conciencia del mundo que los rodea, especialmente si el daño ha afectado grandes porciones de la convexidad dorsolateral prefrontal. El interés por el medio que los rodea, incluyendo las actividades de otras personas, se encuentra disminuido o ausente, en consecuencia tienen menor conciencia de su entorno y menor interés por los asuntos que en él conciernen. Parece ser que la característica más consistente de los desórdenes de la atención por daño del lóbulo frontal, es la inhabilidad para mantener la concentración en la dirección de una determinada acción o de un pensamiento. Otra causa que afecta la atención del paciente con daño frontal, es su vulnerabilidad a las interferencias externas e internas y a las interferencias de representaciones internas o impulsos(1). La memoria reciente, se encuentra frecuentemente afectada en los pacientes con daño del lóbulo frontal debido al déficit en la atención (1). Los déficits en la atención y en la memoria reciente en los casos de disfunción frontal, explican las alteraciones en la memoria anterógrada hallados durante las evaluaciones efectuadas en el presente trabajo. La porción dorsal de la corteza dorsolateral prefrontal (CDLPF) participa en los procesos de planeación, memoria de trabajo (Working Memory), fluidez verbal, solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación y secuenciación (Stuss & Alexander, 2000); procesos que en su mayoría se consideran *funciones ejecutivas* (FE). Las porciones más anteriores de la corteza prefrontal dorsolateral se encuentran relacionadas con los procesos de mayor jerarquía cognitiva como la metacognición, permitiendo la auto-evaluación (monitoreo) y el ajuste (control) de la actividad en base al desempeño continuo (Fernandez-Duque, Baird, & Posner, 2000; Kikyo,

Ohki, & Flores & Ostroksy-Solís 50 Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias Miyashita, 2002; Maril, Simons, Mitchell, & Schwartz, 2003) y en los aspectos psicológicos evolutivos más recientes del humano, como la cognición social y la conciencia auto-noética o auto-conocimiento (integración entre la conciencia de sí mismo y el conocimiento autobiográfico), logrando una completa integración de las experiencias emocionales y cognitivas de los individuos (Stuss & Levine, 2000; Miyashita, 2002; Maril, Simons, Mitchell, & Schwartz, 2003) (2)

Figura 1. Visión esquemática de las distintas áreas de la CDLPF



(Fuente: Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2008, Vol.8, No. 1, pp. 47-58)

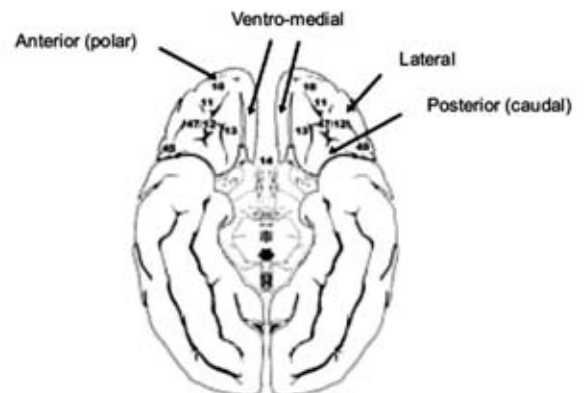
Por las razones neurofisiológicas expuestas, la disminución en la fluencia verbal y los trastornos en las funciones ejecutivas en los sujetos evaluados, quizás puedan explicarse por disfuncionalidad de la CDLPF. Sería necesario contar con estudios de neuroimagen (SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography o Tomografía por emisión de fotón único) que permitan una corroboración más objetiva.

Las conductas adictivas y delictivas de estos sujetos, podrían encontrarse relacionadas con falta del control

inhibitorio que depende de la corteza orbitofrontal (COF), en este caso también sería necesario corroborar la hipótesis con SPECT. La COF estaría involucrada en la iniciación de las conductas sociales y en la inhibición de las conductas inapropiadas, mediante la evaluación de conductas riesgosas (3). En el presente trabajo, se evaluaron neuropsicológicamente 37 sujetos con antecedentes de adicción de los cuales 81 % se encontraban detenidos por delitos cometidos, quizás podría explicarse la incursión y reincidencia en conductas delictivas por parte de personas adictas así como también los fracasos terapéuticos, por la incapacidad de ejercer un control inhibitorio de tales conductas debido a la dificultad en la inhibición de conductas inapropiadas y riesgosas, secundario a daño de la COF como consecuencia del abuso de drogas y alcohol. En pacientes con lesiones de la COF los instintos se encuentran desinhibidos y el juicio moral se encuentra deteriorado. La sociopatía criminal es una condición psiquiátrica análoga en lo que respecta al Síndrome orbitofrontal. Debido a las similitudes entre trastornos de la conducta social de pacientes con daño en la COF y la psicopatía o sociopatía, varios estudios neuropsicológicos se han dirigido para encontrar anormalidades de tipo prefrontal en psicópatas. Al menos dos estudios (Gorenstein, 1982; Lapierre y col. 1995) muestran déficits en la performance de los tests congruentes con patología orbitofrontal (1).

Figura 2

Vista de la corteza órbito-frontal.



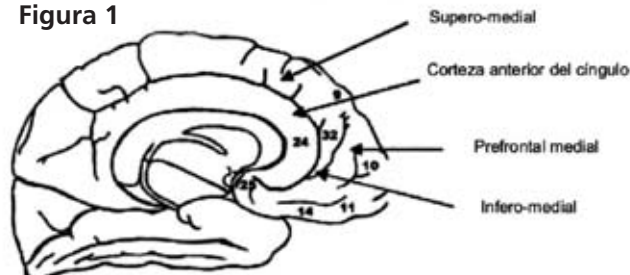
Numeración de acuerdo a Petrides y Pandya (2002) y Ongur y cols. (2003).
Nota: Las coordenadas sólo son ilustrativas.

(Fuente: Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2008, Vol.8, No. 1, pp. 47-58)

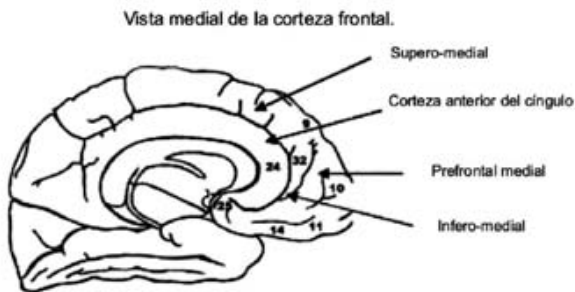
La corteza frontal medial o cingulada interviene en el monitoreo de las conductas y en la corrección de errores (3). El monitoreo de las conductas apropiadas de acuerdo a las normas sociales, también parecería encontrarse alterado en los sujetos evaluados debido a la prevalencia y recurrencia de conductas adictivas y delictivas, sugiriendo un daño en la corteza frontal medial o cingulada. La apatía es el desorden más frecuente en casos de lesiones de la corteza frontal medial o cingulada (1), lo cual estaría relacionado con la dificultad que tienen las personas adictas para responder a los tratamientos de recuperación.

Vista medial de la corteza frontal.

Figura 1



Numeración de acuerdo a Petrides y Pandya (2002) y Ongur y cols. (2003).
Nota: las coordenadas sólo son ilustrativas.

Figura 3

Numeración de acuerdo a Petrides y Pandya (2002) y Ongur y cols. (2003).
Nota: las coordenadas sólo son ilustrativas.

(Fuente: Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2008, Vol.8, No. 1, pp. 47-58)

En los últimos años se han realizado evaluaciones específicas de los trastornos en las funciones ejecutivas que se observan en sujetos alcohólicos y en sujetos adictos. Varios estudios (Cutting, 1978; Goldstein y Shelley, 1982; Hill, 1980; Jones y Parsons, 1971; Long y McLachlan, 1974; Parsons, 1987; Smith, Burt y Chapman, 1973; Sullivan, Mathalon, Zipursky, Kers-teen-Tucker, Night y Pfferbaum, 1993) han confirmado déficits ejecutivos en sujetos alcohólicos, constatándose el Síndrome Disejecutivo (Baddeley y Wilson, 1988) que consiste en dificultades para: 1) centrarse en una tarea y finalizarla sin un control externo; 2) establecer nuevos repertorios conductuales y utilizar estrategias operativas; 3) mantener una conducta flexible y creativa, con falta de flexibilidad cognitiva; 4) anticipar las consecuencias de sus conductas, lo que provoca una mayor impulsividad e incapacidad para posponer una respuesta (aspecto crucial en la comprensión de las conductas adictivas y las delictivas).

La disfunción de los lóbulos frontales, puede afectar el éxito del tratamiento. Por tal motivo, sería necesario modificar dichos programas para que se adapten a las posibilidades cognitivas

de los pacientes. Por otro lado, resulta interesante la hipótesis de que una hipofunción del córtex frontal podría ser un factor predisponente de la dependencia alcohólica. Sin embargo, es difícil comprobarlo ya que la mayoría de los estudios se ha realizado con sujetos en los que el alcoholismo ya estaba instaurado. (4) En estudios neuropsicológicos se han observado alteraciones en pruebas para evaluar funciones ejecutivas por el impacto del consumo de drogas tales como la marihuana, estimulantes, opiáceos y alcohol (Verdejo y col., 2002). La afectación en las funciones ejecutivas causada por el abuso de drogas influye negativamente en la evolución y pronóstico de la dependencia. En tal sentido, la neuropsicología es una importante herramienta para mejorar los programas de rehabilitación y/o intervención (Viña y Herrero, 2004). Gómez (2006), propone que los programas de rehabilitación deben contar con estrategias para el afrontamiento del Síndrome Disejecutivo, mejorando aspectos tales como la flexibilidad cognitiva de los pacientes permitiéndole adecuarse a la planificación de sus acciones, el automonitoreo de los comportamientos y la toma de decisiones (5).

CONCLUSIÓN

Se observa en las evaluaciones realizadas mayor porcentaje de alteraciones en la atención, fluidez verbal, memoria anterógrada y funciones ejecutivas, trastornos estrechamente relacionados con disfunción de la corteza dorsolateral prefrontal. Las conductas adictivas y delictivas, pueden encontrarse relacionadas con disfunción del control inhibitorio por parte de la corteza orbitofrontal así como también por dificultades para monitorear y corregir la conducta debido a disfunción de la corteza frontal medial. Para corroborar en forma

más objetiva estas hipótesis, sería necesario contar con evaluaciones neuropsicológicas complementadas con SPECT. Conocer con mayor precisión los trastornos cognitivos y conductuales de personas con antecedentes de consumo de drogas y/o alcohol y determinar el sustrato anátomopatológico de tales alteraciones, podría repercutir en mejorar los programas de tratamiento a los efectos de reducir el índice delictivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Prefrontal Cortex, Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe. Third Edition. Joaquín M. Fuster, M.D., Ph.D.. Editorial: Lippincott-Raven Publishers.
2. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2008, Vol.8, No. 1, pp. 47-58
3. Funciones Ejecutivas y Trastornos del Lóbulo Frontal (Teresa Torralva, Facundo Manes, Instituto de Neurología Cognitiva, INECO, Centro de estudios de la Memoria de Buenos Aires)
4. Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas (Landa, Natalia; Fernández-Montalvo, Javier; Tirapo Ustarroz, Javier. Adicciones, 2004, vol. 16, núm. 1, págs. 41-52)
5. Adicciones y Funcionamiento Ejecutivo (Bausela Herreras, Esperanza; Martínez Gutiérrez, Graciela, Psicología y Psicopedagogía, Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, año VII, nº 19, julio de 2008)

ESTADÍSTICAS Y CLÍNICA DE LA EDAD APARENTE Y EL ARTICULO 78 DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL

Febrero 2008 – Octubre 2009

Dra. Carmen Mercader Mellado

Médica Especialista. Cuerpo Médico Forense

Dra. Carolina Hortal

Odontóloga Especialista. Prosecretaria. Cuerpo Médico Forense

Dr. Christian Emiliano Donnewald

Médico Especialista. Cuerpo Médico Forense

RESUMEN

El trabajo descriptivo – estadístico, realizado en el Área de Psiquiatría Infanto Juvenil del Cuerpo Médico Forense, trata de reflejar la labor realizada en función de la evaluación de los menores en conflicto con la ley, en relación al artículo 78 del Código Procesal Penal (CPP) y a la valoración de la edad aparente.

Se realizó la recopilación de datos objetivos, con el fin de exponer determinadas características de la población en estudio, como ser: el grado de escolaridad, el estado nutricional, el consumo o no de drogas de abuso, el patrón de consumo, etc.

De esta manera, se trata de graficar la realidad de los trabajos de peritación, a fin de que puedan tomarse los datos pertinentes que lleven a una mejor comprensión y posterior tratamiento de la problemática social, educacional, y nutricional de los menores judicializados.

ABSTRACT

The descriptive - statistical work, done at the Child and Adolescent Psychiatry Area, of the Forensic Medical Corp, seeks to reflect the work based on the assessment of children in conflict with the law, in relation to Article 78 and the assessment of the apparent age.

We performed data collection, in order to explain certain characteristics of the study population, such as: educational level, nutritional status, consumption or not of drugs, consumption patterns, etc..

Thus, this presentation seeks to graph, so that relevant data can be taken leading to a better understanding and subsequent treatment of the social, educational, and nutritional status problematic of children arraigned in court.

EDAD APARENTE - FINALIDAD

- **Primaria:** determinar una cuestión pericial
- **Secundaria :** de los hallazgos obtenidos en los exámenes realizados, recopilar información y establecer inferencias sobre:
- Aspecto nutricional (Índice de Masa Corporal o IMC)
- Salud bucal
- Uso indebido de drogas
- Nivel de instrucción
- Nivel intelectual

METODOLOGÍA

- Período de estudio: Febrero de 2008 a Octubre de 2009
- Población Examinada: 937 sujetos.
- Trabajo retrospectivo
- Se tomaron en forma aleatoria 5 meses del año 2008 y 5 meses del año 2009
- Se evitó tomar el mes de enero coincidente con la feria judicial.
- Lugar de evaluación: Psiquiatría Infanto Juvenil del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional Argentina.

GLOSARIO

ARTICULO 78 del Codigo Procesal Penal: El imputado será sometido a examen mental, siempre que el delito que se le atribuya esté reprimido con pena no menor de diez (10) años de prisión, o cuando fuere sordomudo, o menor de dieciocho (18) años o mayor de setenta (70), o si fuera probable la aplicación de una medida de seguridad.

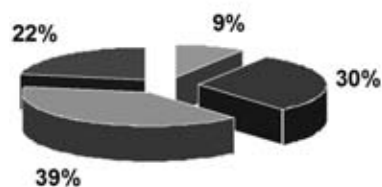
Se define a la **EDAD APARENTE** como tener una persona el aspecto correspondiente a una determinada edad. Para ello se tiene en cuenta:

- Examen físico

- Evaluación odontológica
- Estudio Radiológico Tablas de Greulich y Pyle (muñeca) y Tablas de Schour y Massler (odontología)

EDAD APARENTE

- Estado de salud bucal:
- Total de la muestra: 114 pacientes
- En el marco del estudio de la edad aparente, se realiza una evaluación odontológica, a fin de lograr mediante tablas de comparación (Tablas de Schour y Massler) lograr en forma objetiva y científica, precisión en la determinación de la edad aparente.
- En dicho examen se obtiene información sobre el estado de la salud bucal de los menores que pueden ser interpretados en el contexto de su situación judicial y social (consumo de drogas, déficits nutricionales, tipo de alimentación, etc).

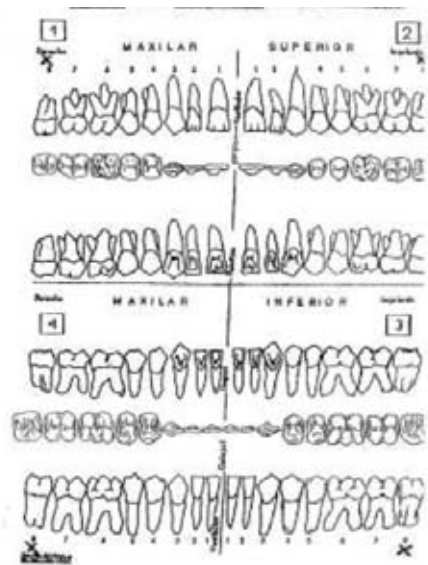




CLÍNICA DEL ESTADO BUCAL

SANO DE BAJO RIESGO / BUENO-MB

1. Diagnóstico clínico Dentario:
 - No tiene cavidades abiertas
 - No tiene recidivas (obtusión mal adaptada)
 - No tiene caries
 - No tiene obturaciones
2. Control de dieta: hasta 3 momentos de azúcar.

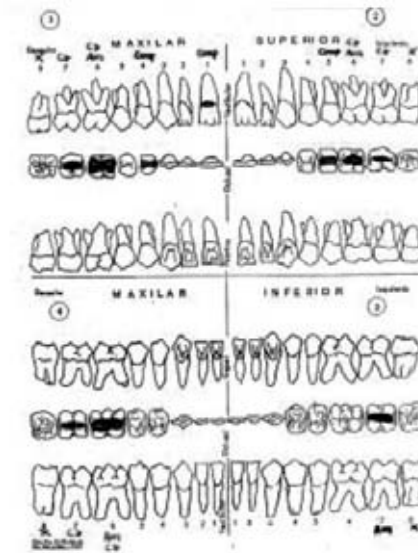


ALTO RIESGO DE CARIES/REGULAR

El paciente de alto riesgo puede ser con actividad o sin actividad de caries.

3- Diagnóstico clínico dentario:

- No tiene cavidades abiertas
- + 2 Recidivas (obtusión mal adaptada)
- + 2 Caries
- + 2 Obturaciones
- Alta frecuencia de consumo de hidratos de carbono y pobre en proteínas. Malos hábitos de alimentación (comidas irregulares, mal nutrición establecida)
- Nivel socio-económico familiar bajo o muy bajo. Muy bajo de nivel de higiene buco dental. Hábitos irregulares de utilización de cuidados dentales. Todo lo que es + 2: significa alto riesgo.



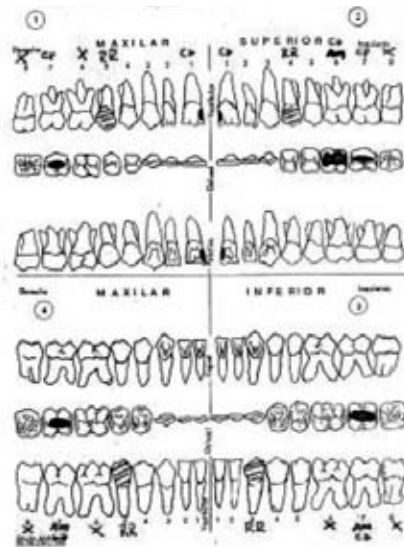
ALTA ACTIVIDAD DE CARIES/MALO

El paciente de alta actividad de caries es de alto riesgo.

1- Diagnóstico clínico dentario:

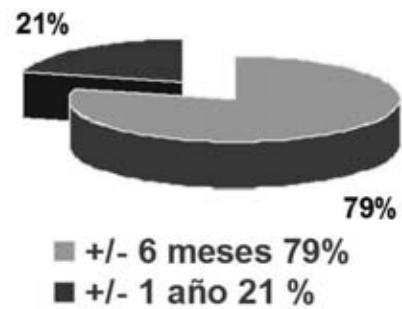
- + 2 caries activas abiertas
- + 2 restos radiculares
- + 2 obturaciones con recidivas
- Piezas dentarias perdidas por caries

- Si el paciente presenta un elemento afectado, la actividad es moderada.
- Alta frecuencia de consumo de hidratos de carbono.
- Malos hábitos de alimentación (comidas irregulares mal nutrición establecida)
- Nivel socio-económico familiar muy bajo. Ausencia de hábitos higiénicos.



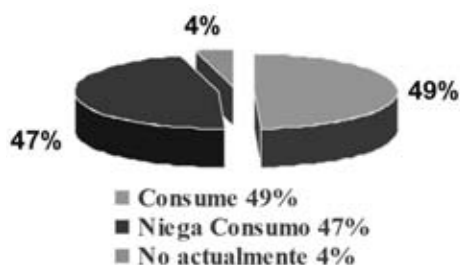
EDAD APARENTE

- Correlación entre edad aparente y edad declarada. Con esto se refleja que en un 79% de la población estudiada, la edad que refiere al momento del examen, condice con una diferencia de más / menos 6 meses con la obtenida luego de la evaluación clínica, odontológica y radiológica. En forma indirecta, permite objetivar la eficacia de los métodos utilizados para el estudio de la edad aparente.
- Muestra: 100 pacientes.



EDAD APARENTE

- Consumo de drogas de abuso. En este gráfico se muestra la respuesta espontánea de los menores con respecto a la pregunta de si consumen o no sustancias de abuso (o incluidas el tabaco y el alcohol debido a su "aceptación social"). Cabe aclarar que en la población en estudio no se practicó ningún estudio de screening de drogas que permitiera corroborar la veracidad de las respuestas de los menores examinados
- Muestra: 926 pacientes

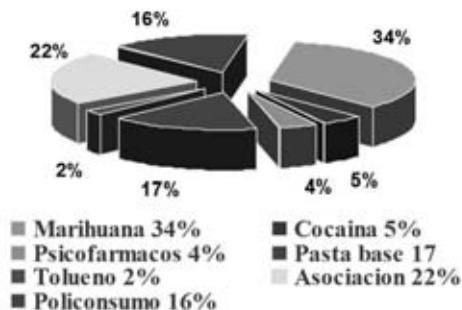


SUBSTANCIAS CONSUMIDAS

- Muestra: 193 pacientes
- Asociación: 2 sustancias.
- Policonsumo: 3 o más sustancias
- Como primer concepto, el consumo de sustancias de abuso ha pasado del monoconsumo a la asociación con otras drogas o al policonsumo. Con lo cual, la implicancia que tiene esto desde el punto de vista del manejo, trata-

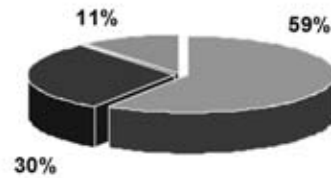
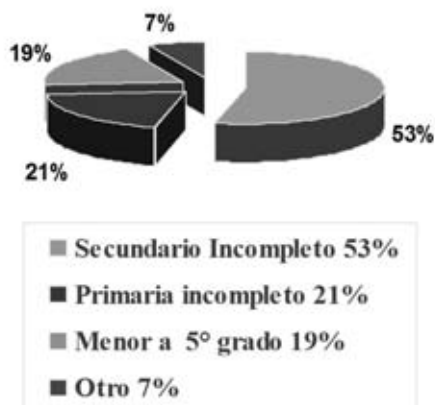
miento y políticas sociales a implementar, resulta más compleja.

- Otro aspecto, no menor, es la presencia de marihuana como “punto de partida a drogas mayores”. Vemos en un 34% de la población estudiada el consumo aislado de marihuana, pero si sumamos las asociaciones y el policonsumo, la presencia de marihuana se proyecta a más del 70 %. Por eso la importancia de no desestimar el consumo aislado de marihuana, implementando tratamientos de deshabitación en forma precoz, a fin de disminuir o evitar el acceso a “drogas mayores”



GRADO DE ESCOLARIDAD

- Nivel de escolaridad:
- Total de la muestra: 871 pacientes
- Instrucción secundaria:
- Muestra: 506 pacientes.



■ 1° año 59% ■ 2° año 30%
■ 3,4 y 5° año 11%

Se refleja el grado de escolaridad de los pacientes (tener en cuenta que no se solicitan certificados de concurrencia al momento del examen por lo cual queda sujeto a la palabra del examinado).

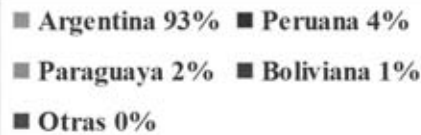
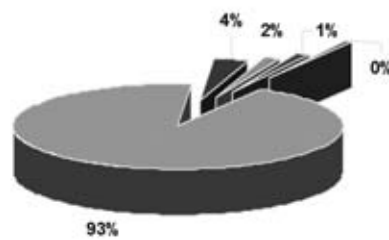
Serviría para comparar, con estándares nacionales de menores no judicializados y correlacionar también con población consumidora de drogas de abuso

Otro aspecto importante es discriminar cuando hablamos de secundario incompleto, ya que el mayor porcentaje, cuando se realiza el desglose, corresponde a los primeros años del mismo.

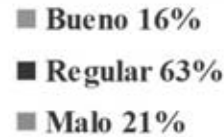
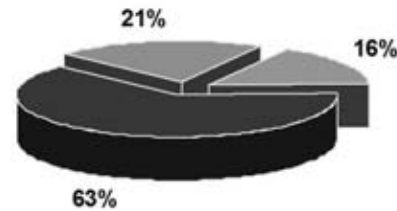
En nuestro estudio, sólo el primer año reunió 59 %, si a esto le sumamos el segundo año, alcanzamos un porcentaje de 89 %.

NACIONALIDAD DE LOS PACIENTES

- Muestra: 937 pacientes.
- Simplemente se trató de reflejar la incidencia de otras nacionalidades en la población de menores en conflicto con la ley.



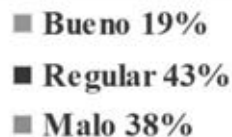
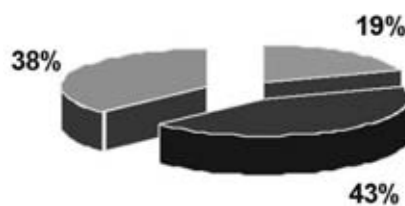
Total de la muestra: 937 pacientes.



NIVEL DE INSTRUCCIÓN

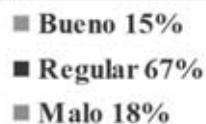
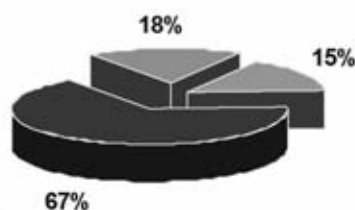
Nivel educativo de los pacientes atendidos con respecto a la edad aparente.

Muestra: 134 pacientes.



Nivel educativo de los pacientes atendidos con respecto al artículo 78.

Muestra: 803 pacientes.



Total de pacientes evaluados conforme al artículo 78 y la edad aparente.

Con respecto al nivel de instrucción se tomó una población total de 937 pacientes.

Para la evaluación de la misma, no se cuenta con tests específicos, sino que se realiza una entrevista donde se evalúa la lecto-escritura, se realizan preguntas sobre actualidad general (permite evaluar también la orientación temporo espacial), cálculos matemáticos, etc.

Esta aproximación general al nivel de instrucción, permite correlacionarla a su vez con el Índice de Masa Corporal o Body Mass Index (que es un parámetro indirecto del estado nutricional y puede reflejar el tipo de alimentación recibida)

Al mismo tiempo, permitiría correlacionarlo con las secuelas que pueden provocar el consumo crónico de drogas de abuso

ESTADO NUTRICIONAL

- Cálculo del estado nutricional de los pacientes en relación al Body Mass Index o Índice de Masa Corporal (peso sobre talla elevado al cuadrado – peso / talla²)
- Si bien el cálculo se realiza al mo-

mento del examen, sería de utilidad el seguimiento de la misma en caso de reincidencias.

- La posibilidad de correlacionar el estado de nutrición con los tratamientos de deshabituación asociados a drogas de abuso.
- Si bien existen otros estudios para valorar el estado nutricional, el Índice de Masa Corporal, se destaca por la estandarización, confiabilidad, facilidad de la toma y la rapidez del mismo.

TABLA REFERENCIAL DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

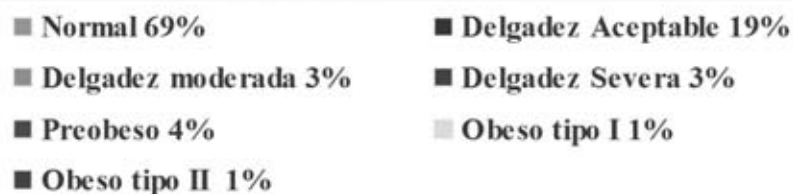
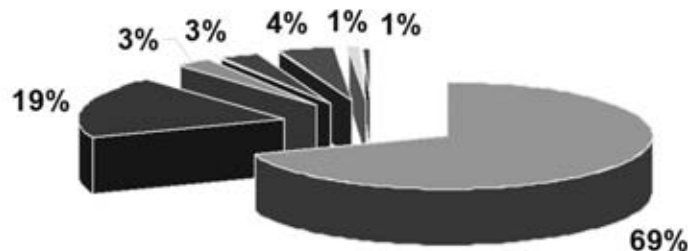
IMC	
Infrapeso	<18,50
Delgadez severa	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99
Obeso	≥30,00

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

- Cálculo del estado nutricional de los pacientes en relación al Body Mass Index o Índice de Masa Corporal (peso / talla²)
- Población: 156

CONCLUSIÓN

- En base a los gráficos descriptos, podemos expresar lo siguiente:
- Tanto el estado bucal como el Índice de Masa Corporal, son estudios que en forma indirecta pueden reflejar trastornos nutricionales o consumo de drogas de abuso.



Asimismo pueden utilizarse como parámetro de seguimiento ante posibles reincidencias

- La correlación entre la edad referida y la edad aparente (es decir la que el menor refiere que posee, con la que surge del estudio), presenta un nivel elevado de equiparación con una diferencia de +/- 6 meses, lo cual habla de la eficiencia en los métodos utilizados para el cálculo de la edad aparente.
- Otros parámetros que pueden ser utilizados son el nivel de escolaridad y el nivel de instrucción. Muchas veces asociado a la problemática social familiar de los menores detenidos, en conjunción con la ausencia de una dieta adecuada y en muchos casos asociado a consumo de drogas.
- La labor de este trabajo, es principalmente el de poder reflejar, a través de la estadística, la función pericial en relación al artículo 78 y a la valoración de la edad aparente.
- En forma secundaria, y no por eso menor, surgen aspectos, relacionados a la problemática socio cultural de la población en estudio, que actúan como emergentes y que permitirían ser utilizados para trabajos preventivos futuros.

en el sistema nervioso central”.
María Noel Meikle; Jessika Urbanavicius; Eleuterio Umpiérrez y col. Año 2009;73(1):25-36

4. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Brunton, Laurence; Lazo, John; Parker, Keith. 11° edition. Año 2006. The Mc Graw Hill Companies.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Neal Flomenbaum, Lewis Goldfrank, Robert Hoffman, Mary Ann Howland et al, Mc Graw Hill Company, 2006
2. Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman. Behrman, Jonson, Stanton. 18° edition . Año 2007. Ed. Elsevier.
3. Revista de Psiquiatría Uruguaya. “Primer estudio pre-clínico de la acción de pasta base de cocaína

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO MÉDICO LEGAL DE “ABORTO”

Dr. Enrique Banti

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Médico Forense de la Justicia Nacional

Desde una visión realista y definitiva biológica, Nerio Rojas definía por el año 1936 al aborto médico legal como *la interrupción provocada del embarazo, con muerte del feto, fuera de los eximentes legales.*¹

La palabra *aborto*, tiene su étimo más lejano en el vocablo indoeuropeo “er” que originariamente significó *poner en movimiento*, de allí se derivó al latín con el sufijo “or” y de allí “orior” que significa *aparecer, nacer*. Al sufijo “or” se le agregó la preposición “ab” formándose la palabra *aborto* con el significado que tiene en la actualidad.²

Varios años después, esa primera clarificación del concepto brindado por Rojas sufrió pequeñas variaciones, fundamentalmente para diferenciarla de la definición clásica de aborto que brinda la medicina asistencial y en especial la *tocoginecología*, estableciéndose entonces que *es la interrupción provocada del embarazo en cualquier momento de la gestación con muerte del producto de la concepción, fuera de los eximentes legales.*

Ambas definiciones, la asistencial y la médico legal, son diferentes, tanto en el tiempo, en la intención y en lo jurídico del hecho.

En el tiempo, ya que médico legalmente, puede ser realizado en cualquier momento de la gestación, no hasta las 20 o 22 semanas como lo requiere el aborto en medicina asistencial; en la conducta, debido a que existe la intencionalidad de matar al producto de la concepción en el primero, no en el segundo y en lo jurídico contemplando tanto el aborto provocado ilegal como el legal.

Deberíamos remarcar, que tanto la palabra, *fecundación*, *aborto* e inclusive la palabra *vida*, tienen prioritariamente una connotación biológica y por lo tanto son definidas exclusivamente por las ciencias biológicas y no por la ciencia del derecho, la que circunscribe el marco legal dentro del cual se desenvuelven estos conceptos.

De acuerdo a las primeras, la vida humana comienza con la *fecundación* y esta corresponde a la acción de *fecundar* y esto último significa “*unir la célula reproductora masculina a la femenina para dar origen a un nuevo ser*”³.

De acuerdo con Leonardo Mc Lean, con el cual coincidimos ampliamente, podemos decir que “*en biología, entendemos por fecundación, a la unión*

*de los gametos masculino y femenino de cuya fusión se origina el embrión... este es ya una vida nueva, un individuo humano distinto, no una persona humana dudosa o un proyecto, como se he dicho, es ya un organismo que lleva en sí todo lo necesario para organizar su propio crecimiento tanto biológico como ontológicos específicos y constitutivos de la persona humana”.*⁴

La Corte Suprema de Justicia de la Nación mediante el fallo “Portal de Belén-Asociación Civil sin fines de lucro c/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo” ha expresado que la vida humana comienza en el momento de la fecundación cuando afirmó:

“Que sobre el particular se ha afirmado que el comienzo de la vida humana tiene lugar con la unión de los dos gametos, es decir con la fecundación; en ese momento, existe un ser humano en estado embrionario. En este sentido, la disciplina que estudia la realidad biológica humana sostiene que “tan pronto como los veintitrés cromosomas paternos se encuentran con los veintitrés cromosomas maternos está reunida toda la información genética necesaria y suficiente para determinar cada una de las cualidades innatas del nuevo individuo...Que el niño deba después desarrollarse durante nueve meses en el vientre de la madre no cambia estos hechos, la fecundación extracorpórea demuestra que el ser humano comienza con la fecundación” (confr. Basso, Domingo M. “Nacer y Morir con Dignidad” Estudios de Bioética Contemporánea. C.M.C, Bs. As. 1989, págs. 83, 84 y sus citas). Que, en esa inteligencia, Jean Rostand, premio Nobel de biología señaló: “existe un ser humano desde la fecundación del óvulo. El hombre todo entero ya está en el óvulo fecundado. Está todo entero con sus potencialidades...” (confr. Revista Palabra n° 173, Madrid, enero 1980).

En este sentido es evidente que fecundación y concepción desde la mirada del codificador, se han utilizado como sinónimos ya que se considera innegable que “el proceso del nacimiento es en realidad el último estadio de una sucesión encadenada de factores que constituyen la reproducción humana y que se inician en la fecundación o concepción”.⁵

Enmarcado en lo anterior podemos establecer que “*el seno materno*”, si bien es la expresión vaga establecida por el codificador, hace referencia al “*útero*” y el útero desde la perspectiva anatómica incluye el cuerpo y ambas Trompas de Falopio por lo cual las Trompas de Falopio, donde ocurre la fecundación, forman parte del llamado seno materno.

La visión reformista del concepto médico legal del aborto giran indiscutiblemente, en torno a la posibilidad que brinda el conocimiento científico actual mediante las técnicas de *fertilización asistida*, de poder procrear sin sexualidad y al menos inicialmente fuera del útero materno, debiendo considerarse también a dichos estadios iniciales del desarrollo embrionario como persona por nacer sin distinción del lugar de origen.

Nótese el impacto que estas técnicas han producido en la biología humana que han sido calificadas por Pedro Hoof como de *revolución biológica*⁶ y han llegado a expresar, en determinadas situaciones y en las palabras de Bustamante Alsina, como un *ensañamiento procreativo*.⁷

Si bien existían en el Siglo XVIII antecedentes de *Técnicas de Fertilización Asistida*, las mismas nunca fueron utilizadas en la especie humana⁸ hasta el año 1864 según algunos autores⁹ o con anterioridad en el año 1785, según el registro de otros.¹⁰

La denominada “Fecundación in Vitro” tomó impulso hacia 1950 fecha en la que Chang descubrió los mecanismo de capacitación de los espermatozoides en Estados Unidos.

Pero la época que marca un ángulo de inflexión en este tema es 1978, con el nacimiento de Louise Brown en Inglaterra que permitió la mediatización de las técnicas y a partir de allí se han conseguido en forma geométrica un número importante de embarazos y recién nacidos.”

En etapas pretéritas no existía en el pensamiento de Nerio Rojas, de Dalmacio Vélez Sarsfield ni de Carlos Tejedor, que la concepción o fecundación biológica del nuevo ser, ocurriese fuera del útero o del “seno materno”, es decir “*in vitro*”. Tampoco el seno materno, es nombrado en los Pactos Internacionales de Jerarquía Constitucional, a partir de la reforma del año 1994 sino que en ellos sólo se expresa “*a partir de la concepción*”.

En general y sin la intención de detallar los procedimientos de fertilización asistida, podemos decir que la unión del óvulo y del espermatozoide puede realizarse fuera de la Trompa de Falopio y luego transferirse al útero de acuerdo a las siguientes posibilidades artificiales:

De *baja complejidad* como la *inseminación artificial* con sus variantes homóloga, si se utiliza semen de la pareja o heteróloga si lo que se utiliza es el semen de un donante.

Entre las técnicas de *alta complejidad* encontramos:

Fertilización in vitro. Consiste en una técnica mediante la cual la fecundación y los primeros estadios del desarrollo embrionario se efectúan dentro de un medio de cultivo a 37° y por el lapso de dos días. Luego son transfe-

ridos al útero materno para continuar su desarrollo.

Transferencia intratubaria de gametos (GIFT). El óvulo y el espermatozoide son transferidos a la trompa de Falopio ocurriendo allí la fertilización, la migración y más tarde la Nidación.

Transferencia intratubaria de óvulos (PROST). La transferencia de óvulos fertilizados en el laboratorio en etapa de pronúcleos se realiza a la trompa de Falopio.

Transferencia embrionaria tubaria (TET). Aquí el óvulo fertilizado y dividido, es decir el embrión temprano en etapa de segmentación, es transferido a la trompa de Falopio por técnica de laparoscopia.

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Es un procedimiento altamente sofisticado en el cual se fija un óvulo y se le inyecta en el interior un único espermatozoide.

Sea cual fuere el procedimiento a utilizar, nos encontramos frente a una situación en la cual el huevo o cigoto ha sido fecundado fuera del “seno materno” obteniéndose en un número elevado de casos, más de un embrión.

La República Argentina, en la actualidad, no cuenta con un cuerpo normativo Nacional que regule dicha situación y es sabido que los embriones no transferidos, aquellos que no se utilizarán, en general son congelados.

Frente a esta situación nos preguntamos:

¿Al congelar un embrión no estamos deteniendo la posibilidad de desarrollar su vida en forma deliberada e intencional?

¿Qué ocurre con los embriones en los

que se ha llevado a cabo la selección y no son transferidos? ¿Pueden ser destruidos en forma provocada?

En estas circunstancias, donde el accionar del hombre pudiera detener o al menos interrumpir en forma provocada la continuidad de la vida humana fuera del seno materno, es decir antes de transferir los embriones al útero, se nos presentan algunos interrogantes: ¿Cómo llamaríamos médico legalmente a estas posibilidades? ¿Estaríamos en presencia de un aborto?

Es por ello que creemos que la definición clásica médico legal en la actualidad resulta insuficiente debido al gran avance de las ciencias médicas en este tema y que debiera ampliarse pudiendo contemplar y abarcar situaciones anteriormente descriptas y que fueron inimaginables en otros tiempos.¹²

Con la intención de incluir toda la vida humana independientemente de su lugar de origen, podríamos esbozar la siguiente definición médico legal relacionado a una evolución temporal y acorde a las circunstancias biológicas, diciendo que aborto médico legal:

“Es la interrupción provocada de la vida humana, en cualquier momento del desarrollo embriofetal, independientemente del lugar de comienzo, con muerte del producto de la fecundación, fuera de los eximentes legales”.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Rojas, N.; *Medicina Legal*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1936, pág. 222.
- 2- Roberts, E.; Pastor, B.; *Diccionario Etimológico Indoeuropeo de la Lengua Española*, Alianza Dictionaries, Madrid, 2007, pág. 54.
- 3- *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición, Buenos Aires, 2001.
- 4- Mc Lean, L.; *Aspectos Éticos de la Fertilización Asistida*, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1993.
- 5- Gadow, E.; *Genética Molecular y Reproducción Humana*, Suplemento de la Academia Nacional de Medicina, 1993.
- 6- Hoof, P.; *Bioética y derechos humanos*, en Sambrizzi, E.; *La procreación asistida...* ver obra citada en 7.
- 7- Bustamante Alsina, J.; *Aspectos éticos jurídicos de la procreación humana artificial*, LL 1997-D-1212 y ss.
- 8- Sambrizzi, E.; *La procreación asistida y la manipulación del embrión humano*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2001, pág. 13.
- 9- Basso, D.; *Nacer y morir con dignidad*, Buenos Aires, Tercera Edición, 1993.
- 10- Iñigo De Quidiello, D.; Levy, L.; *Reproducción humana asistida*, en Sambrizzi, E.; Obra citada en 7.
- 11- Blanc, B.; Boubli, L.; *Ginecología*, Doyma Libros, España, 1994, pág. 274.
- 12- Para ampliar este tema desde la óptica exclusivamente jurídica que escapa a este trabajo existen numerosos artículos pero uno de los más completos es:

Bach De Chazal, R, *El Aborto en el Derecho positivo Argentino*, Ed. El Derecho, Bs. As.; 2009.

LA DELINCUENCIA SEXUAL SERIAL: UNA REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA PERICIAL EN EL CMF

Prof. Dr. Juan Carlos Romi
Médico Forense de la Justicia Nacional

INTRODUCCION

Es un error común afirmar la posibilidad de poder describir un patrón o perfil de personalidad patognomónico del delincuente sexual en general, sobre todo el de modalidad serial.

Es tarea de la sexología y la psiquiatría forense el poder solo establecer los aspectos de la personalidad de cada **delincuente sexual** en forma individual y, diferenciar cada caso de otro al reconstruir con la mayor exactitud posible la génesis y dinámica del fenómeno criminal en particular.

Por lo tanto, el estudio de la personalidad de cada delincuente sexual serial en particular, es el centro de nuestra investigación actual. El examen de todas las manifestaciones del accionar, las motivaciones de la conducta delictiva etc., deben investigarse en función de la personalidad total del individuo y su inseparable contexto social y el perito médico debe descubrir el valor y la significación que ese mundo adquiere para el delincuente. La significación y la intencionalidad de la conducta constituyen un todo organizado (portador de un sentido) que se dirige a un fin.

. Diremos entonces que, la conducta sexual delictiva es una conducta

concreta del individuo expresión de su relación con la víctima en un lugar (espacio) y en una fecha (tiempo) determinados.

La dificultad para aceptar la ley, en este caso de un delincuente sexual serial significa desde el punto de vista social una alteración, violación o transgresión de la norma establecida que implica una anomalía adaptativa en el desarrollo de su personalidad.

De nuestra experiencia surge, a través de los exámenes psiquiátricos practicados a delincuentes sexuales seriales en la década del noventa que, *el grupo mayoritario* (80 al 90 %) no presentan signos de alienación mental franca, es decir, que son jurídicamente imputables. De ellos, la inmensa mayoría, está compuesto por individuos con trastornos de la personalidad, psicópatas antisociales y / o sexópatas con o sin perturbaciones sexuales manifestadas ya sea disfunciones sexuales y / o parafilias o desviaciones sexuales. Solo algunos de este grupo, (excepción) hemos visto que presenten alteraciones neurológicas sobre todo de tinte obsesivo-compulsivas.

El *grupo minoritario*, (10 al 20%) está compuesto por individuos que pre-

sentan graves problemas de personalidad de características psicóticas enajenantes, es decir, jurídicamente inimputables.

La creencia de que el delincuente serial actúa siempre impelido por fuertes deseos sexuales, se ha visto desacreditada en la actualidad, al menos como explicación genérica. Otro tanto ocurre con la aseveración consistente en calificar a los agresores sexuales seriales como enfermos mentales alienados.

La ausencia de enfermedad mental alienante sobre todo en los violadores es habitual, y por lo general lo que se observa son individuos con conductas aprendidas en el marco de una socialización deficitaria.

Debemos distinguir el desviado sexual (parafilico) del delincuente sexual (transgresor de normas jurídicas). Así por ej.: un exhibicionista puede ser un delincuente y un parafilico; un masoquista puede ser un parafilico y no ser un delincuente, un proxeneta puede ser un delincuente y no un parafilico; un sádico puede ser un parafilico y puede ser o no un delincuente, etc.

De manera tal que, lograr este fin propuesto, en primer lugar haremos un análisis de la importancia del diagnóstico de la personalidad puntualizando las perturbaciones que podemos observar en plano mental y sexual y delimitar así si son genuinas o sintomáticas. A partir de ello, haremos la semiología de la persona peritada. Por último estudiaremos su criminogénesis y la criminodinamia del acto delictivo cometido estableciendo así su conducta delictiva. Como corolario, se hará una revisión de los criminales seriales.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Una vez diagnosticada la presencia o no de algún tipo de perturbación sexual en la persona examinada se debe evaluar el diagnóstico de personalidad que presenta la misma.

2.1. Desarrollo de la personalidad

Para poder analizar si la persona a examinar presenta alguna alteración psicopatología debemos recordar lo concerniente al desarrollo de su personalidad de base.

La sexualidad no escapa al ser humano, por lo tanto cuando nos encontramos ante una perturbación sexual, cualquiera sea su nombre, lo primero que tenemos que preguntarnos es qué alteración presunta de la personalidad presenta el individuo a investigar. Es necesario para hacer comprensible esta postura, enunciar algunos conceptos básicos de como llegar a la delimitación de la personalidad.

Comenzaremos con el concepto de **individuo**. Se entiende por tal, todo ejemplar concreto de una especie cualquiera de seres vivos. Esto supone cierto grado de unidad y organización interna. Así del latín “*individuum*” quiere decir, unificado en sí mismo, por consiguiente distinto del resto.

Es decir, el individuo tiene una **individualidad** y está organizado de tal forma que tiene un **organismo** y un **psiquismo** intrínsecamente unificado, siendo el hombre el que ha alcanzado el más alto nivel de perfección.

Todo individuo interacciona en un **medio**. En este se distingue un **ambiente**: objetivable físicamente (Ej.: el hábitat) y un **mundo**, psíquicamente subjetivo (Ej.: vivencias y experiencias, etc.).

De la interacción **sujeto-medio** surge en el individuo humano la posibilidad de adquirir el rango de **persona**, ya que es el único ser vivo que está capacitado para desarrollar dotes de ser **racional** (es el único ser vivo que puede pensar que piensa) y **autónomo** (puede lograr escapar del determinismo biológico y hacer uso libre y controlado de lo pulsional) por lo que podemos decir entonces que, personalidad es a persona lo que individualidad es a individuo en un nivel más jerarquizado.

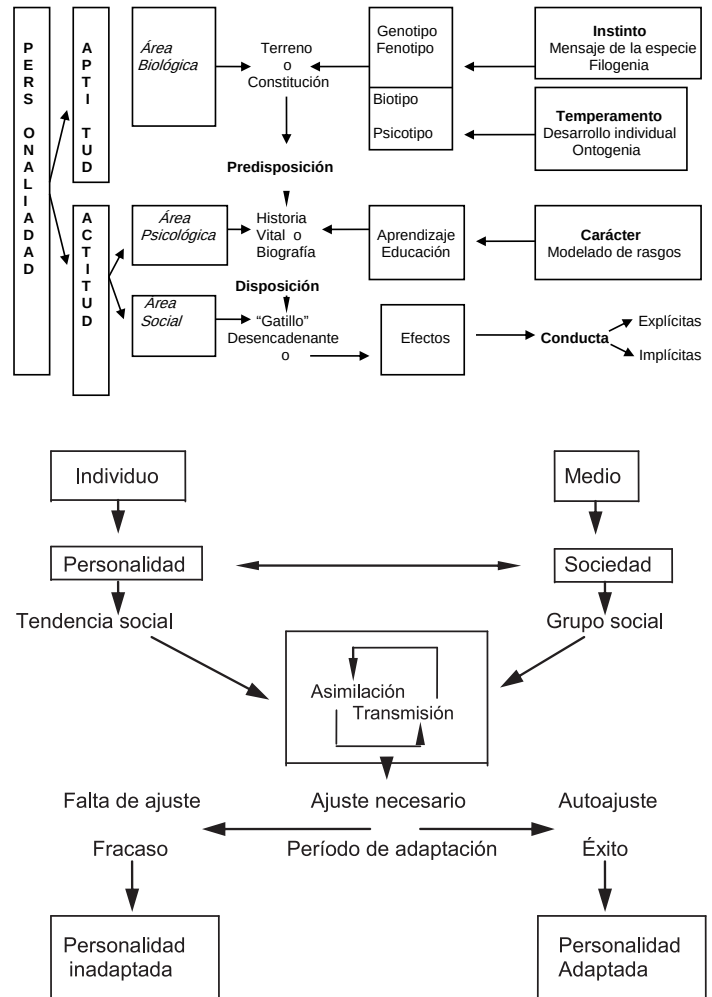
Se entiende por **personalidad**: el estilo de vida común a todas las conductas o de un número predominante de ellas que hacen identificable a una persona de otra. Por lo tanto, en una personalidad bien integrada se advierte “un *estilo propio*” un sello particular que la diferencia de la otra.

Se reconoce en la personalidad una parte estática o **aptitud**, dada por lo biológico del ser y una parte dinámica o **actitud** dada por lo psico-social. La personalidad se expresa por conductas ya sean implícitas o explícitas.

La personalidad interacciona permanentemente con el medio, en este caso a través de un **micromundo**: la familia y un **macromundo**: la comunidad donde se mueve esa familia, generando un proceso de retroalimentación entre dos polos: la asimilación y la transmisión. La personalidad “asimila” lo exocultural haciéndolo endocultural, es decir, la sociedad que le preexiste le “*trasmite*” al hombre a través de las generaciones su carga cultural, su mensaje codificado por pautas que éste debe asimilar aprendiéndolas y aprehendiéndolas.

Por lo tanto, la personalidad se desarrolla históricamente en base a su propia capacidad y la interacción con lo sociocultural. De ello dependerá el grado de **adaptación o adecuación** a

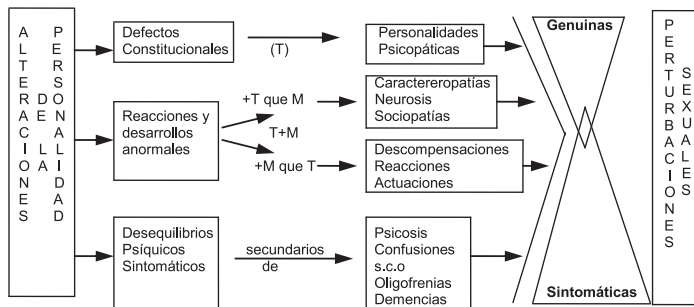
las pautas normativas y el grado de valoración judicativa y ética que la misma asuma.



2.2 Alteraciones de la personalidad

De acuerdo al un principio evaluativo descrito se intentará hacer una clasificación de las alteraciones de la personalidad, sólo con un fin práctico de relacionar el diagnóstico semiológico de la clínica psiquiátrica con las perturbaciones sexuales que pudieran existir a nivel sexológico.

Es necesario hacer diagnóstico de personalidad para establecer si las perturbaciones sexuales son genuinas o sintomáticas.



Se comprende que no es lo mismo por ejemplo el examen de un homosexual egosintónico sin alteraciones de la personalidad que con alteraciones de la misma. Ambos pueden no consultar espontáneamente, pero el segundo podría haber cometido delitos y se ve obligado a tratarse. Tampoco puede considerarse clínicamente idénticos un homosexual egodistónico neurótico y un homosexual psicótico. Si bien desde el punto de vista de la problemática sexual tienen un denominador común: la homosexualidad, la causa, la evolución, el pronóstico e inclusive el eventual tratamiento difieren por ello que denominamos a las manifestaciones sexuales como genuinas y/o sintomáticas independientemente del nombre de la afección sexual que pueda presentar.

Por lo tanto, podemos reconocer (ver esquema) dos vertientes en las perturbaciones sexuales: el *terreno* (T) que constituye lo constitucional, lo biológico; y el *medio* (M), representado por la educación, el aprendizaje y la historia familiar. Ambos elementos se encuentran en proporciones diferentes según el caso y la alteración básica de la personalidad.

Las motivaciones que pueden determinar que una persona adopte una actitud determinada deben sondearse en lo profundo de su personalidad; de allí la insistencia en la detección de la alteración que en ella presenta el individuo por ejemplo, hay personas que

sienten convencionales impulsos eróticos sin mayores dificultades, pero se sienten forzados a hacer algo que no les agrada, como ocurre en ciertos *neuróticos obsesivos* (egodistonia). Otros sienten imperiosa necesidad de hacer algo que les satisface transgrediendo las pautas sociales, hecho que les provoca placer y la descarga orgásmica, como ocurre con ciertas *conductas psicopáticas* (egosintonía).

De allí la importancia de diferenciar las perturbaciones sexuales genuinas de la sintomáticas.

2.2.1. Las perturbaciones sexuales genuinas

Las perturbaciones sexuales más genuinas se observan en las alteraciones de personalidad denominadas clásicamente "personalidades psicopáticas" o "psicopatías"

Estas son "personalidades de actuación o acción", siempre iguales a sí mismos e incapaces de aprender a modificar su conducta sobre la base de la experiencia vivida.

Las alteraciones de la conducta sexual aparecen como un elemento más (egosintónico) dentro del todo de la personalidad (síndrome psicopático).

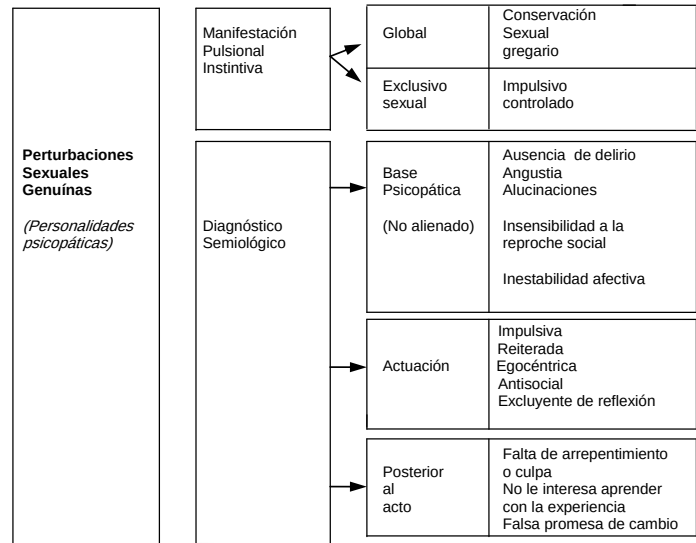
Las características semiológicas del psicópata podrán describirse como un "**síndrome psicopático**" que tiene:

a) Manifestaciones pulsionales instintivas: ya sea a nivel "global", (toma las tres pulsiones instintivas básicas humanas) o sea la *nutricional* (auto preservación), la *sexual* (perpetuación de la especie) y la *gregaria* (socialización) o "*exclusiva*" (manifestación sexual manifiesta o implícita escotomizada de las otras), aquí la conducta sexual aparece como un agregado dentro de la personalidad aparentemente adecuada.

b) La base psicopática: se caracteriza por la *ausencia de productividad psicótica* (delirios, alucinaciones, alteraciones judicativas, etc.) y de síntomas neuróticos como la *angustia*, pero con proclividad a la inestabilidad emocional. y la proyección de las responsabilidades. Además se observa: *insensibilidad al reproche social* por lo que el psicópata se comporta como un anómico ya que no respeta código alguno ni aún el propio (placer en la trasgresión) hecho que lo diferencia del *marginal*, que si bien trasgrede las pautas sociales respeta las reglas que le impone su grupo de pertenencia delictivo. En general, tampoco presentan habitualmente evidencias de déficit intelectual ni signos de alienación es decir, que mantiene la capacidad judicativa que lo hace responsable de sus actos.

c) La actuación o crisis: definida por ser: 1) **impulsiva:** acto producto de una necesidad instintiva, irreflexivo que se exterioriza en forma abierta o oculta, 2) **reiterada:** se repite en el tiempo con periodicidad y sin aprendizaje por el error, 3) **egocéntrica:** tendencia a satisfacer su propio placer en forma inmediata, 4) **trasgresora:** el psicópata tiene un código propio que lo trasgrede si la sociedad se interpone en la concreción de sus deseos. Puede postergar el acto pero no posponer su finalidad, 5) **excluyente de reflexión:** la ansiedad solo surge cuando siente que tiene que concretar sus deseos.

d) Actitud posterior al acto: luego de consumado el acto, la actitud del psicópata demuestra que: 1) No siente culpa ni remordimiento, arrepentimiento o depresión, 2) No hace “insight”, 3) Expresa falsa promesa cambios o acepta realizar tratamientos para lograr sortear el problema policial o legal hecho que difícilmente cumpla.



Por eso pensamos que sobre la base del desarrollo de la personalidad, las *perturbaciones sexuales genuinas* tienen precoz aparición en la historia vital del individuo (aptitud), esto significa que cuanto más psicopático aparece el comportamiento, más genuina es la perturbación sexual.

2.2.2. Las perturbaciones sexuales sintomáticas

Las *perturbaciones sexuales sintomáticas* son consecutivas (egodistónicas) a la enfermedad mental de base. Así se observan que estas perturbaciones sexuales se encuentran “injertadas” como un *síntoma más* en la afección mental que presenta el enfermo sea o no ésta alienante.

En estas perturbaciones sexuales el medio y las circunstancias tienen una influencia decisiva en su expresión conductual manifiesta. Sobre una base predispuesta se desarrolla una conducta sexual perturbada a instancias de circunstancias biográficas vividas o alteraciones psíquicas u orgánicas coadyuvantes, que hacen que las alteraciones de la sexualidad

se manifiesten en forma secundaria o sintomática..

Las causa de la afección se encuentra en reacciones, desarrollos anómalos y desequilibrios psíquicos de la personalidad enferma.

PERTURBACIONES SEXUALES SINTOMÁTICAS	No alienados		Importancia de la historia biográfica
		Diagnóstico Semiológico	Culpa sexual Inferioridad sexual
		Síntomas más Comunes	Inseguridad Minusvalía Angustia Fobias Obsesiones Retracción social Repliegue erótico Aumento de la fantasía
	Alienados	Manifestaciones sexuales desviadas consecuencia histórica o actual de la enfermedad de base	

a) En las personalidades no alienadas

Si seguimos las alteraciones de la personalidad (ya enunciadas) observamos que podemos encontrar **reacciones y desarrollos anómalos** de la personalidad. En este grupo se describen aquellas según el mayor o menor grado de compromiso del terreno (T) y del medio (M).

De este modo podemos reconocer las *caracteropatías*, las *sociopatías* y las *neurosis* como más patológicamente estructuradas y las *descompensaciones*, *reacciones* y *actuaciones psicopáticas* como las menos estables, debido al mayor compromiso del medio en su manifestación.

Las **caracteropatías** y las **sociopatías** a veces son difíciles de diferenciar en las personalidades anormales. Con un fin práctico -y siguiendo el criterio expuesto- se dice que en estos sujetos el componente predisposicional es muy alto pero en la investigación de su biografía admite matices o rasgos de carácter donde el aprendizaje y la educación han modificado, de alguna manera, su modo de actuar.

En general, los *caracterópatas* son más introvertidos y menos transgresores que los *sociópatas*. Estos últimos exteriorizan un comportamiento más directamente refrito con las pautas que la cultura impone, de allí el término y su mayor marginación.

La personalidad es conocida como una organización dinámica que determina la vida y la conducta en diferentes situaciones. El marco de referencia caracterológico sirve para atribuir a la conducta humana distintos tipos fundamentales: impulsivo, afectivo, somático y psíquico. El predominio de uno de ellos hace posible los conflictos con el ambiente y los procesos inadecuados de aprendizaje, los que se automatizan. Tanto en las motivaciones como en los conflictos y fallas del aprendizaje actuaría el medio.

Semiológicamente se observa que en estos individuos la angustia es poco evidente, ya que el acorazamiento caracterológico funciona como un obstáculo para su emergencia y para el surgimiento de los conflictos subyacentes, que como emergen cuando ese desequilibrio se rompe. También el "insight", el sentimiento de culpa y la responsabilidad suelen estar interferidos por el acorazamiento, lo que hace que estos sujetos aparezcan como fríos o indiferentes.

Su conducta racional, rígidamente consolidada, estereotipada y con un monto de agresión que está en relación con el tipo clínico. Estas personas hacen "actuar" a los otros, de allí que algunos autores hablan de "personalidad de acción". Se diferencian de las personalidades psicopáticas genuinas en que estas son producto de un déficit estructural básico genético de la personalidad (forma de ser) mientras que las *caracteropatías* y las *sociopatías* organizan sus conductas en forma estereotipada como defensa ambiental histórica (modo de ac-

tuar). La conducta sociopática es más aloplástica que la caracteropática.

Las **neurosis** son alteraciones dinámicas del desarrollo de la personalidad que aparecen en el devenir histórico de la misma. Existen distintas doctrinas psicológicas que intentan explicar las causas-motivos de dichas alteraciones. Sin pretender hacer una descripción psicopatológica de cada una de ellas diremos que la escuela psicoanalítica es la que tiene mayor difusión. Desde Freud en adelante se sabe que existe una sexualidad infantil, que se denominó “perversa polimorfa” queriendo expresar con ello la indiferenciación y la inmadurez de la misma.

El desviado sexual adulto logra los fines sexuales igual al niño, por lo que puede decirse que ha sustituido la sexualidad adulta por algunos componentes de la sexualidad infantil. Si se observan objetivamente las parafilias se verá que solo son exageraciones de actos que forman parte del comportamiento sexual en la infancia. El mecanismo que produce esta sustitución no es claro y las fórmulas que se dan no son sencillas.

El parafílico concentra sus energías en un impulso parcial que hipertrofia (etapa pregenital del psicoanálisis) y compite con la etapa genital, adulta, por la primacía de la expresión. Por lo tanto, la genitalidad está bloqueada y el parafílico accede al orgasmo superando el obstáculo a través del acto desviado.

Los neuróticos desexualizan los síntomas y el goce sexual se hace penoso, mientras que en los desviados genuinos es el componente infantil el que acarrea el orgasmo. Es decir, que ante la frustración sexual el neurótico apela a los mecanismos de defensa y el caracterópata a la manifestación infantil de la sexualidad.

Los elementos semiológicos a tener en cuenta (independiente de cualquier teoría psicopatológica) ante toda personalidad neurótica que presenta una perturbación sexual son básicamente dos: *el sentimiento de culpa y el complejo de inferioridad sexual*.

La **culpa sexual** es la emoción que se siente cuando se comprende que se tienen deseos o impulsos “malos” según las normas que se deben aceptar como “buenas”. En la estructuración de la culpa sexual interviene, como factor fundamental en el niño, la actitud rechazante de los padres hacia el sexo. Luego se agregan otros factores como los sociales, a través de las pautas ético-morales, religiosas, que el individuo debe acatar e internalizar como situaciones de prejuicio colectivo. Entre lo que la persona siente y lo que puede expresar (según las normas dadas) se crea la culpa por choque o conflicto entre ambas instancias.

La **inferioridad sexual** es la creencia o temor a no estar sexualmente capacitado como varón o como mujer, lo que impide al individuo la maduración sexual y favorece la estructuración de conductas sexuales perturbadas. Se llega así a la sensación de no ser reconocido en su identidad y no ser amado, como también de ser incapaz de asumir el rol asignado o no poder cumplir con lo que se espera de él. Por lo tanto, la sensación de minusvalía aleja a la persona de su necesidad de competir, replegándose sobre sí mismo y aumentando la fantasía interna que se disocia de la realidad como forma de compensar el conflicto.

En cuanto a las personalidades menos estables en las que prevalece un mayor compromiso del medio es posible observar: **1) descompensaciones psicopáticas**: producto de desequilibrios transitorios sobre una personalidad

de base enferma (bordeline, episodios paranoicos agudos, “bouffées” delirantes, etc.) que se han salido de cauce por circunstancias ambientales cuando estaban compensadas de su problema básico; 2) **reacciones psicopáticas**: que aparecen generalmente como respuestas inadecuadas (reacciones vivenciales) donde se reconocen causas determinantes. Superadas las mismas, la personalidad recobra el equilibrio y; 3) **actuaciones psicopáticas**: que evidencian una respuesta tendenciosa hacia un objeto o hecho determinado. Es decir, que involucra parcialmente a la personalidad, siendo sus respuestas adecuadas al resto del mundo. Una vez elaborado el conflicto se supera la crisis que lo motiva.

b) En las personalidades alienadas

Los *desequilibrios psíquicos sintomáticos* que secundariamente manifiestan perturbaciones sexuales se dan comúnmente en las *psicosis, demencias, oligofrenias, confusiones mentales, síndromes cerebrales orgánicos, etc.*

Es necesario hacer un buen diagnóstico clínico del cuadro psiquiátrico, ya que de ello dependerá la posibilidad de prever la evolución, el pronóstico y el tratamiento de las perturbaciones sexuales concomitantes.

Dentro de los síntomas de las **psicosis** pueden aparecer, en mayor o menor grado, perturbaciones sexuales que responden a distintas causas, conocidas o no. Así por ejemplo, entre las *psicosis endógenas* son frecuentes las alteraciones sexuales cualitativas (desviaciones o parafilias); en las *esquizofrenias*, las conductas homosexuales, fetichismo, etc., en las *manías*, el exhibicionismo, la hiperestesia sexual; en los *delirios persecutorios*, los celos y las alteraciones de la excitación sexual; en las *distimias epilépticas*, el sadismo, la violencia sexual; en las *depresiones* la pérdida de la libido

y entre las *psicosis exógenas* de causas tóxicas las toxicomanías suelen estar acompañadas de hipoestesia sexual. Las psicosis traumáticas, infecciosas y tumorales también pueden presentar manifestaciones de trastornos sexuales.

En las **demencias y las oligofrenias** son comunes las desinhibiciones sexuales. En las primeras, por deterioro de la personalidad y en las segundas por insuficiencia mental. En los débiles mentales suele observarse conductas homosexuales, prostitución, masturbación compulsiva, etc.

En las **confusiones mentales**, como el caso del *delirium tremens* etílico, pueden ir acompañadas de onirismo de contenido erótico.

Todas las perturbaciones sexuales sintomáticas presentan la característica de “lo adquirido”, lo que significa que se manifiesta como consecuencia de la aparición de la patología psiquiátrica de base. En la inmensa mayoría de los casos, si el cuadro mental es reversible, la afección sexual remite una vez superado el trance psiquiátrico, de allí que el pronóstico dependa de la gravedad de la afección mental.

SEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA DELICTIVA

Para poder realizar una pericia médica sexológica correcta sobre un delincuente sexual, en este caso serial, debemos partir de la realización de una buena semiología de la conducta delictiva.

Para ello se debe tener en cuenta el **actor** y el **acto**

En el primer caso (actor) por tratarse de un delincuente sexual se debe hacer el **examen del victimario**, sobre

todo en lo referente a su biopsicogénesis individual y sus sociogénesis o factor ambiental (mesológico) para configurar con su personalidad de base más las influencias ambientales la *historia vital* que nos permita interpretar la **criminogénesis** o las causales para delinquir, pero también del **examen de la víctima** surge por lo general aportes de datos de importancia para comprender la motivación del acto delictivo.

En el segundo caso se debe investigar el **acto delictivo**, para a través de los mecanismos utilizados y explicar así la **criminodinamia** del delito. Por lo tanto, del acto delictivo se debe estudiar el antes, el durante y el después del hecho.

De manera tal que, la **conducta delictiva** surge de la interacción entre un delincuente y un delito. (Ver esquema).

Para los fines prácticos se debe tener en cuenta un trípode inseparable.

- a) la criminogénesis (personalidad del delincuente y la víctima)
- b) la criminodinamia
- c) la reacción del medio ambiente

Empezamos por el análisis de la víctima y el victimario

1. La víctima

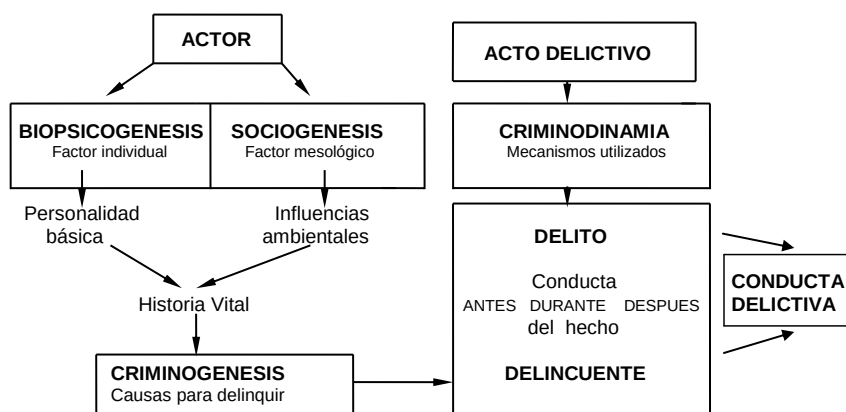
En el examen de la víctima se deben tener en cuenta::

1.1. Edad: no suele ser determinante para ser víctima de un delincuente serial en tanto y cuanto esta cumpla con las expectativas y motivaciones que requiere el victimario.

1.2. Número de agresiones: el agresor serial no suele tener un número límite de agresiones, por lo general el límite lo determina su detención o arresto.

Cuando las agresiones cumplen con un **ritual homicida**, el cuerpo de la víctima es el testigo del hecho y lo que permite hacer la interpretación psicodinámica de la agresión.

Cuando las agresiones terminan en **lesiones** y sobre todo en atentados contra la libertad sexual era un hecho común que las víctimas y testigos no hicieran la denuncia, con lo cual la impunidad del actor se prolongaba en el tiempo, pero en la actualidad se observan en los tribunales mayor número de denuncias que tiempo atrás y la colaboración mas eficiente de los testigos lo que favorece que el delincuente pueda ser apresado mas rápido.



1.4. Condiciones físicas: no se han detectado condiciones físicas genéricas en las víctimas de los delincuentes seriales. Las características físicas de las víctimas dependen de la psicodinamia delictiva de cada actor. Si bien es habitual observar son mujeres jóvenes no siempre necesariamente bellas, con ciertas particularidades que encuadraban dentro del ritual del victimario.

Así las víctimas pueden ser niñas o niños, púberes, embarazadas, prostitutas, discapacitadas, etc.

Circunstancias de lugar y tiempo: los escenarios de los sucesos delictivos pueden ser variados y concordantes con la psicodinamia delictiva del delincuente.

Así se observa en general que los delitos pueden ocurrir en **lugares** ocasionales o predeterminados.

Los *lugares ocasionales* son producto de que la víctima “aparece” en un momento no buscado pero que dadas las circunstancias y el hecho de cumplir con las “necesidades” del victimario, éste la agrede en el lugar que encuentra mas apropiado a sus propósitos.

Los *lugares predeterminados* son aquellos que forman parte del “programa” que elabora el actor para satisfacer sus necesidades agresivas.

Estos lugares pueden ser la residencia de la víctima, como también lugares exteriores como baldíos u obras en construcción u otros más sofisticados como colegios, conventos, oficinas, ascensores, etc.

Con respecto al **momento de ataque**, se observa que el día de la semana, el momento del día o la hora tiene que ver con el cumplimiento de un ritual que satisface las necesidades del

actor, en cuanto suelen ser recordatorios de algún hecho de significación personal, el aniversario de algo que se tiene que reivindicar o vengar, etc.

1.5. Las lesiones producidas: las lesiones que se observan suelen ser:

a) *intimidatorias* destinadas a acallar a la víctima o a someterla (contusiones en general);

b) *motivacionales* del acto violento para satisfacer las necesidades agresivas (que van desde golpes, violaciones, hasta homicidios, etc.) a través de heridas, traumatismos, mordeduras, contusiones, estrangulamiento, etc.;

c) de *ensañamiento* como lesiones punzocortantes múltiples, golpes de cráneo, descuartizamiento, etc., así como marcas o leyendas que son como la firma identificatoria del autor en franco desafío intelectual con los investigadores o como forma omnipotente de vanidad delincencial.

En los casos en que se observan además **lesiones genitales, paragenitales y extragenitales** se puede pensar en la motivación sexual de la agresión o en lesiones específicas de atentados contra la libertad sexual (delitos sexuales o contra la integridad sexual).

En general el delincuente serial casi siempre tiene en forma primaria o secundaria una *intencionalidad sexual* en su agresión.

1.6. El daño psíquico emergente: las víctimas que han sobrevivido al ataque de un delincuente serial por lo general suelen padecer por largo tiempo las consecuencias psíquicas al mismo. (estrés postraumático). En la inmensa mayoría de ellas el daño psíquico emergente que presentan se traduce en perturbaciones mentales

que requieren tratamiento psiquiátrico. Las secuelas habituales suelen ser fobias con perturbaciones sexuales cuantitativas de tipo disfuncional.

1.7. Consecuencias de la acción policial y judicial: las denuncias que realizan las víctimas de un agresor serial suelen traerle efectos perniciosos ya que el interrogatorio, las declaraciones, el reconocimiento de sospechosos el tener que aportar pruebas, los exámenes periciales, etc., la obligan a revivenciar el hecho.

La curiosidad morbosa de la gente, de los allegados, conocidos, y hasta de amigos y familiares, aunque con buena intención, actúa como factor realimentador traumático que le impiden la elaboración rápida del psicotrauma.

Si el hecho, por tratarse de un delincuente serial, tuvo repercusión pública el asedio periodístico también suele ser un factor conflictivo para la víctima.

1.8. Importancia del interrogatorio científico de la víctima: las víctimas de un agresor serial suelen describir mal a sus agresores quizás como producto del impacto del hecho que le ha acaecido.

No obstante lo expresado, el interrogatorio de la víctima es de capital importancia para obtener datos que orienten acerca de la personalidad y características físicas del victimario, su estatura, edad, tipo de constitucional y raza, vestimenta, fisonomía, señas particulares, etc.

El delincuente serial suele adoptar un comportamiento similar cada vez que ataca a sus víctimas. Suele vestirse de la misma manera particular lo que permite, a veces, su más fácil identificación, ya que las víctimas suelen coincidir en la descripción de su

atuendo, así como con ciertos comportamientos que se reiteran en los distintos hechos que realiza.

2. El victimario

Cuando se estudia al actor debemos tener en cuenta los factores individuales (biopsicogénesis) y los ambientales o mesológicos (sociogénesis).

2.1. Biopsicogénesis. Se investigan factores tales como:

a) Edad: los delincuentes seriales suelen ser adultos jóvenes o de mediana edad. Es raro observar a menores de 18 años y mayores de 50.

b) Vestimenta: como se ha dicho, la vestimenta que luce el delincuente serial suele ser siempre la misma cuando realiza el acto agresivo. La vestimenta forma parte de un ritual que, tiene un simbolismo particular para el agresor, razón por la cual, como si fuera un “uniforme de combate” siempre utiliza el mismo atuendo.

Cada agresor utiliza un equipo personal. En general no es frecuente que el delincuente utilice un traje, salvo aquel caso en que el *modo operandi* requiere de tal vestimenta, por ejemplo para seducir mujeres en confiterías de lujo y luego ir a un Hotel o la residencia de la víctima, drogarlas, robarlas y eventualmente violarlas.

Lo habitual es que usen pantalón, campera, y zapatillas y algún atuendo destacado como pañuelo, bufanda, alguna cadenita, etc. y adopte algún gesto o actitud particular. Así en las crónicas aparece su identificación justo por estos hechos particulares “el de la campera de cuero negra” “el de la bufanda” etc.

c) Estado civil se observa que predominan los solteros, de personalidad inmadura e inestable, de 30 a 40 años dependientes emocionalmente y habitualmente hijos únicos que conviven simbiótica con su madre, por general viuda y dominante.

d) Aspecto psicofísico: difícilmente el delincuente serial presenta la imagen del “perverso lombrosiano”, es por lo contrario un individuo que a nivel social se comporta en forma cordial, se muestra saludable, seductor, educado, es por lo general inteligente y astuto, con lo cual pasa desapercibido en el ámbito de la comunidad y hasta para los conocidos y, si tiene un trabajo estable, también para sus compañeros laborales.

Paralelamente cuando desarrolla su “actividad delictiva” desdobra su personalidad adopta otra identidad (en realidad la delictiva es la auténtica, ya que la social es una postura) y no solo cambian su conducta social habitual si no que esta representación da paso a su verdadero comportamiento ritualizado y estereotipado que sigue los designios de su conducta perturbada y delictiva.

Así se observa una serie de características especiales que lo identifican y a veces el periodismo lo apodan por ello con alias como “el loco del martillo”, “el sátiro de la carcajada” “la viuda negra” etc.

A nivel psíquico, dijimos, que suelen ser alfabetos, de buen cociente intelectual, algunos con nivel de estudios secundarios y hasta terciarios, en estos casos por lo general en forma incompleta por alguna frustración o conflicto.

Excepcionalmente se han registrado seriales con características “lombrosianas” y de escaso nivel intelectual como el recordado “petiso orejudo”.

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

e) Ocupación: casi en todos los casos los delincuentes seriales tienen trabajos efectivos y se comportan en ellos en forma responsable, suelen ser puntillosos y cumplidores, obteniendo de los dueños, jefes o autoridades siempre reconocimiento y buenas referencias. Algunos trabajan por su cuenta, otros tienen un buen pasar familiar y se dedican a tareas recreativas, hobbies, coleccionan objetos artísticos, son amantes de refinados gustos culturales o realizan acciones de beneficencia en la comunidad en total actitud paradójal con sus tendencias delictivas.

Los que tienen hijos, suelen ser padres rígidos y autoritarios e imponen una férrea disciplina familiar con total oposición a sus comportamientos transgresores que cumplen durante su actividad delictiva.

f) Modalidad de la actividad sexual: la modalidad de la actividad sexual que realiza tiene que ver con la forma de compensar las dificultades sexuales que sabe que presenta cuando intenta una relación convencional.

De manera tal que, la agresión sexual ya sea esta violenta o intimidatoria suele ser un estímulo erótico compensador de la hiposexualidad que presenta habitualmente frente a una relación convencional

Si bien se ven ataques bajo la forma de violación ya sea por vía vaginal o anal, también se observan con bastante asiduidad ataques sin acceso carnal, es decir, por ejemplo, a través de equivalentes agresivos sádicos con lo que logran la detumescencia orgásmica.

g) Antecedentes penales: es raro que presenten antecedentes delictivos de otra índole, aparecen debutando con una serie de delitos similares que motivan su detención, a veces luego de largo período de búsqueda.

Los que poseen antecedentes suelen ser por hechos similares en otras regiones del país o que fueron recientemente liberados y han reincidido rápidamente.

Así como hay delincuentes seriales que presentan una doble vida entre la imagen social y la delictiva, se encuentran también algunos que tienen una doble vida dentro del ámbito delictivo, es decir, presentan una “carrera” delictual habitual, casi siempre como ladrones y la “auténtica” de agresor serial. A veces utiliza la primera para lograr la segunda.

h) Personalidad social: no es cierto la noción generalizada de que estos delincuentes sean torpes y agresivos o con antecedentes de conductas sociales violentas y menos libertinos sexuales. Es de excepcional observación que las conductas delictivas seriales se den en pornógrafos o “liberados sexuales” o personas que se vanaglorian socialmente de su vida sexual abiertamente. Lo habitual es que se dé en reprimidos sexuales, introvertidos, timoratos, mojigatos, misóginos o dependientes afectivos, sobre todo de la madre.

i) Estado mental: no es común ver delincuentes seriales francamente alienados (psicóticos), lo habitual es ver trastornos de la personalidad y delincuentes psicópatas instintivos sobre todo a nivel gregario y sexual, es decir que descargan su agresión contra lo humano del medio circundante al que no se adaptan. Las variantes esquizoide e histeroparanoide son los de mayor prevalencia, y en menor grado los neuróticos obsesivo-compulsivos.

2.2. Sociogénesis

Se deben investigar también los factores ambientales que han influido para forjar el desarrollo de la personalidad básica del actor.

En el caso del delincuente sexual serial no siempre se encuentran circunstancias socio-ambientales desfavorables que hayan influido decididamente para explicar su conducta delictiva.

En la inmensa mayoría de los casos se observa que la psicogénesis (psicotraumas personales) tiene mayor predominancia que la sociogénesis (factores ambientales). No obstante ello se debe investigar el marco social donde el delincuente se crió, es decir, su grado de educación y escolaridad, su relación parental, el grado de marginalidad social, experiencias laborales, abandono familiar, antecedentes delictivos de menor, etc.

Siempre se ha insistido en acentuar la diferencia que existiría entre el individuo delincuente y el hombre socialmente adaptado. Sin entrar en polémicas estériles se puede decir que es evidente que existe en el delincuente una historia personal con determinadas características, un contexto social y ciertas disposiciones que fallan en determinadas circunstancias que explicarían las conductas delictivas en general y las sexuales en particular

CRIMINOGENESIS

La *criminogénesis* o la explicación de las causas que tuvo el delincuente sexual serial para delinquir es la resultante de del estudio de su historia vital, que como dijimos, es consecuencia de la personalidad básica del actor (factor individual o biopsicogénesis) y de las influencias ambientales (factor mesológico o sociogénesis)

Así se encuentra con frecuencia alteraciones psicopatológicas de cierta significación.. Vimos que, son individuos inestables, inmaduros, proclives a la agresividad frente a la frustración, hostiles, reprimidos, con baja autoestima, necesitados de afecto, inseguros, timoratos, temerosos, etc.

El *violador serial* no suele presentar las manifestaciones clásicas del violador ocasional, es decir, las del psicópata impulsivo o explosivo, el alcohólico, el deficiente mental, el psicótico, o los violadores culturales (culto de la fuerza, el poder y el machismo), que ejerce el acto violatorio por que su impulso o las circunstancias se lo posibilitan.

El **acto violento sexual** responde en general a la necesidad del delincuente sexual serial de:

a) Reafirmar su poder en el sometimiento de la víctima que siente que lo ha traicionado (por lo menos en sus fantasías). El acto violento viene a compensar o reafirmar su dominio (superioridad sexual) frente a la inseguridad sobre su capacidad que lo tortura. (compensación con un “plus” de un “minus”),

b) Lograr una gratificación orgásmica libidinal en el sometimiento, es como la “solución última” del violador frente a su conflicto para obtener placer orgásmico. La utilización de la fuerza (agresión) tiene por objetivo la detumescencia, ya que a través del peligro o la violencia logra lo que no consigue en una actividad sexual convencional y,

c) Afirmación sociocultural machista en forma excepcional ya que habitualmente esta necesidad se expresa a través de violaciones en gavilla como una forma grupal de prepotencia masculina para reafirmar la identidad sexual escudándose dentro de un

grupo de protección.

En el caso de los delincuentes seriales, esta expresión es poco frecuente ya que estos casi siempre actúan solos.

De manera tal que, **las motivaciones** más comunes que se observan en los delincuentes seriales para la ejecución del acto agresivo según la personalidad del agresor son:

3.1. La hostilidad

El *agresor hostil* emplea por lo general más violencia de la necesaria para consumir el acto, de modo tal, que la excitación sexual es consecutiva de la propia exhibición de fuerza al tiempo que es una expresión de rabia hacia al agredido, es decir, debe infringir daño físico a su víctima para lograr excitación sexual.

Es un agresor por venganza o reivindicador que quiere desquitarse mediante la agresión de todas las injusticias reales o imaginarias que ha padecido en su vida.

Pueden encontrarse antecedentes de haber sufrido malos tratos en la infancia, ser hijo adoptivo o de padres divorciados. Su percepción de sí mismo es la de “macho”, suele estar casado y, es descrito por su familia como impulsivo y violento. Los asaltos pueden tener una ritmicidad de semanas a meses.

3.2. La afirmación

El *agresor dependiente* utiliza la violencia para afirmar su poder en un intento de elevar su autoestima. Cuando se trata de un minusvalente sexual vemos que se impone como meta la posesión sexual violenta de su víctima, como forma de compensar la frustración que siente y vive. Es

decir, la violencia sexual es el medio por el cual el sujeto afirma su identidad personal y sexual.

No obstante ello, por las características de su personalidad, suele ser el menos violento de los agresores sexuales (premedita y rumea largamente la decisión del acto agresivo) así como también es el menos competente desde el punto de vista social.

Este tipo de agresor suele aparecer como un individuo de bajo nivel cultural, tiende a permanecer soltero y a vivir con sus padres. Tiene pocos amigos, no logra pareja sexual estable y usualmente es una persona pasiva, poco atlética.

Algunos presentan desviaciones sexuales como el fetichismo, travestismo, exhibicionismo o voyerismo, o disfunciones sexuales como la impotencia erectiva o la eyaculación precoz.

Su agresión sexual es una materialización de sus fantasías, de ahí que opere bajo la idea de que sus víctimas realmente disfrutan de la violencia sexual en forma oculta, razón por la cual, pueden llevar o conservar un diario de sus asaltos. Estos asaltos suelen continuar por sus problemas de personalidad hasta que es atrapado.

3.3. El sadismo sexual

La *violencia sádica* no suele ser la expresión de una explosión de agresión, sino un asalto premeditado. La perpetración de lesiones a la víctima provocan en el agresor una satisfacción sexual ascendente en modo de espiral a medida que avanza la agresión.

La agresión sádica en la inmensa mayoría de las veces, no tiene expresión coital (verdadero sadismo). Cuando se trata de un violador con caracterís-

ticas sádicas, vemos que éste utiliza la agresión en forma desplazada, ya que la víctima no suele jugar ningún rol directo en el desencadenamiento de la agresión porque no es la fantasía de posesión sexual la que motiva la agresión inicial. Aquí la violación tiene un sentido de agraviar y humillar a la víctima empleando el sadismo.

De todos los tipos de violadores es el más peligroso de todos. El propósito de la violación es la expresión de sus fantasías sexuales sádicas (no por deseo coital) y tiende a dañar a sus víctimas psicofísicamente a través del coito para lograr su fin. Muchos tienen una personalidad antisocial y son agresivos en su vida diaria.

Su agresión está dirigida a disfrutar horrorizando a la víctima de ahí que utilice parafernalia variada y un ritual de ejecución.

Puede ir perfeccionando el mismo y llegar a matar a sus víctimas convirtiéndose en un "serial killer" (asesino en serie).

La periodicidad de sus ataques no está establecida y dependerá de los planes que establezca, las motivaciones de los mismos, el uso de drogas, y/o alcohol etc..

Así la **conducta sádica** derivada de un proceso psicótico (por ej. esquizofrénico) siempre que exista relación directa demostrada entre la acción y la patología psicótica debe estar incluida como un *síntoma* más dentro del más amplio cuadro clínico que se padece, (alucinaciones o vivencias delirantes)

A veces debuta con crimen inmotivado de inusitada violencia, que en algunos casos puede ser la más extrema, dependiendo del trastorno psiquiátrico al que se encuentre ligada.

3.4. La impulsividad

En el *agresor impulsivo*, no es habitual encontrarlo entre los seriales ya que la acción es el resultado de aprovechar “la oportunidad”, que se le presenta en el transcurso de otros hechos delictivos como por ejemplo el robo, la violación de domicilio, el encontrar sola a la víctima, etc., hecho que no responde a la modalidad delictiva de los delincuentes seriales.

De manera tal, que se debe distinguir el agresor sistemático (patrón de conducta) del agresor ocasional que lleva a cabo su agresión bajo la influencia de un impulso (a veces sádico) o algún tóxico (alcohol y /o drogas) o por alguna circunstancia imprevista o por presentar algún trastorno mental agudo o transitorio.

3.4. La degradación

El *agresor degradador* que produce delitos ritualizados y reiterados somete primero a la víctima a una seducción o acoso iterativo, no se preocupa por ocultar su identidad ya que especula con el temor que despierta en la víctima y hará que ésta calle a través de la intimidación, la coacción o por sentir vergüenza.

EL ACTO DELICTIVO

En el acto delictivo deben distinguirse la criminodinamia del hecho y la reacción del medio circundante ante el delito

4.1. Criminodinamia

En estudio de la criminodinamia se debe tener en cuenta:

a) La caracterización del delincuente

El *delincuente sexual serial* es peligroso por su “forma de ser”, su conducta delictiva es egosintónica con su personalidad anómala (no necesariamente enferma), y la proclividad a la agresión sexual, con secuencias temporales del ataque sin cómplice.

Las conductas agresivas son voluntarias y sin compulsiones, con un móvil de gratificación personal y no económica.

Es frecuente observar que coleccionan objetos de sus víctimas sin valor económico.

Son proclives a la reiteración de delitos similares (patrón de conducta). No realiza otros delitos, y son raros los actos de pillaje.

b) Armas utilizadas

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

c) Lugar de elección del ataque

El delincuente serial actúa casi siempre siguiendo un ritual, dentro de una misma zona a la que estudia puntillosamente y que tiene una significación especial dentro de todo el contexto delictivo.

Es como un “coto de caza” que conoce perfectamente y que investiga en sus mínimos detalles y en la cual “elige la presa” que debe encuadrar dentro de su patrón delictivo o cumplir con sus necesidades impulsivas particulares.

Para ello algunos agresores seriales llevan un diario de sus víctimas, un plano de los lugares donde van a llevar a cabo sus ataques, o un mapa detallado de los puntos donde ya han realizado sus fechorías.

Es común que también, que informen a los investigadores de sus crímenes o a los periodistas sobre los hechos que realizan dándole pistas sobre los hechos que han realizado o avisando sobre los que están por realizar, en abierto desafío intelectual, compitiendo en astucia, hecho que los lleva a exponerse cada vez más peligrosamente “jugando al gato y el ratón” lo que les despierta un enorme placer sadomasoquista y un oculto deseo inconsciente de ser atrapado y castigado.

d) Planificación y lugar de acecho

No es habitual encontrar (contra la creencia popular) que la reiteración de actos delictivos sean el producto de conductas irrefrenables o compulsivas en estos delincuentes. Todos los casos que hemos observado premeditan cuidadosamente los hechos y se toman todo el tiempo que sea necesario para cumplir con el ritual que satisface sus necesidades.

Solo si fracasan en su plan por algún imponderable, se frustran y hasta pueden llegar a descontrolarse, pero es habitual que controlen sus impulsos para lograr sus objetivos y no se exponen desaprensivamente a ser atrapados (como ocurre con los compulsivos) salvo que en la lucha u obstinación por cumplir con el ritual del plan elaborado egocéntricamente o por presentar un franco desafío con la autoridad se expongan a ser atrapados en un juego peligroso de vanidad y omnipotencia.

Los lugares de acecho suelen ser los vehículos públicos, la calle, las

circunstancias de encuentros ocasionales “con la futura víctima”, lugares de recreación como bailes, confiterías bares, etc.

e) Medio de movilización

Utilizan el medio de movilidad que mejor se ajusta a sus necesidades delictivas y van desde ir a pie, en bicicleta, moto, vehículos públicos sobre todo si allí viaja la víctima y desciende con ella, y mucho mas sofisticadamente en su automóvil que reúne y tiene preparadas las características que requiere su plan.

f) Modus operandi.

En general se realiza a través del ataque sorpresivo o el traslado de la víctima bajo amenaza de arma al lugar que tiene establecido para consumar el hecho.

No obstante ello se ha observado también formas más sutiles como la seducción, el engaño, la coacción, etc como conducta premeditada anterior a la ejecución del acto delictivo propiamente dicho.

4.2. Reacción del mundo circundante

Cuando toma conocimiento periodístico o social el hecho delictivo serial se produce el pánico en el ambiente. A veces aparece la patrulla de vecinos que exigen castigos severos (pena de muerte)

La histeria colectiva estimulada por la imaginación favorece las falsas denuncias y acusación a inocentes.

En algunos casos se ha visto la atracción sexual de algunas mujeres por el criminal que llegan hasta formar pareja con el delincuente (enclitofilia de Loccard).

LA CONDUCTA DELICTIVA

De la interacción entre el delincuente y el delito que comete surge la **conducta delictiva** que debe evaluarse en general el antes, el durante y el después del hecho (ver esquema).

El delincuente serial que habitualmente se observa, **antes del hecho** es, por lo general, un varón introspectivo, tranquilo, reservado, distante de buenos modales, agradable, sin amigos, solitario en sus decisiones, hipobólico, tímido, estudioso, suele ser fácilmente descartado como sospechoso por su historia de persona pasiva que no reacciona frente a la violencia, ordenado, meticoloso, pulcro, es común que no fume beba ni consuma drogas y si lo ha hecho, no es un adicto. Suele ser mojigato y condena la obscenidad la vulgaridad y las palabras soeces.

Es particularmente propenso a delinquir cuando ha sufrido una pérdida en su autoestima, se han burlado de él, ha sido rechazado sexualmente o han cuestionado su masculinidad.

Compensa con el acto delictivo esta situación de minusvalía recuperando su narcisismo, su egocentrismo y su vanidad hasta estar convencido de su poder al llevar a cabo sus delitos y escapar de las investigaciones policiales por ser más inteligente.

Quiere ser notorio antes que ignorado, y pasar a la historia como el criminal más importante (vanidad delincuencial). Es por ello que suele hablar, leer y hacer comentarios a personas sobre las noticias que se refieren a su accionar (antes de ser capturado) manifestando opiniones punitivas muy fuertes sobre lo que se debería hacer con el asesino cuando lo detengan.

En el **momento del crimen** se excita

mucho, se transforma adquiere la seguridad que le falta y el impulso sexual asume el control de sus acciones

Por lo general **luego del hecho** no tiene remordimientos, no tiene piedad por sus víctimas ni está preocupado por las connotaciones morales de sus actos a los que alude sin mayor resonancia afectiva.

De manera tal que el delincuente serial de modalidad sexual habitual no es un psicótico, un ni insano, ya que conoce la naturaleza y la calidad de sus actos y saben que son malos. No solo no cometería el hecho si hubiera alguien que lo viera, sino que tampoco lo harían si pensara que hay alguna posibilidad de ser apresado.

De acuerdo con la “Regla de M’ Nighthen” una persona carece de responsabilidad penal sólo cuando carece de juicio moral. En los EEUU añadieron a la prueba de responsabilidad penal la del “impulso irresistible”. Esta prueba se basa en una fórmula desarrollada en 1869 en New Hampshire en el caso “Estado/Pike” por Isaac Ray y el Juez Charles Doe, donde se hizo una pregunta que quedó como popular: ¿habría sucumbido la persona a ese impulso de tener un policía al lado?

A manera de síntesis graficamos las características que según la patología psiquiátrica se puede detectar y sus implicancias antes, durante y después del acto.

Por último, debemos recordar que en el análisis del **delincuente sexual serial** se debe tener en cuenta todos los factores y no se debe descartar el estudio completo de su personalidad que debe incluir el **examen neurológico** de su cerebro ya que puede existir la posibilidad de que presente una **desinhibición instintiva** consecutiva a una patología cerebral grave.

En 1972 Goldar y Outes explicaron que, cuando por alguna razón se destruye la *corteza orbitaria anterior*, el cerebro interno responde exclusivamente a los impulsos que llegan desde el cerebro posterior, por lo tanto los mecanismos vitales del sistema límbico permanecen desinhibidos; los procesos psicomotores volitivos del lóbulo frontal no pueden influir sobre la excitabilidad límbica y todas las experiencias sensoriales pueden generar, de manera inmediata, reacciones instintivas, configurando una franca *patología orgánica cerebral*, hecho de capital importancia a la hora de dictaminar sobre la imputabilidad del delincuente.

nos conceptos criminológicos que se suelen confundir en el ámbito médico-legal. Recordemos que los *crímenes seriales* son delitos graves que consisten en herir, hacer daño o matar a una o mas personas en forma sucesiva a través del tiempo. Por lo tanto, no son necesariamente sinónimos de homicidio ya que provocar hechos dañosos o lesiones a las personas sin llegar a ultimarlas también son crímenes.

Luego en el caso que la acción delictiva conlleve al homicidio de la / o de las víctimas, para que configure un *asesinato* debe existir intencionalidad de lograr ese propósito (dolo) por al-

Características del acto	Afección mental	Antes del acto	Durante el acto	Después del acto	Juicio de realidad
Elaboración Delirante del Delito	Paranoia	Preme-ditación	Gran conmoción afectiva	Falta de arrepentimiento	A L I E N A C I O N
	Depresión endógena			Arrepentimiento Suicidio	
Reacción Pos alucinatoria	Parafrenia	Sin preparación previa	tranquilo	Falta de arrepentimiento	M E N T A L
	Alcoholismo crónico			Amnesia con obnubilación desconcierto	
Impulso Psicomotor	Manía	Excitación	Agresión	Arrepentimiento	
	Esquizofrenia	Aislamiento Introversión	Imprevista	Indiferencia	
Automatismo Inconsciente	Epilepsia, emoción, sueño ebriedad, etc.	lucidez	gran intensidad en el hecho	amnesia total	Trastorno Mental Transitorio
Reacción Impulsiva	Reacciones vivencial anormal	lucha entre la persona - lidad y las circunstancias	estado crepuscular descontrol de la voluntad	amnesia parcial	Semi-Alienado
Ideación Obsesivante	personalidad neurótica	angustia fobias obsesiones	compulsión	noción del hecho. Alivio	No alienado

LOS CRIMENES SERIALES

Haremos ahora una revisión de algu-

guna razón o motivación secundaria.

Por lo tanto, cuando estos crímenes se reiteran el tiempo por parte de una

mismo sujeto se habla de los *crímenes seriales* que se limitan en algunos casos solo al daño o las lesiones y en otros como consecuencia de ello se llega al homicidio.(asesinos seriales).

En nuestra experiencia como perito psiquiatra del CMF hemos tenido posibilidad de observar mucho más casos de crímenes seriales lesivos que asesinatos seriales y fundamentalmente de motivación sexual. No obstante ello haremos una breve recopilación del tema.

6.1. Distinción de los multiasesinos

Los *multiasesinos* suelen diferenciarse entre si y de acuerdo a sus características distintivas. Se suelen describir en forma sucinta las siguientes:

a) *Asesino en serie.*

También conocido como *asesino serial*, es una persona que asesina a tres o más personas en un lapso de más de treinta días, dejando un periodo de “enfriamiento” (cool-off), silencio o “reposo” entre cada asesinato, y cuya motivación se basa en la gratificación psicológica que le proporciona dicho acto.

En medio de sus delitos, ellos parecen “bastante normales”, una condición que Dr. **Hervey Cleckley Milton** (1903 - 1984) un psiquiatra estadounidense, pionero en el campo de la psicopatía y que fuera el mas influyente en el siglo XX, la ha descripto en forma magistral con el término de “*máscara de la cordura*”. Por ejemplo, el caso de **Fred West** (Frederick Walter Stephen West 1941-1995) un asesino en serie británico. Fred y su esposa Rosemary entre 1967 y 1987, violaron, torturaron y asesinaron al menos 12 mujeres jóvenes, casi todas en la casa de ellos en Gloucester, Inglaterra.

Otro asesino serial de características

sexuales claras fue el **asesino del zodiaco**, un asesino en serie que actuó en el Norte de California durante 10 meses desde finales de los años 60.

b) *Asesinos en masa*

Estos asesinos matan a un número elevado de víctimas de manera simultánea en un periodo corto de tiempo. Un **asesino en masa**, es un individuo que comete múltiples asesinatos en una ocasión aislada y en un solo lugar.

Un caso paradigmático aconteció en nuestro país en la década del 20 del siglo pasado. Se trata de **Mateo Banks** (1872-1949) (alias: “Mateocho”, el “místico” o “Eduardo Morgan”). Fue un chacarero argentino de origen irlandés, famoso por haber cometido asesinatos múltiples en el pueblo de Parish en el partido de Azul, en 1922. El caso fue muy resonado en la época, y se ha calificado a Banks como el primer multihomicida argentino. Los crímenes de Banks inspiraron dos tangos: *Doctor Carús* (de Martín Montes de Oca) y *Don Maté 8* (letra de José Ponzio y música de Domingo Cristino).

Mas recientemente en la década del noventa el odontólogo **Ricardo Barreda (1936-)** oriundo de La Plata realiza el 15 de noviembre de 1992, en la casa de Calle 48 entre 11 y 12 en La Plata un asesinato en masa, mató a su ex mujer, su ex suegra y dos de sus hijas con una escopeta que le regaló su madre política, un mismo día en un mismo lugar. Luego de 18 años de prisión se encuentra gozando de los beneficios de la libertad condicional.

Otro lamentable caso en la Argentina ocurrió el 28 de septiembre de 2004, un adolescente de 15 años que cursaba el primer año del polimodal conmocionó al país. El adolescente ingresó luego de izar la bandera en el aula de la escuela media N° 2 “Islas

Malvinas”, en Carmen de Patagones, y mató a tres compañeros e hirió a otros cinco por motivos inexplicables.

a) Asesinos relámpago

Estos asesinos que cometen múltiples asesinatos en un corto período y en *lugares distintos*, en raid. En inglés se los suele llamar *spree killer*. Este tipo de homicida comete múltiples asesinatos en diferentes lugares, dentro de un período que puede variar desde unos cuantos días hasta varios meses. A diferencia de los asesinos en serie, ellos *no vuelven* a su comportamiento normal entre asesinatos.

Carlos Eduardo Robledo Puch (1952-) es uno de los sociópatas más famosos en la historia criminal de la República Argentina. Apodado *El Ángel Negro* o *El Ángel de la Muerte*, se lo ha condenado por diez homicidios calificados, un homicidio simple, una tentativa de homicidio, diecisiete robos, una violación, una tentativa de violación, un abuso deshonesto, dos raptos y dos hurtos. Se trata de la persona con más delitos graves imputados en el país entre ellos su propio cómplice. Está detenido desde 1972. En la actualidad, Robledo Puch continúa privado de su libertad psíquico en un pabellón para homosexuales del penal de Sierra Chica.

6.2. Algunos antecedentes psicopatológicos de los asesinos seriales

La mayoría de los asesinos en serie tienen antecedentes de afecciones mentales. Se sabe que, frecuentemente, fueron víctimas de abusos durante su infancia, ya sea física, sexual o psicológicamente, toda vez que es factible encontrar una correlación entre los abusos en su infancia y los crímenes que cometen.

Los asesinos en serie suelen tener impulsos extremadamente sádicos. Desde niños pueden tener antecedentes de actos de *piromanía*, comienzan con incendios invariablemente sólo por la emoción de destruir cosas, y también con *crueledad hacia los animales* (“zoo-sadismo”). Un ejemplo paradigmático, fue **Cayetano Santos Godino**, más conocido por su apodo *Petiso orejudo* (1896 - 1944), fue un asesino en serie sádico que asoló su país con sólo 16 años, siendo uno de los mayores sociópatas en la historia Argentina.

Estos sujetos anulan la capacidad de sentir empatía por el sufrimiento de otros, de esta manera, son frecuentemente diagnosticados precozmente como psicópatas o sociópatas, términos que eufemísticamente son renombrados en la actualidad por psicólogos como *trastornos antisocial de la personalidad*.

Muchos expertos han afirmado que una vez que el asesino serial comienza con sus actos delictivos no puede parar (puede presentar períodos de acalmia solo para luego reincidir). Algunos sostienen la opinión de que aquellos que no son capaces de controlar sus impulsos homicidas son más fáciles de atrapar.

Tampoco es cierto que estas conductas delictivas sean necesariamente producto de una historia de pobreza familiar o promiscuidad social.

Por lo general, los asesinos en serie suelen tener una motivación sexual por lo tanto, hacen uso de una “lujuria erótica” y de la tortura, para obtener placer sexual por mutilación de la víctima y también de la necesidad de matarla lentamente tras un tiempo, a veces prolongado.

De manera tal que, el *asesino serial sexual* complace su placer erótico,

por lo general de tinte parafrílico, con un homicidio, es decir, el delincuente satisface su erotismo matando a la víctima. El asesinato lujurioso es sinónimo del término *erotophonophilia*, parafrilia que se caracteriza porque la excitación o gratificación sexual depende de la muerte de un ser humano.

Normalmente este tipo de delincuencia se manifiesta ya sea por asesinato durante la relación sexual y / o mutilar a los órganos sexuales o las zonas de la víctima el cuerpo. La mutilación de la víctima pueden incluir la evisceración y / o despedazamiento de los órganos genitales. La *antropofagia* (el consumo humano de la sangre y / o la carne) y la *necrofilia* (la realización de de actos sexuales en un ser humano muerto) también están descriptas.

Estos delincuentes han hecho una conexión entre el asesinato y la satisfacción sexual. Cuando este tipo de delincuente elige a una víctima, ésta debe tener algo que el delincuente encuentra sexualmente atractiva. Recordar que *víctima* no es cualquier persona, sino aquella que “encaja” en el patrón del victimario. Esta característica atractiva podría ser común en todas las de las víctimas del delincuente (configura un patrón). Puede haber muchas víctimas potenciales que un delincuente “deja pasar” porque no cumplen con sus necesidades psicopatológicas básicas.

El popular asesino anónimo **Jack el Destripador** despedazó varias prostitutas en Londres en 1888 (el número exacto de víctimas se desconoce como mínimo cuatro, probablemente seis). Estos crímenes lograron obtener enorme atención de la prensa debido a Londres, en aquel momento, era el centro de la superpotencia económica más importante del mundo

6.3. Manifestaciones del accionar del asesino serial

Estos criminales suelen tener un especial comportamiento (ritual) que le son particularmente característicos y mantienen inalterados durante la secuencia delictiva, lo que permite elaborar un *perfil psicológico particular del asesino*.

El FBI, sin mucha precisión, ha categorizado a los asesinos seriales dentro de dos tipos diferentes: *organizados y desorganizados*.

a) Asesinos organizados:

Usualmente son poseedores de un coeficiente intelectual superior a la media (105 en adelante). Suelen denominarse “homicidas perversos o desalmados” (trastorno antisocial de la personalidad), que planifican sus crímenes muy metódicamente por lo cual pueden tardar cierto tiempo en realizar un asesinato.

Estos tipos de asesinos, tienen un alto grado de control sobre la escena del crimen, y generalmente conocen bien la ciencia forense que los habilita para cubrir sus huellas, tal como enterrar el cuerpo o cargarlo hasta un río para hundirlo. Ellos siguen escrupulosamente sus crímenes en los medios de comunicación, y muchas veces se enorgullecen de sus acciones, como si fuesen grandiosos proyectos.

El asesino organizado es habitualmente muy sociable, tiene amigos y amantes, muy a menudo hasta esposa e hijos. Son el tipo de persona que cuando son capturados, son descritos por los conocidos como “un tipo agradable e inofensivo”.

Algunos asesinos en serie se esfuerzan por hacer sus crímenes difíciles de descubrir, como por ejemplo falsificando notas de suicidio. Es el caso

de **Harold Shipman**, (old Frederick o “Fred” Shipman) (1946 - 2004) fue un médico británico, acusado de matar a 218 de sus pacientes entre 1971 y 1998.

b) Asesinos desorganizados:

Estos sujetos presentan un cociente intelectual entre 80 y 95, cometen sus crímenes impulsivamente. Se le suelen observar notorias alteraciones mentales, por lo que se los denomina como “el asesino psicótico”. Mientras que el asesino organizado saldrá específicamente a cazar a la víctima, el desorganizado matará a alguien cuando quiera que la oportunidad surja, contadas veces se molestará en deshacerse del cuerpo, dejándolo en el mismo lugar en que encontró a la víctima.

Usualmente llevan a cabo ataques “sorpresa”, asaltando a sus víctimas sin previo aviso, y típicamente ejecutarán rituales que creen necesarios hacer, una vez que la víctima esté muerta por ejemplo; necrofilia, mutilación, canibalismo, etc.). A menudo son personas no sociables, con pocos amigos, y pueden tener un historial de problemas mentales y ser referidos por sus conocidos como excéntricos o hasta “un poco extraño”. Tienen poca consciencia sobre sus crímenes y puede que bloqueen los recuerdos de sus asesinatos.

Uno de los casos recientes más conocidos que encajan con este perfil es el de **Francisco Garcia Escalero**: (1954-) conocido como “el matamendigos” o el “asesino de mendigos” es un asesino en serie, que practicaba la necrofilia y el canibalismo.

6.4. Causas o motivaciones para asesinar

Los patrones organizado y desorganizado, están relacionados con los

métodos del accionar de los asesinos. Ahora bien, en cuanto a los motivos que pueden movilizar ese accionar, pueden considerarse las siguientes categorías diferentes. Pueden ser asesinos:

a) **Psicóticos**, contrario a lo que se suele suponer son muy pocos los asesinos seriales exculpados por enajenación mental. **Herbert Mullin** (1947-) masacró a 13 personas después de “oír unas voces”, que le dijeron que los asesinatos eran necesarios para prevenir un sismo en California. Por tal razón fue declarado inimputable.

b) **Proféticos o iluminados**: son llamados también *asesinos apostólicos* creen que sus actos están justificados cada vez que ellos se deshacen de cierto tipo de personas indeseables, (prostitutas o miembros de cierto grupo étnico), por delegación de una autoridad divina o mística, haciéndole un favor a la sociedad.

Gary Ridgway (1949-) es un hombre de apariencia humilde cuyo aberrante comportamiento sexual nace por su odio hacia las mujeres (misoginia). Asesinó por lo menos a 4 mujeres cuando fue detenido en 2001 en Washington.

Aileen Carol Wuornos, (1956 y murió bajo los efectos de la inyección letal en 2002). Fue una asesina en serie condenada a muerte por el estado de Florida en 1992 que admitió haber matado a siete hombres en incidentes separados; todos ellos, afirmó, la violaron (o intentaron hacerlo) mientras trabajaba como prostituta. Curiosamente, en el caso de Wuornos, las víctimas no eran prostitutas, sino los clientes de estas.

Los asesinos apostólicos difieren de otros tipos de asesinos seriales, en que sus motivaciones que por lo general no son sexuales.

c) Placer: Este tipo de homicida asesina por el simple placer de hacerlo, aunque las características que ellos disfrutan pueden diferir. Algunos pueden deleitarse con la “búsqueda” de perseguir y encontrar una víctima más que cualquier otra cosa, mientras otros pueden estar principalmente motivados por los actos de tortura y abuso de la víctima mientras está viva. Un ejemplo paradigmático de esta motivación fue el asesino serial **Jeffrey Lionel Dahmer (1960-1994)** En septiembre de 1986 es arrestado por exhibicionismo indecente y desembocó a su primer análisis psicológico, siendo diagnosticada una personalidad peligrosa. Un año después empezó a matar.

d) Beneficio secundario o lucro: La mayoría de los criminales que cometen asesinatos múltiples por fines materiales (tales como los asesinatos a sueldo), no son clasificados como asesinos seriales, porque están motivados por el afán de lucro o algún tipo de ganancia económica, en lugar de estarlo por una impulsión psicopatológica. Aun así, existe una delgada línea que separa a ambos tipos de asesinos.

Por ejemplo, **Marcel André Henri Petiot Félix (doctor Marcel Petiot)** (1897 -1946 en que fue decapitado) fue un médico francés y asesino en serie condenado por múltiples asesinatos tras el descubrimiento de los restos de 26 personas en su casa de París tras la Segunda Guerra Mundial.

e) Poder y dominio o control Este es el asesino serial más común. Su principal objetivo para matar es obtener y ejercer poder sobre su víctima.

Muchos asesinos de este tipo abusan sexualmente de sus víctimas, pero difieren de los asesinos hedonistas en que la violación no es motivada por lujuria, sino por otra forma de dominación sobre el martirizado.

Una mención especial debemos de hacer con referencia a la problemática social en que se pueden encontrar involucrados los homosexuales y/o travestistas, circunstancias que pueden llegar hasta los asesinatos de gays.

Los casos de asesinato de homosexuales suelen ser frecuentes. En particular tuvimos oportunidad de hacer las pericias psiquiátricas a tres “taxi boys” que fueron condenados a entre 10 y 15 años de prisión por ultimar en su departamento de Palermo al relacionista Claudio “la Clota” Lanzetta, de 38 años en 2002 y que era un personaje de la noche porteña muy relacionado con la farándula.

Otros casos resonantes de víctimas homosexuales a nivel internacional fueron el del cineasta italiano Pier Paolo Pasolini en una madrugada romana de 1975 en manos del taxi boy de 17 años Giuseppe Pelosi.

Una mañana de julio de 1997 fue asesinado el Miami el diseñador de modas Gianni Versace en las escalinatas de su mansión por el seductor psicópata serial Andrew Phillips Cunnanan quien luego se suicida de un balazo en la boca unos días después.

6.5 Frecuencia de reincidencias

La frecuencia de las reincidencias de los delincuentes sexuales es muy alta. Los *abusadores sexuales* que presentan perturbaciones en su conducta sexual son habitualmente tratados con diferentes tipos de psicoterapias desde el psicoanálisis, pasando por el conductismo y últimamente por las terapias sistémicas. Además a veces también con apoyo farmacológico y/o otras alternativas, etc., siendo en general los resultados inciertos o de eficacia relativa.

En el caso de los delincuentes sexuales, sobre todo los agresores sexuales, ofensores, violadores reincidentes de alta peligrosidad con trastornos psicopatológicos manifiestos o no, y con conductas parafilicas o sin ellas; se viene utilizando en algunos países (con autorización de los agresores) tratamientos hormonales que tienen por finalidad inhibir la libido, es decir bloquear su deseo sexual por tiempo indeterminado, con la intención de acelerar su rehabilitación, posibilitar su excarcelación y controlar estrictamente la continuidad de su tratamiento y su adaptación al medio a través de los centros de liberados.

Para tal fin se han utilizado distintas hormonas: los *progestágenos* como el acetato de medroxiprogesterona, *antiandrógenos* como el acetato de ciproterona y más recientemente el *acetato de triptorelina*, un agonista de los factores de liberación de las gonadotrofinas hipofisarias de acción prolongada.

El efecto que se busca en todos estos casos es abolir las conductas sexuales desviadas reduciendo la secreción de testosterona. Estos estudios se vienen realizando en Canadá, Australia, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Dinamarca, Alemania, EEUU y Bélgica, entre otros países. En nuestro país estas alternativas terapéuticas tienen fuerte resistencia ideológica.

A pesar de eso, en los últimos tiempos en la Provincia de Mendoza, se ha aprobado la castración química a través del establecimiento de un Programa Provincial para la Prevención de las Reincidencias de Autores de Delitos de Índole Sexual, destinado a sujetos condenados, en forma voluntaria, con consentimiento informado y previo diagnóstico preciso en las etapas de libertad condicional y una vez agotadas las penas.

Una de las dificultades más grande que presenta la rehabilitación de los abusadores y, por ende su alto índice de reincidencias es que, el motor movilizador de su conducta es un **deseo sexual** especial, que le provoca un placer o goce particularmente fijo, por lo que necesita reiterar ese estímulo en búsqueda de la respuesta esperada y conocida como gratificante. Esta conducta es de muy difícil modificación terapéutica ya que su control, es renunciar a una experiencia sexual gratificante y otras alternativas no le provocan la misma respuesta erótica. Es lo mismo que pretender que un homosexual se sienta heterosexual o viceversa.

De manera tal que, de todo lo expresado se puede concluir que *la problemática de la reincidencia* de los abusadores y por ende *su grado de peligrosidad*, se deben tener en cuenta algunas reflexiones básicas.

Es indudable que, trabajar con ofensores sexuales genera en los especialistas mucho desgaste ya que deben luchar contra la indiferencia, el rechazo o el escepticismo, hasta de los propios colegas.

El alto índice de dificultades que presenta la tarea que se reafirma permanentemente por la circunstancias del relativo logro de posibilidad de rehabilitación, se asocia al descreimiento social de la eficacia de los tratamiento, sobre todo fogoneado por la observación cotidiana de casos de reincidencia de los que se hace eco los medios sociales y periodísticos.

Por último, debemos conceptualmente delimitar operativamente el término **peligrosidad**, como la condición psíquica de una persona que la lleva a realizar conductas dañosas o delictivas.

La peligrosidad puede ser social o médica.

La *social* la resuelve un juez a través de la detención del individuo que se le ha imputado un delito de la suficiente gravedad para que amerite su prisión preventiva (procesamiento) o en su defecto se lo sentencie a una cantidad determinada de años luego de habersele probado la imputación (condena).

La *médica* se da en el ámbito del sistema de salud mental a nivel asistencial y/o legal.

En el ámbito *asistencial* es habitual que el tema de la peligrosidad o riesgo de un paciente se plantee en los casos de internaciones involuntarias. Personas con *síntomas de alienación*, sin conciencia de enfermedad, o cuando un facultativo detecte conductas *compulsivas* por consumo de sustancias psicoactivas y o alcohol que lo pongan al sujeto en situación de riesgo para su salud, y éste no acceda voluntariamente a un tratamiento adecuado ambulatorio, ante tal circunstancia deberá quedar a criterio de un juez la efectivización o no de la internación, aunque no se verifique la posibilidad de daños para sí o terceros o de comisión de un delito.

Esta situación se encuentra en plena revisión en la actualidad tras la sanción en diciembre de 2010 de la *nueva ley sobre Salud Mental* que a través del Decreto 1855/2010 publicado B. O., el Gobierno Nacional promulgó con el N° 26.657.

No obstante ello consideramos que la tarea de predicción de la peligrosidad de un delincuente sexual se ha de tener en consideración la gravedad y la frecuencia de las agresiones sexuales mostradas en la carrera delictiva.

CONCLUSIONES

Los delitos sexuales los pueden cometer perturbados sexuales (disfuncionales y/o parafilicos o desviados) pero debe quedar en claro que estas perturbaciones sexuales por sí mismas, por lo menos en la inmensa mayoría de ellas, no están contempladas como delitos por el Código Penal vigente.

Desde cualquier perspectiva que se enfoque el tema de la conducta sexual delictiva se plantean dos interrogantes comunes a cualquier delito: 1) la personalidad del individuo que delinque y, 2) que se hará psicosocialmente con él luego de su procesamiento.

La valoración medico-legal de los delitos de origen sexual supone poner en relación el tipo de delito cometido, con la personalidad del delincuente valorando como ya es habitual su capacidad de comprensión y la voluntad de ejecución (art 34 inc. 1°CP).

La primera suele estar conservada en todos los trastornos psicosexuales salvo el caso de algunos oligofrénicos, en demencias con trastornos orgánicos de la personalidad y ocasionales cuadros psicóticos. También debe valorarse la situación del conocimiento bajo la influencia de sustancias tóxicas preferentemente el alcohol y drogas. En general lo único que hacen los tóxicos, es aflorar la patología de base, por lo tanto en la mayor parte de las ocasiones el sujeto conoce lo que realidad y el valor antijurídico de su conducta.

No se trata de justificar los comportamientos parafilicos y aún menos las psicopatías sexuales, pero la condenación por el hecho de tenerlos, si no trasgreden pautas legales, es una intolerancia. Todo consiste en hacer que el sujeto tome conciencia de que

debe vivir su sexualidad parafrática con los mismos criterios de responsabilidad que los que presiden el ejercicio de la sexualidad convencional.

Nadie es responsable de sus tendencias, es solamente responsable de las formas como las vive. La parafrasia no es una elección, sino un destino, pero ésta, al igual que la sexualidad convencional, se debe ajustar a las pautas normativas de convivencia en el respeto por el otro.

La posibilidad de reincidencia en los delinquentes sexuales es alta, a pesar de los intentos rehabilitatorios que se intentan al respecto. Ello no amerita justificar que no se deba intentar todo tipo de recurso terapéutico con los que cuenta la medicina y la psicología actual.

El mayor o menos éxito que se logre en dicho intento dependerá de innumerables factores y para ello, se debe tener en cuenta que la conducta delictiva sexual debe estudiarse en función de la personalidad del individuo y su contexto socio-cultural, buscando siempre su significación (sentido) relacionando la vida del sujeto y las situaciones concretas en que dicha conducta se manifiesta dentro de su ambiente.

Por último, debemos recordar que trabajar con ofensores sexuales genera en los especialistas mucha frustración, atento a las características psicopatológicas de estos sujetos, el aleatorio logro de rehabilitación que se suele obtener y el escepticismo que despierta en los colegas, que se asocia al descreimiento social, sobre la eficacia de los tratamientos que se intentan, sobre todo por la observación cotidiana de casos de reincidencia de los que se hace eco los medios sociales y el periodismo.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHAVAL, A. *Manual de Medicina Legal*. Ed. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1988.
2. ALVAREZ GAYOU, J. L. *Sexología Integral*. Manual Moderno, Mexico, 1986.
3. ALZATE, H. *Sexualidad Humana*. Ed. Temis, Bogotá, Colombia, 1988.
4. Bonnet E PF *Medicina Legal* 2da Edición López Libreros Bs As 1980.
5. BRUNO A Y TORTORA G *Las psicopatías. Su revisión conceptual. Implicancias psiquiátrico forenses*. Rev. de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis, 2 (4):233-254, 1996.
6. CABELLO VICENTE *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal* Ed. Hammurabi Bs As, 1984.
7. DELGADO BUENO, S. *Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. Colex, España, 1995.
8. ELBERT CARLOS A *Manual Básico de Criminología* Eudeba Bs AS 1998.
9. FREEDMAN, A. M.; KAPLAN, H. Y SADOCK, B J. *Tratado de Psiquiatría* Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
10. FONTAN BALESTRA, C. *Delitos sexuales* Ed. Arayú, Buenos Aires, 1953.
11. FRIAS CABALLERO J *Inimputabilidad penal* Ediar Bs As 1981.
12. GILBERT CALABUIG, J. A. *Medicina Legal y Toxicología*. Ed. Mason, Madrid, 1998, 5ta Edición.
13. GÖPPINGER H *Criminología* Ed. Reus Madrid 1975.
14. GIMBERNAT E. Y COLAB *Sexualidad y Crimen* Instituto Editorial Reus Madrid 1969.

15. GUSMAO, CRYSLITO DE, *Delitos sexuales*. Ed. Bibliografía, Buenos Aires, 1958.
16. KARPMANN, B. *El crimen sexual, sus motivaciones*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1972.
17. KARPMANN, B. *El delito y los delinquentes sexuales*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1972.
18. LAPLAZA F *Objeto y Método de la Criminología* Ed. Arayú Bs As 1954.
19. LOPEZ IBOR, J.J. *El Libro de la Vida Sexual*. Ed. Danae, Madrid, 1970.
20. MC CORD, L. *El Psicopata*. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1967.
21. MASTERS, W. Y JOHNSON, V. *El vínculo del placer*. Ed. Grijalbo, Buenos Aires, 1977.
22. MC CARY, J. *Sexualidad Humana* Ed. Manual Moderno México 1978.
23. PELLEGRINI R. *Sexuología*. Ed. Morata, España, 1966.
24. RAFFO O. *La muerte violenta* Ed. Universidad Bs As 1980.
25. ROMI, J. C. *Delimitación Conceptual de las Perturbaciones Sexuales* Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, 1980.
26. ROMI, J. C. *Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual*. Rev. Neuropsiquiatría y Salud Mental, 13.(3): 61-64, 1982.
27. ROMI, J. C. *Curva de Autoevaluación Sexológica. Su aplicación en Sexología Forense*. Rev. Alcmeón 2 (2): 241-266, 1992.
28. ROMI, J. C. *Las Parafilias. Su delimitación conceptual*. Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis, 1(1): 45-49, 1994.
29. ROMI, J. C. *Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva*. Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis. 2 (2): 117-130, 1995.
30. ROMI, J. C. Y BRUNO, A. *Importancia de la semiología delictiva en la peritación psiquiátrico-forense penal*. Rev. Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, 2 (2): 82-91, 1995.
31. ROMI, J. C. *El agresor sexual y el Código Penal Argentino*. La Prensa Médica Argentina. 83(4): 304-313, 1995.
32. ROMI, J. C. *Las parafilias: Importancia médico legal*. Rev. de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis, 3(1): 96-111, 1997.
33. ROMI, J. C. *El delincuente sexual serial* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 6 Vol. 3 N° 2 (10) Pág. 115-133 mayo 1999.
34. ROMI J. C. *Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 7 Vol. 4 N° 1 (12) Pág. 61-83 junio 2000.*
35. ROMI J C Y COLAB. *Investigación Psiquiátrica Forense de Abuso Sexual* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 8 Vol. 4 N° 1 (13) Pág. 53-79 marzo 2001 En colaboración con Graciela Eleta, Lorenzo García Samartino, Marta Gaziglia y Carlos Gatti.
36. ROMI J C Autor colaborador de la "Actualización de diagnóstico y tratamiento en Psiquiatría" Editado por Laboratorio Roche Compilado de 14 fascículos realizado por numerosos autores. Capítulo desarrollado por el coautor "La conducta sexual. Su psicopatología" Fascículo N° 12 Pág. 24-4037.

37. ROMI J C *Experiencia psiquiátrico-sexológica en el CMF en peritaciones de adultos sobre casos de presunto abuso sexual infantil* Publicado en "Estudios y comunicaciones 2000-2001", publicación científica del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Libro 43 Diciembre 2001 Pág. 111-118.
38. ROMI J C *Los delitos contra la integridad sexual. Consideraciones médico legales.* Publicado en "Cuadernos de Medicina Forense" del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 1 N° 1 junio 2002 En colaboración con los Dres Lorenzo García Samartino y Víctor L Poggi.
39. ROMI J C LAZCANO R *La sexualidad frente al consumo de drogas, fármacos y alcohol. Su importancia médico-legal* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 9 Vol. 4 N° 2 (14) Pág. 24-39 septiembre.
40. ROMI J C Autor colaborador Del "Tratado de Psiquiatría" Editado por Editorial Ananké Octubre 2002 Compilador Dr. Néstor F Marchant Coordinador general Dr. Alberto Moncha-blón Espinosa Capítulo desarrollado por el coautor el 25: *La conducta sexual. Su psicopatología*".
41. ROMI J C *Los delitos sexuales. Factores de riesgo de índole sexual.* Publicado en "Algo más sobre le daño psíquico y otros temas forenses", publicación científica del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires Libro Diciembre 2002 pág. 35-53.
42. ROMI J C Autor colaborador del "Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense" Editado por la Editorial Quórum Mayo 2003
- Autores: José Patitó y colaboradores Capítulo desarrollado por el coautor. *Sexología forense* Corresponde al capítulo VIII de la Novena parte "Psiquiatría Médico Legal" páginas 911-919.
43. ROMI J C *Nomenclatura de las manifestaciones sexuales* Publicado ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica órgano de difusión de la FCCN (Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica) y de la AAP Año XIV, Vol., 11, N° 2, Pág. 101-126, abril 2004.
44. ROMI J C *La pedofilia: reflexiones sexológicas y médico-legales* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 11 Vol. 4 N° 4 (16) Pág. 42-68 julio 2004.
45. ROMI J C Autor colaborador "Temas de Actualización en Psiquiatría Forense" Publicado por el Laboratorio Raffo. Septiembre 2004 Director. Dr. Néstor Stingo Capítulo desarrollado por el coautor: "Los trastornos psicosexuales y los delitos" páginas 147-158.
46. ROMI J C *Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual* Publicado por "Vertex" Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XVI N° 61 mayo-junio 2005, Pág.: 213-221.
47. ROMI J C *Algunas reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores* Publicado en "Cuadernos de Medicina Forense" del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 3 N° 2 y 3 junio 2005 (93:112 En colaboración con el Dr. Lorenzo García Samartino.
48. ROMI J C *Bases neurobiológicas de la conducta sexual.* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 12 Vol. 5 N° 1 (17) Pág. 42-77 octubre 2005.

49. ROMI J C *La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación*. Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 12 Vol. 5 N° 1 (17) Pág. 78-108 octubre 2005.
50. ROMI J C Coautor del libro "La evaluación psicológica en materia forense" Editado por Editorial Ad-Hoc Buenos Aires febrero 2006 Monografías de Derecho Médico-legal Coautores: Dra. Martina Casullo, Dr. Lorenzo García Samartino y Dr. Roberto L M Godoy.
51. ROMI J C *Abuso sexual. Avatares del diagnóstico* Publicado en la Revista de Derecho Penal y Procesal Penal 9/2006 Lexis-Nexis Pág. 1744-1753 Septiembre 2006.
52. ROMI J C *El travestismo: Implicancias sexológicas, médico-legales y psicosociales*. Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 12 Vol. 5 N° 2 (18) Pág. 33-54 septiembre 2006.
53. ROMI J C *La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexológico y médico legal* Publicado ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica órgano de difusión de la FCCN (Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica) y de la AAP Año XV, Vol., 13, N° 2, (50) Pág. 5-28, septiembre 2006.
54. ROMI J C *La problemática médico legal de la prostitución en la Argentina* Publicado en la Revista de Derecho Penal y Procesal Penal 8/2007 Lexis Nexis Pág. 1519-1545 agosto 2007.
55. ROMI J. C. *Las perturbaciones sexuales. Críticas a su inclusión como trastornos mentales en el DSM IV TR* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 15 Vol. 6 N° 1 (21) Pág. 24-49 marzo 2008.
56. ROMI J C. *Las perturbaciones sexuales como factor de riesgo en la comisión de delitos sexuales* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 15 Vol. 6 N° 2 (22) pág. 40-55 sept. 2008
57. ROMI J C. *Algunas consideraciones médico-legales sobre la delincuencia sexual* Publicado por "Vertex" Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XX N° 83 enero-febrero 2009, Pág.: 40-50.
58. ROMI J C. *El pluralismo sexual* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 16 Vol. 6 N° 3 (23) pág. 21-39 abril. 2009.
59. ROMI J C *El fetichismo: reflexiones sexológicas, psicopatológicas y médico legales* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 16 Vol. 6 N° 4 (24) pág. 41-58 septiembre. 2009.
60. ROMI J C. *Agresor sexual serial. A propósito de un caso pericial paradigmático* Publicado en la Revista "Psiquiatría" Revista Latinoamericana de Psiquiatría Año 3 N° 10 mayo 2010 pág. 23-27.
61. ROMI J C *Alta frecuencia de reincidencia de los delincuentes sexuales* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 17 Vol. 7 N° 2 (26) pág. 109-131 septiembre 2010.
62. ROMI J C *Reflexiones sobre las peritaciones de los agresores sexuales. Consideraciones sobre la frecuencia de reincidencias* Diario electrónico. Doctrina MJAR Microjuris.com. Acceso: <http://ar.microjuris.com/salud.jsp MJ-DOC-4881-AR.pdf>. Publicado 8 de septiembre.
63. ROMI J C *Algunas reflexiones en torno a las peritaciones sexológicas en el CMF* Publicado en "Cuadernos de

Medicina Forense” del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Año 2 N° 1 octubre 2010 (37:56).

64. SILVA D- TORRE R *Homicidios seriales* Ed. García Alonso Bs As 2007.
65. TIEGHI, O. *Delitos Sexuales*. Ed. El Abaco, Buenos Aires, 1983.
66. TIEGHI, O *Tratado de Criminología* Ed. Universidad Bs As 1985.
67. TORRE R, SILVA D *Perfiles criminales* Dosyna Ediciones Argentina Bs As 2006.
68. VON KRAFFT-EBING, R. *Las psicopatías sexuales*. Ed. Sagitario, Buenos Aires, 1970.

ALTERACIONES DE LA IMPRONTA DACTILAR, EN MENORES CONSUMIDORES DE PASTA BASE LA IMPRESIÓN DACTILAR COMO ÚNICO MÉTODO BIOMÉTRICO COMPROBABLE

*Dra. Carmen Mercader Mellado
Dr. Roberto Luis María Godoy*

RESUMEN

El siguiente trabajo se sustentó en la problemática de los menores en conflicto con la ley que consumen “Paco” o PBC” (Pasta base de cocaína).

La investigación se inicia por la apreciación a simple vista de alteraciones en los calcos dactilares, de habitual observación en el transcurso de la labor pericial, y de la verificación de lesiones digitales por quemaduras de llama por el uso constante e indiscriminado del encendedor para el consumo del “Paco”. Para tal fin se obtuvo un amplio muestreo de dactilogramas de los menores adictos, evaluados en ésta sede pericial (C.M.F).

Del estudio técnico científico de las lesiones se concluyó que en algunas de ellas, las figuras papiloscópicas eran inclasificables, por lesiones cicatrizales, manchas de sangre y áreas mudas de diseño etc. Estas muestras, presentaron un impedimento para la determinación de la Identidad Dactiloscópica.

Esta se fundamenta en la observación analítica y comparada de dos o mas calcos digitales entre si, denominado “cotejo o confronate dactiloscópico”, teniendo como finalidad, el estable-

cimiento de la” identidad humana” de forma categórica, fehaciente e indubitable.

ABSTRACT

The following study was based on the problems of minors in conflict with law that consume “Paco” or PBC “(cocaine base).

The investigation started by the naked eye assessment of alterations in the finger tracings of normal observation in the course of the expert work, and verification of digital lesions flame burns because of the constant and indiscriminate use of the lighter for consumption of “Paco”. The sampling was obtained from children addicted dactylogram, evaluated on this based expert (Cuerpo Médico Forense).

Scientific technical study concluded that lesions (figures), in some of them, were papiloscopically unclassifiable because of scarring, blood stains and silent areas of design etc.

These samples, presented an impediment to determining the identity fingerprint.

This is based on analytical and comparative observation of two or more

digital casts to each other, called “fingerprint comparison or confront”, with the objective, the establishment of “human identity” categorically, authoritative and unquestionable.

OBJETIVOS

Analizar las implicancias médico legales de la problemática de los menores en conflicto con la ley, que presentan alteraciones en sus huellas dactilares, que impidan el establecimiento de la identidad de los mismos.

ASPECTOS LEGALES

Las huellas dactilares son consideradas como el más alto grado de evidencia forense. Las modificaciones observadas por el consumo de “la pasta base” pueden incurrir en un alto índice de error para el proceso de investigación de un hecho delictivo.

MÉTODO

El estudio se realizó en una población de menores de dieciocho años, con causas penales. Se efectuó en éste organismo pericial el examen médico de las facultades mentales previsto en art. 78 del C.P.P.N y la determinación de la edad aparente, en los casos que se ordene por disposición judicial.

Los menores son trasladados con custodia, a ésta dependencia (Cuerpo Médico Forense), para ser examinados, desde el “C.A.M.E.T” (Centro de Admisión de Menores en Tránsito), que se encuentra en el palacio de justicia de la Corte Suprema de la Nación.

Luego de realizado el examen médico y o radiológico/odontológico, los menores son trasladados a los diferentes institutos de menores (Rocca, San Martín, Borchez, Inchausti, Agote, Belgrano etc.).

En menor número, se presentan con familiares o solos, provenientes de sus domicilios.

El examen de las facultades mentales se basa en un exhaustivo interrogatorio,

Los datos filiatorios obtenidos según los dichos del menor, no son confiables, sea por omisión, desconocimiento, tergiversación, falsedad, inexactitudes, suplantación de identidad, etc.

La impresión dactilar es el único dato concreto y fehaciente que se aporta en la pericia médica.

MÉTODOLOGÍA

El estudio e incorporación del muestreo de las improntas dactilares, que se adjunta en el presente trabajo de investigación se realizó por “el método directo”.

Se obtuvo en primera instancia, impresiones de los dígitos pulgares.

Se seleccionaron calcos dactilares con alteraciones de diseño, leves, moderadas y graves

Se adjunta también, huellas dactilares “sin alteraciones” a los fines comparativos.

TOMA DE IMPRESIONES

ELEMENTOS:

- Se utiliza la tinta pinmatic, con el

fin de reunir condiciones de nitidez e integridad.

- Tabla de madera doble faz, una plana y la otra acanalada.
- Lupa cuenta hilos 5x, aumentos.
- Alcohol.
- Toallas humedecidas higiénicas para la limpieza de los dedos previa a la impresión dactilar.
- Fichas dactiloscópicas especialmente diseñadas.

TECNICA

- Limpieza e higiene de las zonas epidérmicas (pulpejos).
- Estudio de “visu”.
- Entintado específico de los dígitos.
- Toma de calcos papilares.
- Se levanta dos improntas dactilares por individuo, una por rodamiento y otra en disposición antero posterior.

PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (PBC)

La PBC es un paso previo al paco. Se trata de un proceso que comienza en los países cultivadores de coca, como Perú, Bolivia, Colombia.

Es una de las cocaínas fumables al igual que el crack. Se extrae de la hoja del arbusto *Erythroxylon coca*.

Es el primer producto de la extracción cruda, que se obtiene en el proceso de maceración y mezcla de solventes (kerosene, bencina), amoníaco y ácido sulfúrico, así se obtiene un primer extracto de coca o cocaína base libre.

Se presenta para su consumo en forma de tiza, gota o “lágrima”.

Es una potente droga de abuso con acción estimulante del Sistema Nervioso Central (S.N.C) de rápida difusión y gran potencial adictivo.

Las características específicas de los

consumidores es la agresividad, impulsividad, cambios de conducta, y rotura de códigos sociales.

El “paco” es una droga callejera de bajo costo, elaborada a partir del alcaloide de la cocaína, bicarbonato de sodio, cafeína, y anfetaminas, etc se consume por vía respiratoria.

El consumo del “paco” se realiza con pipas caseras, latas agujereadas, antenas de televisión, tubos de metal, cigarrillos. Se mezcla el polvo de la pasta base con viruta de metal y ceniza de cigarrillo, o esponja de metal dorado (virulana) a modo de filtro.

Debido a su composición química es altamente adictiva. los menores adictos, confeccionan el “paco”, con tubos de plástico o bolígrafos que insertan en tapas de gaseosas cubiertas por una tapa de metal (las que obtienen de los yogures), luego se utiliza una aguja para perforarla y, por sobre dicha tapa se coloca, “el polvo de la pasta base”, se aplica llama del encendedor para su encendido . El humo que difunde por el tubo del “bolígrafo” es aspirado por el menor.

Cuando el consumo es en forma de cigarrillo, (la mezcla de tabaco y pasta base) se lo llama “mono” o mixto, en cambio cuando la mezcla es con marihuana se lo denomina “marciano, bazuco, nevado” etc.

En resumen, las formas de consumo son “el paco” “la pipa” (el tubo de metal) y en forma de cigarrillos. (Foto 1)

El efecto es rápido e intenso, dura de dos a cinco minutos.

El consumidor al momento del consumir, transita por diferentes etapas:

- Disforia: angustia, depresión, tristeza, apatía adicción: consumo ininterrumpido.

- Psicosis y alucinaciones: agitación, pérdida de contacto con la realidad, agresividad, paranoias.

Se pueden observar los siguientes efectos físicos por el consumo de “paco”:

- Pérdida acelerada de peso. por disminución del hambre. (algunos casos presentan anorexia) Se utiliza en la clínica como marcador de consumo activo.
- Deterioro progresivo de la piel.
- Ulceraciones de labios y cavidad bucal.
- Náuseas y vómitos
- Insomnio y desgarro.
- Irritabilidad
- Temblor
- Midriasis (pupilas dilatadas)
- Hipertensión arterial
- Cefaleas y mareos.
- Taquicardia
- Pérdida de la capacidad pulmonar

Las lesiones por quemaduras en la piel de las manos, son producto del consumo de la “pasta base” (de diferente gravedad en los pulpejos de los dedos), se relaciona intrínsecamente a los niveles de adicción, “a mayor consumo”, se le corresponde lesiones digitales de mayor profundidad.

Éstas se agravan con el tiempo.

Para el estudio papiloscópico, las lesiones de la epidermis, no dificultan, la evaluación, comparación y verificación.

En las que afectan la dermis, (capa más profunda de la piel), se observa pérdida de sustancia de los pulpejos de los dedos.

Las quemaduras son de mayor extensión y profundidad. En el dactilograma se evidencia por “áreas mudas de

diseño”, como así también la presencia de manchas de sangre.

El muestreo de huellas dactilares que se adjunta en el presente trabajo, refleja las diferentes mutaciones que se llevan a cabo en los procesos de destrucción, como así mismo a los de reparación en los dedos afectados.

El mecanismo de producción de las lesiones digitales, es por contacto directo a la llama del encendedor, para el prendido del “paco”.

La piel se expone a quemaduras reiteradas por su uso indiscriminado. El procedimiento para el encendido del “paco”, lo realizan decenas de veces por día, según el nivel de adicción.

El encendedor se utiliza en forma invertida, lo que explica la etiología de las lesiones por quemadura de los dígitos pulgares. Cuando la modalidad del consumo de la pasta base es con “tubos de metal”, los dedos mas afectados son, el pulgar índice y medio por el contacto con el metal caliente.



Una huella dactilar puede sufrir transformaciones en el tiempo. Lo “legible” puede modificarse a “ilegible” y viceversa. El procedimiento de evaluación, verificación y comparación,

se encuentra supeditado a éstas modificaciones.

Una impresión dactilar alterada presenta en mayor o menor medida, figuras papiloscópicas inclasificables, impidiendo establecer la identidad mediante el correspondiente cotejo entre dos dactilogramas “para comprobar la igualdad”, respecto a la huella previa del individuo.

La problemática desde el punto de vista jurídico, se evidencia cuando los rastros obtenidos por los equipos de criminalística, son parciales o con alteraciones, imposibilitando la legibilidad y posterior identificación.

Es importante analizar con un concepto integrador, la problemática de los menores adictos a la “pasta base” que se encuentran en conflicto con la ley.

Se observa en éstos menores, condiciones familiares, sanitarias, socioeconómicas, educacionales, extremadamente deficitarias, que exponen al menor a situaciones de riesgo para sí y para terceros.

Una constante de vulnerabilidad es la “situación de calle” y la adicción a los estupefacientes,

constituyen grupos de pertenencia, llamados ranchadas. Éstos “menores sin techo” pernoctan en las estaciones de tren, subtes, plazas, iglesias, etc., se fugan de sus casas o comunidades terapéuticas.

Proviene de familias numerosas de muy bajos recursos, disfuncionales, y disgregadas que se sostienen en la mayoría de los casos por planes sociales. El nivel de instrucción es “regular a malo” (por abandono de la escolaridad) presentan dificultades para la lectoescritura, algunos no saben leer ni escribir, los recursos lingüís-

ticos son limitados. La escolaridad promedio es la correspondiente a un 5° grado.

En el aspecto nutricional las carencias observadas, son atribuibles a una alimentación deficitaria y discontinuada, los menores adictos mientras consumen la pasta base, no se alimentan.

Los menores se presentan al examen médico, muy desprolijos y sucios debido a su condición de calle. Los denominan “los niños grises”.

En gran número se observó lesiones corporales de diferente etiología: heridas de armas blancas, (por puntas, cuchillos, trozos de vidrio) heridas por armas de fuego, amputaciones (propensión a los accidentes), lesiones autoinflingidas en antebrazos con hojas de afeitar u otros elementos cortantes.

Hematomas faciales, corporales, escoriaciones, pérdida parcial o total de piezas dentales, tatuajes (algunos con códigos tumberos o carcelarios), quemaduras en los labios, por el uso de tubos de metal” para fumar” la “pasta base”, y en los pulpejos de los dedos de ambas manos por su manipulación.

Infecciones dermatológicas (micosis, sarna, pediculosis, abscesos, forúnculos) etc.

Los menores reincidentes en la comisión de delitos, alternan entre los institutos de menores y la calle.

El futuro de éstos menores no rehabilitados, no es alentador, ya que conforma un círculo vicioso que relaciona intrínsecamente a la “adicción a la pasta base” con el delito. Una unidad o bolsita de polvo de pasta base tiene un costo de entre \$ 8 y 10 pesos. Un menor con alto grado

de adicción puede consumir entre 30 y 60 dosis promedio por día, a veces se supera éstos consumos y el menor permanece horas sin dormir y sin alimentarse.

Las altas sumas que se requieren para adquirir la tiza o el polvo de “pasta base” promueven a la comisión de delitos. (hurtos, robo, robo agravado por uso de armas de fuego, en poblado y en banda, escalamiento, “chamuyo” (intimidación verbal) escruche o rotura de vidrieras, arrebato, etc.). Conocen las armas de fuego y las saben usar, como así también utilizan cuchillos, puntas, trozos de vidrio, facas.etc

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LAS SIGUIENTES IMPRONTAS DACTILARES AFECTADAS POR EL CONSUMO DEL PACO

IMPRONTA DACTILAR AFECTADA EN SU EPIDERMIS, LESIONANDO PARTE DE LA DERMIS, CON RESTOS DE SANGRE EN LA REGION MARGINAL SUPERIOR



103



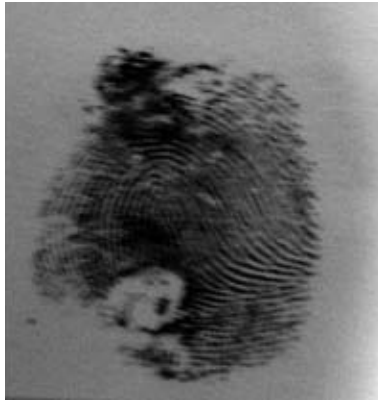
99

IMPRONTA DACTILAR AFECTADA EN SU EPIDERMIS, LESIONANDO PARTE DE LA DERMIS, CON RESTOS DE SANGRE EN LA REGION BASILAR

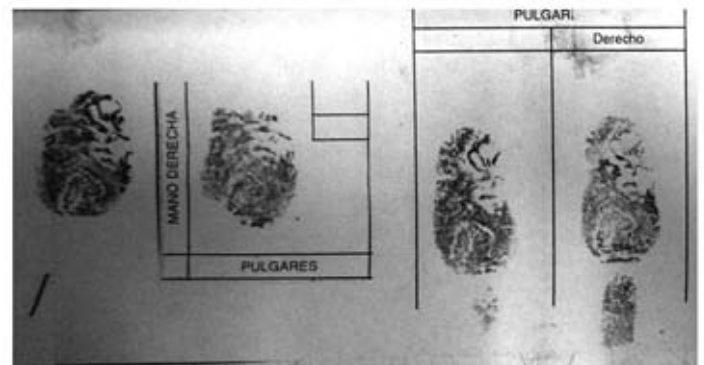


IMPRONTA DACTILAR AFECTADA EN SU EPIDERMIS, LESIONANDO PARTE DE LA DERMIS, EN LA REGION BASILAR Y NUCLEAR

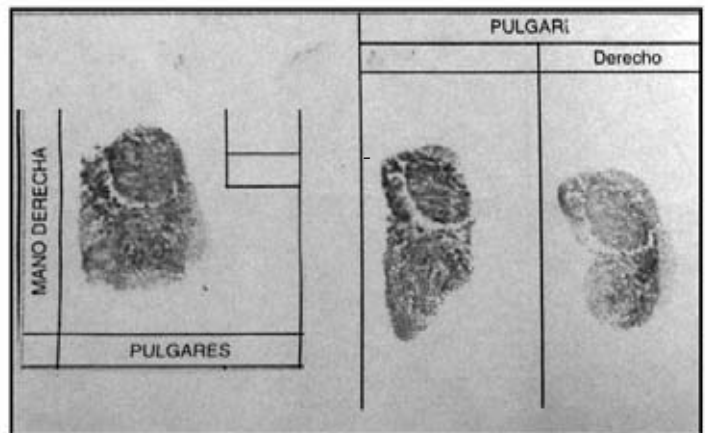
IMPRONTA DACTILAR AFECTADA EN SU EPIDERMIS, REGION BASILAR



HUELLAS DACTILARES AFECTADAS EN ZONA MARGINAL SUPERIOR Y NUCLEAR



IMPRONTA DACTILAR AFECTADA EN SU EPIDERMIS, REGION MARGINAL SUPERIOR



CONFRONTE DE UNA HUELLA DACTILAR DE UN INDIVIDUO APTA PARA IDENTIDAD DACTILOSCOPICA

Y SU CORRELACIÓN 5 MESES POSTERIORES CON DESTRUCCIÓN GENERALIZADA DE ZONAS DEL DACTILOGRAMA (MARGINAL Y NUCLEAR)



CONCLUSIÓN FINAL

Luego de haber dado a la pertinente introducción respecto al tema de investigación, es decir, que genera entre otros males, el consumo del denominado “Paco” o “Pasta base”, se procedió a efectuar un minucioso y exhaustivo estudio y análisis de los pulpejos (cara interna de la tercera falange) -sólo de las improntas muy afectadas-, donde se ha observado que:

En uno de los casos, donde las impresiones digitales obtenidas en el mes de enero cuyas improntas reunían condiciones suficientes de nitidez e

integridad, es decir, aptas para establecer identidad dactiloscópica, cinco meses más tarde, dichas improntas presentaban producto de una quemadura, por el elemento empleado para encender dicha droga: una destrucción parcial en una de las zonas del dactilograma.

No obstante a ello, si bien la papiloscopia, se fundamenta en los principios o pilares aludidos (Inmutabilidad, Variedad y Perennidad), con los estudios efectuados de diversos pulpejos de distintas personas a las cuales se les extrajo las impresiones de los dígitos pulgares, en su gran mayoría se pudo detectar alteraciones del tejido epidérmico y en otras oportunidades afectando la dermis, motivando el cambio del campo visual de los diseños, imposibilitando esto su legibilidad y su posterior identificación.

Finalmente, cabe destacar que, si bien los dígitos pulgares son por lo general los más afectados y lesionados, de no ser factible su lectura, por resultar no aptos para establecer identidad, y del estudio efectuado resultaran idóneos los restantes dígitos, es decir, que con una sola impronta, que reúnan las condiciones de nitidez e integridad papiloscópica, es posible establecer fehacientemente la identidad física humana.

Se ha demostrado en el presente trabajo que las alteraciones de la impronta dactilar en menores que cometen delitos, constituyen una problemática en el establecimiento de la identidad de los mismos.

El consumo de la pasta base o “paco” provoca en éstos menores de edad, un profundo devastamiento físico y psíquico, despersonalización y conductas antisociales.

Delincuencia con un nivel de reincidencia es muy alta.

La falta de legibilidad de una huella dactilar, impide el consecuente cotejo con la huella previa del individuo.

El estudio y análisis de las alteraciones de los calcos dactilares en menores consumidores de pasta base, representan una constante científica relevante a los fines medicolegales y un desafío en los procesos investigativos para los profesionales que integran los equipos de criminalística.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Neal Flomenbaum, Lewis Goldfrank, Robert Hoffman, Mary Ann Howland, Neal Lewin, Lewis Nelson, Mc Graw Hill Company, 2006
2. Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman. Behrman, Jonson, Stanton. 18° edition . Año 2007. Ed. Elsevier.
3. "Primer estudio pre-clínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central". María Noel Meikle; Jessika Urbanavicius.; Giselle Prunell; Eleuterio Umpiérrez; Andrés; Abín-Carriquiry; María Cecilia Scorza. Rev Psiquiatr Urug 2009;73(1):25-36.
4. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. Brunton, Laurence; Lazo, John; Parker, Keith. 11° edition. Año 2006. The Mc Graw Hill Companies
5. Asesoramiento y colaboración policía federal argentina inspectora: Natalia Leguiza división rastros: lp 4106

EL DAÑO PSÍQUICO: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y SU ESPECIFICIDAD EN CASOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, MALA PRAXIS MÉDICA Y DUELOS

Lic. Silvia Castelao

Perito ad Hoc. Departamento de Psicología

RESUMEN

En el presente trabajo se sistematizan algunas conceptualizaciones sobre la temática de Daño Psíquico. Se despliegan además algunos de los resultados y conclusiones a los que se ha arribado a partir de la práctica pericial-psicológica desarrollada en el Departamento de Psicología del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional por el lapso aproximado de seis años de labor pericial ininterrumpida, incluyendo estadísticas y articulaciones teórico-técnicas. Se desarrollan los rasgos específicos que asume la temática de Daño Psíquico en los accidentes de tránsito, la mala praxis médica y los duelos.

1) Introducción y presentación de las fuentes de información

La temática del Daño Psíquico ha sido y continúa siendo objeto de múltiples y variados desarrollos teóricos y técnicos. Surgió como concepto en los albores de la década del 80 y, desde ese entonces y hasta la actualidad, ha sido calificado de diversas maneras y emparentado con diferentes temáticas: el Daño Psíquico fue calificado de “engendro, como tantos otros engendros que tienen que ver con la parte

jurídica y médica o jurídica y psicológica”, expresión perteneciente al Dr. Risso. Otros autores, considerando a “la psique como lugar de almacenamiento de datos e información”, restringen el Daño Psíquico a la merma en la inteligencia, y continúan una tradición felizmente ya superada por la mayoría de los teóricos, de permanecer anclados en el basamento supuestamente objetivo y constatable de la neuroanatomía.

Los Dres. Castex y Silva, vienen desarrollando desde hace tiempo investigaciones sobre la temática de Daño Psíquico y aportando herramientas conceptuales de utilidad para la práctica en psico-psiquiatría forense.

Los desarrollos que expondré en el presente trabajo encuentran como fuentes de información a mi práctica pericial en esta temática, a los aportes de lecturas desde diversos marcos teóricos y a las producciones de profesionales que han contribuido con su profesionalidad y generosidad a forjar y sistematizar una herramienta metodológica en el abordaje del concepto Daño Psíquico.

La elaboración del presente trabajo coincide con un momento privilegiado en mi formación y práctica profesionales en esta área ya que la

modificatoria que instauró el Reglamento General del Cuerpo Médico Forense de la Justicia nacional el 15 de diciembre de 2009 (acordada 47/09) ha operado como un punto de cierre y de recapitulación de la experiencia recogida en seis años de labor en esta temática. Desde mi ingreso al mencionado cuerpo médico mi práctica pericial psicológica estuvo centrada en evaluar, ponderar y cuantificar la existencia de Daño Psíquico y fundamentalmente he intervenido como perito psicóloga en evaluaciones en el fuero civil, pero también en otros fueros (fuero laboral, de la seguridad social, el contencioso administrativo y el comercial). Ocupa un espacio especial en mi labor pericial, la evaluación de damnificados directos de la tragedia de Cromañón ocurrida el 30 de diciembre de 2004, que se realizó en el marco de la causa penal.

A partir de la mencionada modificación instaurada por el Reglamento General del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional es que se operado una sustancial transformación de las causas que son objeto de peritación y desde entonces me dedico a la evaluación pericial psicológica de presuntas víctimas de delitos. Es por esta razón que resulta de mi interés sistematizar y extraer conclusiones sobre el Daño Psíquico en los diversos fueros de la justicia a excepción del fuero penal, ya que en el lapso de seis años -y de modo ininterrumpido- he recogido una valiosa información sobre los casos concretos en los que he intervenido, los que en parte serán vertidos en este trabajo.

Deseo manifestar mi más profundo agradecimiento a todos los profesionales del Departamento de Psicología del C.M.F. que con sus aportes generosos han contribuido a mi formación profesional. Han asimismo colaborado fecundamente los psiquiatras del mencionado cuerpo pericial, con-

tribuyendo en muchos casos a la interdisciplina y a la comunicación rica entre psicología y psiquiatría. Incluyo además mi reconocimiento a los peritados que, con la transmisión de sus vivencias en el marco de la evaluación psicológico-pericial, han aportado un invaluable material. Deseo mencionar además mi agradecimiento a todos los colegas y alumnos que mediante el intercambio y cuestionamiento me condujeron a afinar conceptos y depurar intervenciones.

Finalmente, deseo que este trabajo sea de interés para los profesionales interesados en la temática y que se constituya asimismo en el puntapié inicial para el debate entre profesionales y posibilite el aporte de nuevos elementos que enriquezcan esta temática.

II) Delimitación conceptual del Daño Psíquico

Existe una variedad de definiciones de Daño Psíquico. Conforme a mi experiencia en el área pericial-psicológica, la conceptualización que ha resultado como la más clara y útil en la demarcación del concepto, es la definición que ha acuñado el Dr. Risso quien establece: *“Síndrome psiquiátrico coherente (enfermedad psíquica), novedoso en la biografía, relacionado causal o concausalmente con el evento de autos (accidente, enfermedad, delito), que ha ocasionado una disminución en las aptitudes psíquicas previas (incapacidad), que tiene carácter irreversible (cronicidad) o al menos jurídicamente consolidado (dos años)”*.

Esta definición delimita lo que es y lo que no es Daño Psíquico, pero no por eso menos indemnizable. Algunas consideraciones sobre sus aspectos más relevantes:

1- Discriminación del Daño Psíquico del Daño Moral:

La figura jurídica de Daño Psíquico requiere como elemento tipificador la existencia de patología psíquica, la presencia de un cuadro psicopatológico coherente, ya que signos aislados que no conforman una categoría diagnóstica no son compatibles con la figura de Daño Psíquico. Tampoco lo son las molestias, el sufrimiento, las preocupaciones, la afrenta a los sentimientos, los dolores intensos, los temores ante una posible invalidez, los padecimientos propios de la rehabilitación, las aflicciones por cambios en la dinámica familiar, la pérdida de autoestima, la afectación en valores éticos y morales, etc. que verosímilmente el sujeto tuvo (en los momentos inmediatos al hecho) o tiene (hasta el momento de la peritación psicológica), que constituyen el llamado Daño Moral y no es labor del perito psicólogo determinarlos, aunque de detectarlo en su práctica pericial, puede informarlo al juez quien es el que, junto a otras pruebas arrojadas al expediente, determinará o no la existencia de Daño Moral. Debo aclarar que en este sentido la jurisprudencia no es pacífica y existen fallos que claramente adscriben a la idea de que se trata de rubros indemnizatorios diferentes y, aunque con cierta dificultad, posibles de ser discriminados. Otro conjunto de fallos establece que no son independientes y uno queda subsumido al otro, al tratarse en ambos casos de una afectación en el equilibrio espiritual de la persona. La mayoría de los psiquiatras y psicólogos forenses adscribimos a la discriminación de ambos rubros.

Un ejemplo claro de afectación vinculada al Daño Moral y ausencia de patología psíquica compatible con Daño Psíquico es el caso de una persona, de profesión médico, que demandó por Daños y Perjuicios a la empresa de medicina prepaga en la que prestaba

sus servicios profesionales por haber sido excluido de la cartilla sin previo aviso y sin que mediaran razones para ello. Del material psicológico obtenido en la práctica de la pericia, no se constató la existencia de patología psíquica reactiva a consecuencia de los hechos investigados en autos por no presentar incapacidad psíquica que lo limite en su normal desenvolvimiento. Se informó asimismo al tribunal que subsisten en su subjetividad sentimientos negativos relacionados con los sucesos ventilados en autos compatibles con afectación a sus valores ético-morales. Se consideró además como relevante que los sucesos investigados habían acaecido en el ámbito profesional, área de despliegue vital que asume para el actor una significativa importancia.

Una temática en la que se patentiza claramente la discriminación entre Daño Moral y Daño Psíquico es el duelo: el duelo normal es tributario del Daño Moral y el Duelo Patológico es patología psíquica compatible con Daño Psíquico.

2- Novedoso en la biografía del actor:

la patología diagnosticada tiene que ser -en alguna medida- novedosa, es decir que así o de ese modo en que se encuentra al momento de la peritación, no estaba antes de haber acaecido el suceso investigado en el expediente. Si el hecho de autos -o mejor dicho las vivencias concomitantes al hecho investigado- no han aportado el más ínfimo grado de novedad, no hay Daño Psíquico.

3- La causalidad (causa y concausa):

Es preciso que se establezca un nexo causal adecuado y suficiente entre el hecho generador del daño (el hecho que se investiga en los actuados) y el estado psicopatológico que presenta el sujeto examinado. Este nexo causal puede ser de dos tipos: causal directo o concausal indirecto.

- *Nexo causal directo*: Se ha de establecer un vínculo causal directo entre el hecho dañoso y la presencia de Daño Psíquico cuando se verifique la existencia de una patología psíquica como inaugural, novedosa e inexistente con anterioridad en la vida del sujeto en cuestión.
- *Nexo concausal indirecto*: Cuando un daño en el cuerpo o en la salud es agravado como resultado de una predisposición preexistente o de una complicación sobreviniente, existe concausa o concausalidad, es decir reunión de dos o más causas en la producción de un estado mórbido: la propia de un daño y la que emana de aquella predisposición o complicación sobreviniente. La causa, que introduce un efecto dañoso, aparece como exógena al ser humano (hecho que se investiga en autos) y otra endógena (proviene de una situación patológica previa del sujeto) y en ciertas circunstancias la fusión de ambas (concausalidad) hace producir un resultado no esperado (daño). El nexo concausal indirecto implica una aceleración, un agravamiento o un evidenciamiento de lo que el sujeto tenía previamente al hecho de autos.

Considero que la estructura de personalidad no debe considerarse, automáticamente, como concausa preexistente, ya que es evidente para psiquiatras y psicólogos que el hecho que se investiga en las actuaciones impacta y se aloja en una determinada estructuración de personalidad de base. Dicha personalidad de base cuenta con determinada conformación e incluye una modalidad específica de cómo se relaciona, percibe y piensa el entorno y el sí mismo. Considerar a la personalidad de base siempre y en todos los casos como concausa preexistente sería análogo

a, en traumatología, considerar a la estructura ósea como predisponente de una fractura, porque “el hueso es rompible”. En palabras freudianas “*el psiquismo individual se organiza y ‘cristaliza’ como un mineral con líneas de escisión (clivaje) que ya no cambian después... y si se rompe lo hará según líneas de fractura preestablecidas*”. Pero la personalidad de base o el estado psíquico que poseía el sujeto dañado no debe ser tomado como causa preexistente y así suponer un nexo concausal con el evento de autos, si la persona mediante la instrumentación de mecanismos defensivos y de afrontamiento eficaces había logrado una adaptación satisfactoria en las diversas áreas de despliegue vital y había conformado un devenir estable, consistente y satisfactorio para su subjetividad. Por el contrario, si los trastornos psíquicos previos han sido de importancia (inclusive habiendo demandado asistencia psicológica o psiquiátrica), podrá decirse que el hecho disruptivo “agravó, aceleró o evidenció” una patología que ya existía, y que ésta constituye una concausa preexistente. Conforme a la doctrina de la concausa, el civilmente demandado sólo debe reparar el agravamiento o desencadenamiento patológico o aceleración y no por la situación precedente y sobreviniente del sujeto afectado.

Sucede también con frecuencia que a la interrelación entre lo preexistente y el hecho dañoso se le agregan otras situaciones disruptivas que no se vinculan con el hecho investigado en el expediente (otras enfermedades, pérdidas afectivas, desavenencias laborales, etc.), pero que colaboran con sus efectos en el estado psíquico actual. Por tanto también éstas deben ser consideradas como factores concausales.

4- La incapacidad y el uso de baremos: Doctrinariamente considerada, la in-

capacidad es la falta de salud derivada de un hecho ilícito. La incapacidad es el aspecto mensurable del Daño Psíquico. La patología psíquica debe causar algún grado de incapacidad en el sujeto: incapacidad para desempeñar sus tareas habituales, para acceder al trabajo, para ganar dinero, para relacionarse (son las que delimita el Dr. Risso). Conforme a la definición de Daño Psíquico acuñada por el Dr. Mariano N. Castex se ubican otras áreas vitales posiblemente afectadas: familiar, social, laboral, recreativa, etc. Un área no contemplada y que considero de vital importancia a ser señalada por su frecuente compromiso en los casos que nos ocupa, es el área del esquema corporal, es decir la afectación en la representación psíquica del propio cuerpo. También el área de la psicosexualidad se puede hallar menoscabada a raíz del hecho dañoso.

El porcentaje de incapacidad psíquica se establece conforme a baremos estandarizados en los que se detallan una serie de cuadros psicopatológicos, sus grados y el porcentaje de incapacidad que les corresponde. Respecto a la temática de la utilización de baremos valoro los aportes de la Lic. Gardiner al establecer el distingo entre baremo y tarifa. Tarifa es una palabra de origen árabe que significa lista de precios, o impuestos o derechos que deben pagarse por ciertos trabajos o cosas. Baremo es una tabla de cálculos para tantos por cientos o proporciones.

Es menester tener presente que no existe un baremo específico para cuantificar Daño Psíquico en el fuero civil patrimonial, y por lo tanto se utilizan por analogía otros baremos. En la actualidad los baremos más usados en la Justicia Nacional son el Baremo para Daño Neurológico y psíquico de los Dres. Castex y Silva (que si bien es muy usado sobre todo por los peritos

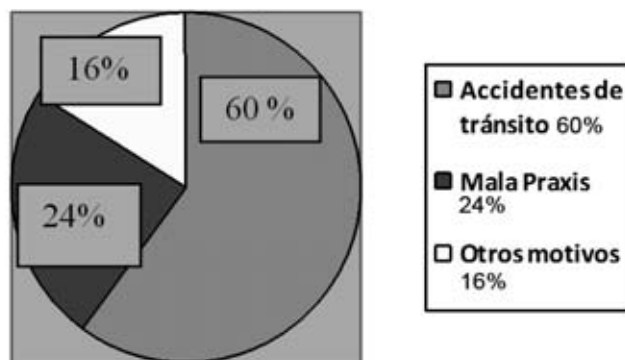
de oficio, no tiene estatuto de ley), el Baremo Decreto 478/98 Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integral de Jubilaciones y Pensiones (que tiene estatuto legal ya que se incluye en la Ley N° 24.241, pero en rigor resulta restringido por circunscribirse a la incapacidad laborativa) y el Baremo de la Ley 24.557 conocido como el “Baremo de las ART”. Recientemente se ha comenzado a utilizar el Baremo General para el Fuero Civil de los doctores Altube y Rinaldi (premiado por la Asociación Médica Argentina).

Lejos han quedado las negativas de los psicólogos a “reducir el psiquismo a un número” y en la actualidad el uso de baremos se halla generalmente aceptado por los peritos psicólogos en el convencimiento de que el porcentaje de incapacidad es lo que orienta al juez sobre el monto de dinero que corresponde en concepto de indemnización por Daño Psíquico. Desde el punto de vista de la psicología resulta difícil establecer con criterio científico la distribución de porcentajes cuando se trata de un nexo concausal indirecto. Los mecanismos psíquicos que actúan vinculando los elementos concausales son móviles, versátiles, se resignifican y adquieren significación a *près coup* y, en este sentido, no admiten una precisión exacta. Coincido con el Dr. Risso quien afirma que el perito podrá informar con un criterio de orientación al juez si mayoría o la minoría de la incapacidad asignada se relaciona con factores ajenos a la litis (pero que verosíblemente inciden en el estado psíquico del peritado) o con aspectos propios de los hechos que se investigan en autos, pero no es posible de ser determinado cuantitativamente por ser científicamente imposible.

Daño permanente: La variable cronológica o temporal del Daño Psíquico

implica que la patología psíquica debe ser crónica o estar jurídicamente consolidada (dos años). Se trata en un todo de un criterio jurídico que en nada se relaciona con un criterio clínico. Es decir que si bien podemos desde el punto de vista clínico-psicológico suponer que, tratamiento mediante, el sujeto podrá superar el estado psíquico que presenta en la actualidad, no se trata de esto en una peritación psicológica, sino que la cronificación o la consolidación jurídica del daño se vincula con que en el lapso que se extiende desde la ocurrencia del hecho que se investiga en autos hasta el momento de la peritación, el sujeto presenta signo-sintomatología compatible con la figura de Daño Psíquico.

A continuación reseñaré los resultados de una estadística personal:



En las causas judiciales en las que he intervenido como perito psicóloga se trata de determinar si un sujeto, a consecuencia de los hechos investigados en autos (en la mayoría de las demandas se trata de accidentes de tránsito, también por supuesta Mala Praxis Médica y otros motivos) ha desarrollado una patología psíquica reactiva y solicita entonces la indemnización económica o el resarcimiento para la reparación de ese bien jurídico, que ha sido injustamente afectado, que es la integridad del psiquismo.

* Definición de los Dres. Lossetti, Trezza y Patitó.

La tarea encomendada al perito puede referirse a la evaluación psicológico-pericial de las llamadas víctimas directas y/o de las indirectas. En muchos casos se debe peritar a familiares de personas que fallecieron a consecuencia de los hechos investigados en autos, valorando la existencia de un duelo normal o patológico.

III) Motivos más frecuentes que dan origen a una demanda por Daños y Perjuicios. Particularidades del Daño Psíquico.

a- Los accidentes de tránsito.

Los accidentes de tránsito constituyen la causa que más frecuentemente da origen al inicio de un expediente solicitando la indemnización económica por los Daños y Perjuicios en donde se invocan como rubros indemnizatorios al daño patrimonial, el lucro cesante, la pérdida de chance, la incapacidad física y psíquica, el daño moral, entre los más importantes.

Se entiende por accidente a un suceso repentino ocurrido por causas involuntarias que produce daños en las personas y/o en las cosas. Con respecto al accidente de tránsito puede decirse que *“es un hecho eventual, producido como consecuencia del tránsito vehicular en el que interviene, por lo menos, un vehículo, cuyo resultado produce lesiones o muertes de las personas y/o daños en las cosas”**. Según la Ley de tránsito 24.449 (sancionada el 23 de diciembre de 1994), se considera accidente de tránsito a todo hecho que produzca daño en personas o cosas como consecuencia de la circulación. Los accidentes de tránsito en nuestro país, son la primera causa de muerte entre los argentinos de 1 a 18 años de edad.

A continuación pasaré a detallar algunos datos que se extraen de mi práctica pericial. De acuerdo a mi estadística, sobre un total de 594 casos, el

60% ha sido motivado por accidentes de tránsito. Se incluye en este porcentaje a los llamados damnificados directos (es decir a personas que han estado involucradas en los accidentes) y también a los damnificados indirectos que son familiares de los damnificados directos que, sin participar expresamente del hecho que se investiga, sufren algún tipo de menoscabo (sufrimientos, atención de la víctima directa o contemplación del estado de ésta, etc.). Un caso especial entre los damnificados indirectos son los familiares de personas que hayan fallecido a consecuencia del hecho.

Entre los accidentes de tránsito se detallan: accidentes en calidad de peatón (por ser embestidos por vehículos), entre automóviles (automóvil particular, medios de transportes públicos, bicicletas y motocicletas), por la embestida de animales sueltos en zonas de circulación fluida y supervisada por concesionarias como lo son las autopistas, etc.

Los accidentes de tránsito pueden traer aparejadas como consecuencias incapacitantes en el físico minusvalías funcionales y motoras de variable gravedad, déficits cognitivos por haber ocurrido un traumatismo de cráneo, amputaciones, secuelas estéticas, dolores intensos, necesidad de realizar tratamientos kinesiológicos y/o de rehabilitación, etc.

Una cantidad de accidentes de peatones han tenido lugar en espacios públicos, no ya involucrando a vehículos, sino que se aduce mala conservación o estado de veredas o calzadas y también del piso donde circulaban: por ejemplo una persona que se cayó en un pozo abandonado luego de un arreglo realizado en un espacio recreativo público, varias personas que he peritado sufrieron caídas en la vía pública debido a baldosas en mal estado o roturas provocadas por

raíces voluminosas, caídas en hall de edificios, caídas de ascensores, una caída producida en la escalera del hotel en donde se hallaba alojada por indicación del GCBA, etc.

Deseo reseñar brevemente un accidente de tránsito particularmente notable por su trascendencia y notoriedad. Lo constituyó la caída de un container (que era trasladado por un camión) encima de un automóvil particular que estaba ocupado por dos personas, una de las cuales falleció fruto del impacto (debí evaluar a sus padres y determinar en cada uno de ellos la presencia de Daño Psíquico por transitar un Duelo Patológico en su versión de duelo crónico). El acompañante del fallecido en tal siniestro -que era su amigo- también fue objeto de peritación habiendo constatado que se trató de un suceso de alto monto de destructividad en el que corrió riesgo de vida, produjo el fallecimiento de su amigo y trajo aparejados alteraciones en el funcionamiento psíquico y en el vínculo con el exterior. El peritado como reacción al impacto traumático sufrido, ha desarrollado conductas de aislamiento, sentimientos distímicos, alteraciones en la interacción familiar, valoración negativa de sí mismo y perturbaciones en el aprovechamiento de la energía psíquica; elementos todos que concluyen en una profunda perturbación del equilibrio psíquico y su vínculo con el mundo exterior.

Otro accidente especialmente grave lo constituyó el que ocasionó la amputación del dedo de un niño de un año y medio producto de haberse caído una ventanilla del ferrocarril en el que viajaba junto a su madre que lo llevaba en brazos. El movimiento del convoy y el deficitario estado de conservación de las instalaciones del mismo hizo que la ventanilla actuara como una verdadera guillotina que cayó bruscamente, alcanzando fatalmente el dedo del niño.

Accidentes que involucran a pasajeros de medios de transportes abundan en la muestra obtenida, los más numerosos son en los que han participado micro-ómnibus de corta distancia, también ocupan un lugar señalado los taxis y los remises, los trenes y los subterráneos. En el caso de los ferrocarriles y subterráneos se trata las más de las veces de accidentes con consecuencias letales o sumamente graves. Así lo reseña en una sentencia una jueza en primera instancia: *“En razón de la naturaleza del transporte ferroviario, caracteres del medio por el que circula con exclusividad, dificultad de detención inmediata e imposibilidad de maniobra, prioridad que le es propia en los cruces con calles y rutas que atraviesa, se genera un riesgo potencial respecto a quienes deben trasponer ese medio de circulación”*.

Merecen un especial análisis los accidentes de personas que han conllevado un traumatismo craneo-encefálico con consecuencias neurocognitivas permanentes ya que en estos casos se patentiza con una crudeza especial la existencia de lo traumático. A este respecto resulta de utilidad ejemplificarlo con un caso, que ya tiene sentencia favorable para el actor, en el que un joven profesional (al momento del accidente contaba con 28 años de edad y hacía 3 años que se había recibido al cabo de realizar una carrera universitaria brillante) sufrió lesiones de gravedad producto de haber sido embestido por un colectivo de la línea xx cuando circulaba correctamente por la senda peatonal y el mencionado rodado continuó su marcha pese a que la luz del semáforo se lo impedía. Al momento de valorar el rubro de Daño Psíquico la jueza de primera instancia reseña lo siguiente en su sentencia: *“En efecto el daño psíquico corresponde resarcirlo en la medida que significa una disminución en las aptitudes psíquicas, que representan una alteración y afectación del cuerpo en lo*

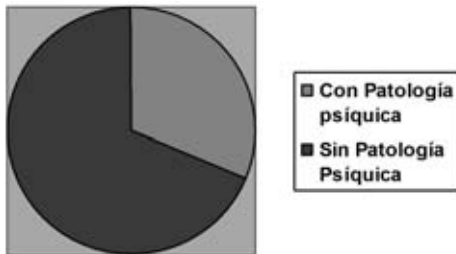
ánimico y psíquico, con el consiguiente quebranto espiritual, toda vez que éste importa un menoscabo a la salud considerada en un concepto integral.- En autos se practicaron dos pericias tendientes a establecer la incapacidad del actor. Obra a fs. 353 la pericia psicológica y a fs. 417 la pericia médica, las que fueran oportunamente impugnadas, por lo que los autos se remitieron al Cuerpo Médico Forense a los fines que da cuenta la medida decretada a fs. 572.- El informe pericial evacuado por este organismo se encuentra glosado a fs. 582/591, surgiendo del mismo que el actor presenta una incapacidad desde la perspectiva psiquiátrica del 60% por padecer de un Desorden Mental Orgánico Post Traumático de grado III/IV no padeciendo otras patologías relacionadas con el evento traumático”. Y sobre la necesidad de tratamiento reseña la sentencia: *“Asimismo, surge del informe psicológico realizado a fs. 575/581 en ocasión de remitirse los autos al Cuerpo Médico Forense que se recomienda la realización de un tratamiento psicológico individual con el propósito de evitar el posible agravamiento del cuadro psíquico que presenta el actor. Señala dicho informe que es esperable que de mediar el tratamiento psicológico recomendado se obtengan logros terapéuticos que redunden en una mejor adaptación del Sr. xx. En consecuencia y tomando en consideración el costo de cada sesión según lo determina el informe pericial, fijo por este concepto la suma de xxxx \$.*

Un breve análisis de mi humilde estadística permite obtener los siguientes datos sobre los accidentes de tránsito:

De los casos que reconocen como motivo un accidente de tránsito solo en el 31% se verificó la existencia de una patología psíquica reactiva al hecho investigado y el 68% no presentó al momento del examen tal conformación psicopatológica. Un 1 % no

aportó la colaboración imprescindible como para que pudiera arribarse a una conclusión diagnóstica con fundamento científico.

GRÁFICO ACCIDENTES DE TRÁNSITO: DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍA PSÍQUICA REACTIVA



Estos números permiten inferir las siguientes hipótesis:

1) El rubro indemnizatorio de Daño Psíquico se incluye sin mayores fundamentos en las demandas, asisténdose a un uso excesivo de esta temática, motivado mayormente por fines mercantilistas que por un conocimiento del concepto, sus alcances y su factibilidad de efectivizarse en un determinado psiquismo. Prácticamente hoy en día no existe una demanda sobre Daños y Perjuicios que no incluya al Daño Psíquico como rubro resarcitorio, aún cuando los hechos invocados resulten inidóneos, hasta para el más lego, para producirlo. A este respecto, resulta ilustrativa una causa en la que la parte actora invocaba daños de trascendencia, cuando el SAME que asistió a la supuesta víctima no constató ninguna lesión física ni reacción psíquica y solo comprobó “susto” en la reclamante (así textualmente consta en la historia clínica). En otro caso, ya no en área de los accidentes de tránsito, el actor solicitaba ser indemnizado aduciendo presentar una patología psíquica incapacitante a consecuencia de que había encontrado un insecto

en la ensalada que le sirvieron en un restaurante. También el caso de una joven que incluyó en su demanda el rubro Daño Psíquico porque un cajero automático de la red Banelco (Banca Electrónica Compartida) le retuvo su tarjeta de débito.

2) Las personas que experimentaron el suceso disruptivo * del accidente de tránsito bien pudieron generar en los tiempos inmediatos a su ocurrencia una afectación transitoria en sus dinamismos psíquicos y no se ha verificado el efecto traumático duradero. Conforme a la variable cronológica del daño postulada por el Dr. Risso, al tratarse de una modificación transitoria no es verificable al momento del examen pericial y, por lo tanto, no es susceptible de ser indemnizado a título de Daño Psíquico. A este respecto es de utilidad el concepto de “*fisiología reparatoria del aparato psíquico*” al que se refiere el Dr. Risso: ante la injuria de un suceso disruptivo, el aparato psíquico cuenta, en la mayoría de los casos, con mecanismos defensivos y de afrontamiento que permiten la tramitación psíquica normal, no dejando secuelas incapacitantes.

3) La persona evaluada presenta una afectación en sus sentimientos, se siente agraviada y menoscabada porque se vio involucrada en un suceso adverso, sorpresivo y no deseado, circunstancia que es compatible con el concepto de Daño Moral. Algunos ejemplos de esta situación es el caso de una peritada que puso particular énfasis en la conducta “*maleducada, agresiva e impertinente (sic.)*” del chofer del colectivo en el que se trasladaba como pasajera y en sus deseos de que “*se tomaran medidas con él, que se lo sancionara, que le sacaran la licencia por un año (sic.)*”.

Los accidentes de tránsito han sido objeto de estudio desde la perspectiva psicoanalítica, esgrimiendo la

hipótesis de que existe un determinismo inconciente en el accidentarse, que opera como una expresión de lo latente, lo no dicho y lo dilemático del sujeto. El Dr. Julio Granel ha desarrollado su teoría sobre “el accidentarse”^{*} y expresa que: *“hay una realidad latente, que subyace a la aparente. En esta ‘otra realidad’ ocurren fenómenos no visibles ni directamente tangibles y mensurables. Ahí se gesta el accidentarse. Ocurren en el sujeto una serie de situaciones internas, desconocidas para él; que se ordenan y encadenan en una secuencia convergente, no lineal, desembocando en un accidente”*.

Considero que si bien en muchos casos esta perspectiva puede resultar enriquecedora, en muchos otros casos, no se verifica, y el sujeto es víctima del actuar negligente y/o imprudente del demandado, restándose la incidencia de factores predisponentes o facilitadores para el accidentarse atribuibles a su subjetividad.

La cuestión fundamental aquí es plantearnos el interrogante de si, de hallar indicios de tales determinismos inconcientes del accidentarse, los mismos deben ser incluidos en el dictamen pericial. Mi respuesta es que no recomiendo su inclusión, ya que en el ámbito forense y mediante en medio de prueba pericial psicológica no se busca informar acerca de la posible responsabilidad subjetiva frente a los sucesos investigados, sino aportar elementos al juez para que, de hallar responsabilidad en el civilmente demandado, pueda resolver sobre el rubro de Daño Psíquico. La inclusión de tales conflictos inconcientes en el actor podrían introducir sospechas respecto del factor de atribución al civilmente demandado. Además la existencia de tales determinismos inconcientes que pudieran llevar al accidentarse, no hace desaparecer la responsabilidad objetiva por la comisión de un acto ilícito que genera daño.

Conforme a mi experiencia pericial los ribetes que surgen como los más distinguidos en la afectación patológica a consecuencia de los accidentes de tránsito son:

1) El daño en el cuerpo adquiere un protagonismo especial y genera implicancias subjetivas. Prácticamente no existe un accidente de tránsito que no involucre, en alguna medida, la afectación en el cuerpo. La presencia de minusvalías de gravedad en el damnificado conlleva cambios sustanciales en su calidad de vida, lo afectan en su autonomía, su autovaloración, en su proyección futura y en sus vínculos interpersonales. Además es menester rescatar el valor narcisístico que adquiere el cuerpo, su integridad imaginaria quebrantada y su historia libidinal menoscabada.

2) He constatado sintomatología de tipo depresivo-ansiosa y en algunos casos también he verificado síntomas evitativos y fóbicos, aumento de la ansiedad paranoide y exacerbación de sentimientos de vulnerabilidad. El diagnóstico de Trastorno por estrés post-traumático ha sido excepcional (este tema será profundizado en otro apartado del presente trabajo).

3) La esfera del yo que se encuentra mayormente afectada es la afectiva y las áreas vitales que se hallan más comprometidas son la individual, la social, la laboral y la de los vínculos interpersonales.

4) Los cuadros psicopatológicos del DSM IV que más se vinculan con la temática de Daño Psíquico son:

Trastornos por ansiedad: trastorno por estrés postraumático, agorafobia, fobia específica, trastorno por estrés agudo, y crisis de angustia o panic attack.

^{*} Granel, Julio A: *Teoría Psicoanalítica del accidentarse. El accidente, sus causas, sus determinantes psico-emocionales*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires, 2009.

Trastornos adaptativos: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, y no especificado.

Trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

III-b) La Mala Praxis Médica

Podemos definir a la Mala Praxis como el ejercicio no idóneo de una actividad, y la falta de idoneidad está dada por lo inadecuado de esa práctica y por la ausencia de diligencias apropiadas de conformidad con la naturaleza de la prestación. Cualquier práctica puede ser calificada de Mala Praxis, no obstante el uso actual del vocablo Mala Praxis se limita a la práctica profesional.

Me centraré en la figura de Mala Praxis Médica por ser la que más frecuentemente da lugar a solicitudes de indemnización invocando la parte actora que, a consecuencia de haber incurrido el equipo médico en alguna de las figuras de la culpa médica, se ha generado un daño en la salud psico-física, se ha ocasionado un empeoramiento del estado de salud y en el peor de los casos, ha causado el fallecimiento del paciente. Pero es menester señalar que también abundan juicios por Mala Praxis de otras profesiones: odontológica, de contadores públicos, de arquitectos, de psicólogos, de ingenieros, etc.

La Mala Praxis Médica constituye un tema extremadamente delicado: de una parte la existencia de un actuar irresponsable de los médicos que ocasiona daños en la salud de los pacientes requiere ser atendido, ya que no

es justo que aquellos que, por su particular formación profesional, están en función de velar por el bienestar psico-físico de la población, sean los que la ponen en riesgo; pero de otro lado se aprecia una “verdadera industria del juicio” que hace sospechar la presencia de demandas inescrupulosas y fraudulentas que menoscaban la tranquilidad y el bienestar de médicos responsables que son injustamente demandados habiendo llevado a cabo una práctica profesional adecuada y conforme a las reglas del arte de curar. Tal es el caso de una respuesta particularmente adversa en ese paciente de una práctica médica apropiada, el incumplimiento de parte del paciente de las prescripciones médicas, el fracaso del tratamiento, etc. *

La responsabilidad médica es de resultados y no de medios, es decir que el médico está obligado a desarrollar una actividad cualificada técnica y científicamente, con arreglo al estado de conocimientos al tiempo de cumplida la prestación. Es precisamente la falta de técnica y ciencia lo que configura la culpa médica. El médico no puede asegurar el logro del resultado final esperado por el paciente: la curación o la mejoría, es decir que no tiene una obligación de resultados.

La culpa médica se configura por cuatro figuras, estas son la impericia, la imprudencia, la negligencia y la inobservancia de los deberes del cargo o función. En muchos casos confluyen más de uno de estos tipos de la culpa médica y a veces se hace difícil su estricta delimitación.

Algunos factores que influyen en el aumento de los juicios por Mala Praxis Médica son:

- El quebrantamiento de la relación médico-paciente: varios factores han incidido en que el vínculo estrecho de confianza y

significativo, entre un paciente y su médico, haya ido desapareciendo progresivamente: la desaparición del médico de cabecera, la hiperespecialización actual de la medicina, etc.

- El progreso científico-técnico de la medicina que produce que múltiples dolencias puedan ser revertidas, circunstancia que lleva a la errónea creencia de que “todo puede ser curable”.
- La existencia de seguros médicos que responden por la responsabilidad civil de los profesionales, y no ellos con su propio patrimonio.
- La escasa información que reciben enfermo y familiares sobre las posibles consecuencias derivadas del acto médico, sobre todo en aquellas actuaciones cuya finalidad no es curar, fundamentalmente, sino mejorar la estética de la persona.
- Los medios de información divulgan constantemente, insistiendo de forma exagerada, las querellas que se presentan por Mala Praxis. Es bueno que la sociedad tome conciencia de sus derechos, y de cómo hacerlos efectivos, ya que no debe haber profesionales que puedan realizar Mala Praxis en la impunidad, pero tampoco es positivo que el médico viva con la preocupación constante de que cualquier acto que realice pueda conllevar una demanda judicial.

El auge de los juicios por Mala Praxis Médica y su aumento, derivará en una suerte de “medicina defensiva”, como ocurre en países desarrollados. La medicina defensiva consiste en procesos no dirigidos a la cura-

ción o la reparación de la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas. De este modo, un desenlace no deseado aparece como el riesgo propio de la medicina. En la práctica, se trata de una excesiva cantidad de estudios complementarios que, además de costosos, pueden implicar en sí mismos un riesgo adicional para el paciente, además de la lógica incomodidad.

Dentro de los juicios por Mala Praxis Médica en los que he intervenido como perito psicóloga, representan un número significativo los que involucran a los profesionales de la especialidad obstétrica. En estos juicios, en los recién nacidos, las consecuencias fueron: la muerte del niño, déficits neurológicos de gravedad (por ejemplo encefalopatía crónica no evolutiva) hidrocefalia y parálisis braquiales. En las puérperas se ha invocado, esterilidad, infecciones generalizadas, necesidad de realizar varias cirugías en breves lapsos de tiempo, fístula vésico-vaginal como complicación en la cirugía obstétrica, entre las consecuencias más significativas.

De las prácticas ginecológicas he intervenido como perito psicóloga en casos en que se procedió a la extirpación de una mama sin ser ello necesario (debido a un diagnóstico errado de cáncer) o se dañó irremediablemente las posibilidades de procrear por errores en el diagnóstico y prácticas quirúrgicas desacertadas.

Dentro de las prácticas de cirugía he actuado en casos en los que son demandados médicos cirujanos de especialidad traumatología, otorrinolaringología y cirujanos generalistas. Se ha esgrimido también deficiencias de los materiales de osteosíntesis aplicados. En varios casos se ha constatado el olvido de materiales usados

en la cirugía (gasas o instrumental) en el interior del cuerpo del paciente.

Ocupan asimismo un rol digno de profundizar su estudio las Malas Praxis en cirugías estéticas que conllevaron, además de daños en el aspecto estético, disfunciones en el funcionamiento de órganos (nariz y ojos fundamentalmente).

En el ámbito de la salud mental he actuado en un caso en que el paciente estando internado en un hospital neuropsiquiátrico se escapó y se suicidó arrojándose a las vías del tren. En otro caso se dirimía la cuestión de un paciente en el que confluía patología física y psiquiátrica de gravedad, que fue internado en una sala general de un hospital público, se escapó y se arrojó por una de las ventanas del nosocomio falleciendo al impactar en uno de los patios internos.

Un caso especial de Mala Praxis en el que he intervenido como perito lo constituyó la demanda a la psicóloga de una niña (y a la empresa de medicina prepaga en la que se desarrolló la prestación) en la que se responsabilizaba a la mencionada terapeuta infantil de no haber diagnosticado con premura un abuso sexual infantil al que estaría siendo sometida la niña por parte de su progenitor. Es menester aclarar en este caso que, de lo evaluado en el estudio pericial y de las constancias obrantes en autos, surgió que la niña no había realizado un relato de abuso basado en el recuerdo de supuestas experiencias de índole sexual sufridas (los relatos eran vagos, imprecisos, fruto de la actividad onírica y mezclados con contenidos esotéricos). Del estudio psicológico-psiquiátrico pericial practicado (que incluyó además la lectura de la causa penal) se concluyó que se considera que las prácticas y conductas de la terapeuta infantil fueron lógicas y adecuadas, teniendo en cuenta que

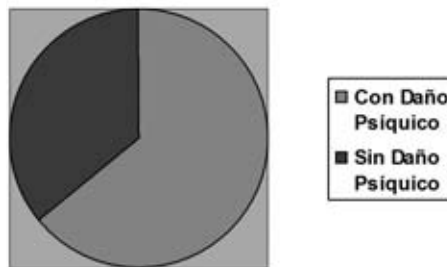
no hubo un relato preciso de abuso, el momento y contexto en el que actuó y el motivo de consulta de la niña.

De la estadística fruto de mi experiencia surge que de la totalidad de los casos en los que actué como perito psicóloga (594 casos) un 24 % corresponden a juicios por Mala Praxis profesional y de la totalidad de casos por Mala Praxis profesional (146 casos) el 64 % ha presentado patología psíquica vinculada a los sucesos investigados en autos. De estos números surge que si bien el porcentaje es significativamente menor que el de accidentes de tránsito, se advierte una mayor existencia de patología psíquica compatible con daño psíquico que en los casos de accidentes.

Resumiendo:

Accidentes: 60%
Daño Psíquico en accidentes: 31%
Mala Praxis profesional: 24%
Daño Psíquico por Mala Praxis: 64%

GRÁFICO DE MALA PRAXIS: DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍA PSÍQUICA REACTIVA



Algunas hipótesis explicativas de estas cifras:

1) La presencia de patología psíquica reactiva a las prácticas médicas investigadas en el expediente no implica que se haya tratado de una Mala Praxis, ya que el peritado bien puede ex-

haber una patología psíquica reactiva a la práctica médica y que esta haya resultado adecuada y sin culpa médica.

2) El sujeto peritado ya posee una enfermedad física -que es justamente la que requiere de la intervención médica-. Por esta razón resulta sumamente difícil, si no imposible, discriminar si la patología psíquica objetivada en el psicodiagnóstico es reactiva a la enfermedad médica o a la práctica médica. Por lo tanto la cantidad de casos de daño psíquico vinculados a la Mala Praxis puede concentrar casos en que se reporta patología a consecuencia de enfermedad médica preexistente.

3) El cuerpo y su disfuncionalidad como enfermedad física (grave en la mayoría de los casos), está siempre presente en los casos en que se investiga una Mala Praxis Médica, cuestión que no ocurre en los casos que encuentran como motivo de inicio a los accidentes de tránsito; o si ocurre, en muchos casos la disfunción física es de menor gravedad.

4) Podemos a priori establecer la hipótesis de que a mayor presencia de menoscabos físicos, mayor posibilidad de trastornos en el equilibrio psíquico por la significación subjetiva que el damnificado le otorga a las mermas físicas (por ejemplo: esterilidad, alteraciones funcionales de diversos órganos, etc.).

Pasaré a continuación a referirme a un caso en el que una mujer de 38 años fue sometida a la extirpación de su mama izquierda y de la cadena ganglionar por un diagnóstico errado de cáncer. A posteriori de esta cirugía, fue derivada por el cirujano a un médico oncólogo para iniciar un tratamiento de quimioterapia y de radioterapia y este médico le informó que no tenía que realizar ningún tratamiento médico porque nunca tuvo cáncer. Surgió a partir de aquí confusión e

incertidumbre sobre su diagnóstico y sus futuros tratamientos. Finalmente y luego de varios estudios clínicos se determinó que la paciente no había tenido un diagnóstico de cáncer certero que motivara la práctica quirúrgica efectuada.

En la sentencia de primera instancia surge: *“Señalan los peritos que no resulta conforme con las reglas del arte intervenir quirúrgicamente, ejecutando una intervención a lo Madden, sin esperar el resultado de una biopsia confirmatoria o haciendo caso omiso a su informe, concluyen que a la actora se le practicó una intervención quirúrgica en base a un diagnóstico no justificado, el Dr. xxx operó a la Sra. yyyy sin esperar el diagnóstico definitivo de la biopsia diferida, es decir, sin su justificación anatomopatológica... En el dictamen pericial se describe que la actora (fs. 1141) presenta un tórax mostrando la ausencia de su mama izquierda. Dicha zona se halla ocupada por una cicatriz correspondiente a una incisión de Stewart de 20 cm. de longitud que no provoca abobedamientos ni retracciones, tampoco resulta dolorosa al tacto. No presenta queloides, se viste y desviste sin dificultad, usa un corpiño con relleno en el área de la mama faltante... La paciente, en la actualidad presenta una secuela de mastectomía unilateral izquierda que le ocasiona una disarmonía corporal en su tórax anterior, producto de la asimetría generada por la ausencia de un órgano cuya expresión exterior habitual se construye en forma bilateral (fs.1141)... En el dictamen pericial de los profesionales del Cuerpo Médico Forense se señaló que el hecho que motivó el pleito provocó en la actora una perturbación de su equilibrio psíquico, su afectividad y voluntad se hallan perturbadas acarreando consecuencias disvaliosas en el área individual, en el esquema corporal, en la psicosexualidad y en la vida de relación (ver dictamen de la Lic. en Psicología Silvia*

G. Castelao, fs.1174). El Dr. Romi, a fs. 170 concluye que la actora presenta síntomas de alteraciones psicopatológicas que configuran una enfermedad mental, reviste la forma clínica de Depresión Neurótica (fs.1170), le reconoce causalidad a la operación a la que fue sometida la actora (ver fs. 1170, pto. 9 y fs. 1241) y estima la incapacidad en un 30% de la total obrera (fs.1167).

Conforme a mi experiencia pericial los aspectos que surgen como los más distinguidos en la afectación patológica a consecuencia de las Mala Praxis Médica son:

- 1) Máxima afectación en el área del esquema corporal.
- 2) La afectación en el cuerpo es más que lo meramente “físico” (aunque lo incluye). Ya desde Freud sabemos que El Yo es primero que todo un Yo Corporal. El cuerpo es la vasija del sentido del yo del individuo, de sus sentimientos y aspiraciones más personales, al igual que la entidad a la que otros responden en una manera especial debido a sus cualidades singularmente humanas (Gardner, 1994).
- 3) El daño o minusvalías corporales incluyen consecuencias en diversas áreas vitales: social, familiar, laboral, psicosexualidad, etc.
- 4) Se producen alteraciones significativas en los vínculos interpersonales.
- 5) Se afecta significativamente la relación médico-paciente. Entre los eventos disruptivos debidos a causas humanas, los que causan especial Daño Psíquico son aquellos realizados por otro ubicado en roles de amparo, sea de asistencia, protección o auxilio (Benyakar, 2003). Se afecta así la “situación de amparo” definida como aquella en la que un sujeto se encuentra con otro protector o auxiliador.

De mi práctica pericial he podido constatar un menoscabo y afectación en la relación médico-paciente (desconfianza que compromete significativamente la posterior atención de la salud, con el riesgo que ello conlleva). Se patentiza un vínculo ambivalente y contradictorio entre alguien al que se le supone el poder de sanar y al mismo tiempo la posibilidad de dañar.

- 6) Importancia de la etapa evolutiva y el momento en que se produce el impacto del factor disruptivo (eventos disruptivos tempranos y su eficacia traumatogénica en la organización psíquica misma).
- 7) La impronta de lo disruptivo en el propio cuerpo. Lo disruptivo interno (externo respecto del psiquismo) implica procesos somáticos y fisiológicos internos generadores de dolor, tensión y menoscabo.
- 8) Experimentación de pérdidas (“Duelos del cuerpo”, pérdida de roles o de pérdidas afectivas). Los duelos del cuerpo remiten consciente o inconscientemente al duelo mayor, al duelo de la propia impermanencia.
- 9) Los familiares o los propios damnificados comienzan una frenética búsqueda de información sobre la enfermedad como modo de controlar las intervenciones médicas y de asumir cierta actividad en el rol pasivo de enfermo. Esta actitud suele perjudicar el tratamiento y las ulteriores consultas médicas.
- 10) Existe un estado de indefensión inherente al propio estado de enfermedad que es agravado por la creencia de haber sido víctima de una Mala Praxis.
- 11) En la evaluación psicológico-pericial surge dificultad para discriminar entre lo reactivo a la supuesta Mala Praxis y a una patología física.

III-c) El Duelo Patológico

El trabajo del duelo en general puede ser definido como el conjunto de operaciones cognitivas, afectivas, psicomotricas y vinculares que se ponen en marcha a consecuencia de la pérdida de un ser (o un objeto) querido, es decir cargado libidinalmente. Me circunscribiré aquí a la pérdida afectiva de personas queridas, allegadas o con quien se ha establecido un vínculo de apego significativo, cuya ausencia implica para el deudo una modificación de importancia para su subjetividad.

El proceso del duelo puede resultar normal o patológico. Intervienen varios factores para decidir uno u otro destino, temáticas que, si bien resultan de interés psicológico y psiquiátrico, no serán abordadas en este trabajo por considerar que exceden su objetivo. No obstante, es posible de incluir aquí que influye en la resolución del duelo el tipo de relación previa, las características de personalidad del deudo, la modalidad vincular preponderante, la etapa evolutiva por la que transita el duelo, la edad de la persona fallecida, las características inherentes a las circunstancias de la pérdida, etc.

En los casos graves el duelo patológico puede presentar signos propios de un estado depresivo mayor.

En el abordaje psicológico-pericial es frecuente la intervención en casos en que familiares solicitan la indemnización por daños y perjuicios a consecuencia de la pérdida de un ser querido invocando que el fallecimiento tuvo lugar bajo el imperio de hechos ilícitos. Así es habitual la tarea pericial-diagnóstica de deudos por personas fallecidas en accidentes de tránsito o por Mala Praxis Médica.

El duelo patológico es compatible con la figura de Daño Psíquico, no así

el duelo normal que, al no conformar una respuesta patológica, será indemnizado a título de Daño Moral.

De mi propia estadística surge que de la totalidad de casos evaluados (594), 120 fueron evaluaciones invocando la existencia de un duelo patológico, es decir que las pericias de damnificados indirectos por el fallecimiento de un familiar conforman el 20% de todos los casos.

Dentro de los motivos que promovieron las demandas figuran en primer lugar las muertes en accidentes de tránsito (49%), en segundo lugar los fallecimientos aduciendo Mala Praxis medica (42%) y en tercer lugar otros motivos (16%).

Como ejemplo de un duelo patológico en una madre a consecuencia del fallecimiento de su hijo de 18 años en un accidente ferroviario se transcriben algunas de sus verbalizaciones obtenidas en la entrevista psicodiagnóstica: *“Siempre lo sueño a mi hijo, sueño que mi hijo me pide que lo saque y yo lo llevo así, alzado... Cada vez que vengo a Buenos Aires, se me hace que lo voy a ver, que lo voy a encontrar a mi hijo... Pienso que está en la tierra y es horrible!!! Perder a un hijo es horrible, pasan los años y es peor, es como que lo extraño más... Yo no sé que hicieron con mi hijo, yo no sé si mi hijo tiene los órganos”*.

Constituye un caso muy especial el duelo en los padres por el fallecimiento del niño recién nacido o a los pocos meses, fruto de una Mala Praxis médica obstétrica.

A continuación desarrollaré algunos datos de interés sobre un caso en el que una niña nació con hipoxia perinatal luego de un parto inducido, ya que a su madre no se le practicó una cesárea. Al cabo de un año y tres meses la niña sufrió una infección intrahospitalaria y falleció.

El padre de la niña, en el marco de la pericia psicológica, expresó: “La habitación de Rocío está igual... igualita no porque no está ella... Esa es la habitación de ella y así está, no se nos ocurrió modificar nada, se limpia una vez por semana, la ropa está toda lavada y guardada, está todo... Cuando pasó lo de Rocío, yo tenía que cambiar el rumbo, hacer una cosa totalmente distinta de lo que estaba haciendo, quería encarrilar mi vida de otra manera, metiéndome en el ámbito académico, es como encarrilar mi vida... Me gusta mucho, me apasiona, me lleva mucho tiempo y esfuerzo... Siento un poco de angustia por terminar la carrera. Qué voy a hacer cuando termine? ... Yo tenía pensamientos agresivos para con los médicos, tenía temor de esas reacciones, yo no soy violento, son cosas que me pasaron... Los tratamientos psicológicos no me sirvieron, yo trato de autoayudarme, no es que quiera evadirme del problema, o meterme debajo de una alfombra, yo no quiero traer los problemas. Recuerdos de lo que pasó sí, tengo todo el tiempo... Tengo pesadillas con los médicos”.

La madre de Rocío expresó: “Lo que pasó fue una explosión e hizo que nos tuviéramos que adaptar... Hoy tengo un nudo en el estómago... toda esta causa, vuelve todo lo que pasó... Después de lo que pasó, deambulé de médico en médico, tengo enojo, me cuesta confiar, estuve mucho tiempo sin ir al ginecólogo... Hicimos una internación domiciliaria, mi casa se transformó en una clínica... Hay momentos en que siento que no fui yo la que estuvo ahí. ¿Cómo hice para hacerlo? Yo hice cosas que antes no podría haber hecho, ahora quedé impresionable... Siento mucha frustración por la maternidad, yo quería casarme y tener hijos, por eso no estudié... El embarazo de Rocío fue muy ideal, yo ansiaba una familia grande porque yo no tengo hermanos... Mi esposo se aferró mucho al estudio... La ropa de la nena... tengo

todo en el mismo lugar, no puedo desprenderme... No sé si tuviera otro hijo si lo usaría. Está todo en perfecto estado... la habitación de ella está aireada, las fotos las miro... Ahora tengo mis bajones, tengo necesidad de contarle y hay gente que rechaza oírlo”.

Algunos fragmentos de la sentencia de primera instancia de este caso son: “Era obligación de la parte demandada estar atenta al monitoreo intraparto y que, en caso de advertir a través del mismo sufrimiento fetal, debía realizarse una cesárea... La pericia obstétrica practicada por el CMF determina: ‘del estudio de las constancias médicas obrantes en autos (historia clínica materna y neonatal) resulta que el recién nacido padeció un sufrimiento fetal agudo que no fue diagnosticado ni reflejado en la hoja de partograma’; pone de resalto a su vez, lo llamativo que le resultan las anotaciones diferentes, discordantes, habidas en iguales horarios en relación a la frecuencia cardíaca fetal, existentes entre la hoja del partograma y la hoja de evolución (fs 1282, rpta. al pto. 5), a punto tal que considera que los monitoreos fetales adjuntados en autos no pueden definirse como tales (fs 1299/1300, rpta al pto. 26). Es más, agrega que los mismos sólo permiten observar un registro de frecuencias cardíacas que puede o no corresponder al feto de la paciente tratada. Todo lo que al suscripto también impresiona como altamente sugestivo... Conforme a todo ello, siendo dicho sufrimiento fetal factible de producir el daño neurológico que presentó la niña al nacer no cabe otra posibilidad que concluir, con altísimo grado de convicción, que ese indebido monitoreo no permitió advertir la necesidad de recurrir a procedimientos como los que, admite la doctora fffff (cesárea), hubieran sido adecuados ante la evidencia del sufrimiento, no coincidentes con los que en definitiva adoptó... Y en ese orden de ideas, claro resulta entonces que una

debida praxis médica, conforme a los estándares prealudidos podría haber obstado a la desagradable contingencia habida y lleva, sin más, a concluir en la responsabilidad de la Dra. ffff por las consecuencias dañosas derivadas.... No habiendo la Dra. ffff desplegado la actividad diligente que se le imponía, ni utilizado los medios con los que contaba, conforme a las circunstancias de persona, tiempo y lugar, a los fines de lograr el resultado esperado con la consiguiente frustración de la chance de vida que de ello derivara a la recién nacida, lamentablemente fallecida, corresponde acoger favorablemente la demanda en su contra entablada, debiendo afrontar las consecuencias dañosas provocadas... 2.i. Daño Psicológico: a) Al estudio que le realiza el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, la Sra. yyyy presenta, por el evento, las secuelas crónicas descritas de f. 1306 (V), que le representan una invalidez del 10% en función del cuadro de Reacción Vivencia Anormal Neurótica con manifestación depresiva Grado II que padece.- Se le aconseja tratamiento psicológico individual a los fines de que no se agrave el cuadro psíquico aludido, durante un año, una vez por semana, en principio, y un costo por sesión de \$ xx (f. 1306).- b) Su cónyuge presenta, por la misma causa, idéntico cuadro e igual incapacidad, recomendándosele similar tratamiento con intensidad, duración y costo (f. 1310).- c) Por ello se le reconoce a cada uno de ellos la suma de \$ xxxxx en concepto de incapacidad psíquica sobrevenida y la suma de \$ zzzz en concepto de gastos de tratamiento..."

Un caso particularmente espinoso es la evaluación del duelo en los niños. Muchos autores establecen que el niño es capaz de lograr llevar a cabo una tramitación psíquica normal por la pérdida afectiva de un ser querido cercano y al que lo une un vínculo significativo y de apego (especialmente la pérdida de alguno de sus padres)

si cuenta con la información sincera y a tiempo sobre lo ocurrido, si tiene el apoyo, la comprensión y el afecto del otro progenitor, si le es posible manifestar su dolor, hacer toda clase de preguntas y que sean contestadas del modo más honesto posible, permitiendo al niño que participe en la aflicción de la familia e incluso en las ceremonias funerarias (Bowlby, 1993). Si se reúnen tales condiciones el niño está en condiciones de tramitar un duelo normal. En el caso que el niño no obtenga la información necesaria o a tiempo, o se intente negar lo sucedido, o el adulto a cargo no posea los recursos psíquicos como para contener al niño (por estar él mismo transitando su propio duelo), el niño desarrolla un duelo patológico con consecuencias nocivas para su personalidad en formación.

A continuación me referiré al caso de un niño que perdió a su madre, invocando la parte actora que se trató de una Mala Praxis Médica. El niño tenía dos años y medio cuando su madre falleció en el hogar. El niño fue peritado a los 9 años y al ser preguntado sobre su madre dijo: "Marina, la verdad es que ha pasado tanto tiempo que mi mente no logra retener. La vida a veces pasa tan rápido como un sueño, el sueño es una parodia de la vida y también es una mezcla de químicos en el cerebro. La vida pasa como un rayo, tan rápido que no podés recordar... (¿) Ella trabajaba de xxxx, no puedo recordar casi nada. Fue por algo que ella se murió y yo no me acuerdo. Yo le pregunté a mi papá, pero como tengo tantas cosas en mi cabeza, en mi cerebro, yo me tengo que olvidar algunas cosas. Yo tengo una foto de mi mamá que está sonriente y otra foto que tiene mi abuela que se están casando, no sé dónde fueron de luna de miel. Algunas cosas que se van de la mente, vos te acordás ahora de mí pero las cosas se van del cerebro, y cuando tengas 80 años no te vas a acordar de mí".

Su padre expresó: *“Al principio fue terrible, fue muy duro, el nene me preguntaba todas las noches por la mamá y yo no sabía qué decirle, le decía que la mamá se había ido al cielo... Nosotros somos muy unidos, muy pegados, él tiene una actitud de cuidarme a mí, una actitud paterna... es mutuo, los dos nos cuidamos”*. Dijo que su hijo le ha dicho que no tiene recuerdos de su madre agregando que él intenta siempre hablarle de la madre, de recordársela y que en su habitación hay fotos de su madre. Dijo que su hijo no le pregunta nada sobre su madre.

Impresiona el discurso desafectivizado, de máxima distancia afectiva de este niño para referirse a su madre, que ni siquiera nombra como tal, la instrumentación de mecanismos defensivos de corte obsesivo y de control excesivo en el intento de evitar la angustia, mostrándose sobreadaptado con el probable deseo de ser querido y aceptado y de evitarle a su padre el aporte de más preocupaciones.

IV) Algunas reflexiones finales

A lo largo de estas páginas he intentado realizar un recorrido de la temática de Daño Psíquico desde la perspectiva psicológico-forense incluyendo sus aspectos teóricos, clínicos y técnicos. Conté para ello con los aportes de colegas (algunos de ellos verdaderos “maestros”), lecturas y articulaciones con mi propia práctica pericial. Soy conciente de que este es apenas un aporte a lo ya conceptualizado y fue un intento de sistematizar algunas líneas inconexas y concentrarlas en este trabajo.

Considerando que más allá (y más acá) de las personas sindicadas como particularmente damnificadas -que están inmersas en el litigio y que son objeto de la peritación-, están los

médicos, los magistrados, los letrados y la administración de justicia en general, espero que los aportes que despliego en este trabajo monográfico, redunden en acrecentar y profundizar la tarea interdisciplinaria.

Constituye también un deseo que mis desarrollos hayan sido elocuentes de cómo la disciplina de la Psicología, sin perder lo específico como disciplina autónoma, se erige como interlocutora del ámbito del Derecho para redundar en prácticas científicas, éticas y comprometidas con las problemáticas actuales de nuestra comunidad.

Se erige como un desafío y objeto de futuras investigaciones y sistematizaciones los rasgos que asume el Daño Psíquico en el fuero penal, en víctimas de delitos, fundamentalmente en lo atinente a los delitos sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Risso, Ricardo Ernesto: Delimitación y diagnóstico. Fundamento teórico y clínico del dictamen pericial. Capítulo XIV en El daño en psicopsiquiatría forense. Compilador: Castex, Mariano N.: Ed. Ad-Hoc. Buenos Aires, septiembre de 2003.
2. Baremo de la Dirección de Reconocimientos Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Pautas objetivas para la evaluación de incapacidades psicofísicas.
3. Castex, Mariano N y Silva (2003) “Baremo para Daño Neurológico y Psíquico de Castex & Silva, CIDIF, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires” en El daño en psicopsiquiatría forense. Ed. Ad-Hoc. Buenos Aires, septiembre de 2003.

4. Baremo Nacional Ley 24.241. Decreto 478/98 Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al S.I.J.P.
5. Listado de enfermedades profesionales Ley 24.557.
6. Altube y Rinaldi: "Baremo General para el Fuero Civil" Editorial García Alonso. Buenos Aires, 2005.
7. Graciela Gardiner, Construir puentes en Psicología Jurídica. JVE Ediciones, Buenos Aires, 2003.
8. Oscar Lossetti, Fernando Trezza y José A. Patitó: "Accidentes de tránsito: Consideraciones Médico-legales Lesionológicas y tanatológicas" en Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, N°3, Pág.7-15).
9. Granel, Julio A: Teoría Psicoanalítica del accidentarse. El accidente, sus causas, sus determinantes psíco-emocionales. Editorial Letra Viva. Buenos Aires, 2009.
10. El Síndrome Clínico judicial Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Prof. Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar, Dra. L Nora Iraola, Dra. Analía Rodríguez de Salvi. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 119, Número 4, 2006.
11. Bowlby, John: La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Editorial Paidós. Psicología profunda. Barcelona, España, 1993.
12. Toro Martínez, Esteban: "Modelo de abordaje en niveles jerárquicos progresivos de la figura del daño psíquico"
13. Travacio, M. (1997). Manual de Psicología Forense., Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del C.B.C. Facultad de Psicología, U.B.A.
14. Castelao, Silvia. (2001) El ámbito jurídico y psicológico. Definición de conceptos. Trabajo presentado en el Seminario "El informe pericial y el proceso de comunicación en el ámbito de la justicia" a cargo de Lic. Graciela Gardiner. En Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires. Secretaría de Extensión Universitaria. (Noviembre de 2001).
15. Código Procesal Penal de la Nación, Capítulo V, Peritos.
16. Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Sección 6, Prueba de Peritos.
17. Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Bs. As, Capítulo V, Peritos.
18. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed Masson.
19. Benyakar, Mordechai: Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Editorial Biblos. Buenos Aires, 2003.
20. Stingo, Néstor Ricardo; Toro Martínez, Esteban; Espiño, Gabriel y Zazzi, María Cristina, (2006) "Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense", Buenos Aires: Editorial Polemos.
21. Castelao, Silvia (2005) "La práctica pericial del Daño Psíquico: aportes del psicoanálisis y del método psicodiagnóstico" Publicación Actividades Científicas 2005 de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina (APFRA), año 16, N° 17.

APROXIMACIÓN FORENSE AL CONCEPTO DE CONCIENCIA Y SUS TRASTORNOS

Dr. Daniel H. Silva
Médico Forense

RESUMEN

En la presente comunicación se analiza desde una perspectiva histórica el concepto de conciencia y sus trastornos desde la perspectiva psicopatológico forense. Se hace hincapié en aquellos aspectos periciales más frecuentes y se establecen patrones diferenciales de las diversas afecciones.

PALABRAS CLAVES

Conciencia, inconciencia, obnubilación, estrechamiento, crepuscularización, amnesia.

1.- Introducción

El Código Penal, en su artículo 34, describe que *“No son punibles: 1. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por sus estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones...”*

Para poder comprender el sentido de la expresión de “estados de inconciencia” se hace imprescindible

al menos aproximarse a un concepto por demás complejo como es el de Conciencia.

La palabra conciencia fue utilizada por primera vez por Francis Bacon, filósofo inglés reorganizador del método científico, en el siglo XVII. En esa misma época, John Locke, otro filósofo inglés, la definió como *la percepción de lo que ocurre en nuestra mente*.

En los albores del siglo XIX era habitual denominar a la Psicología como “la ciencia de la conciencia”, ya que se basaba su método en la denominada *introspección*. A finales del siglo XIX Sigmund Freud desvió el interés hacia el mundo del inconsciente, dando origen a la concepción psicoanalítica del ser humano.

Pocas décadas más tarde surge el conductismo con John B. Watson, imponiendo un abandono del estudio de la conciencia por el del estudio de la conducta. La conciencia, por ser considerada más allá de la posibilidad de la investigación científica, se coloca de éste modo, temporalmente entre paréntesis.

Sin embargo, a mediados del siglo XX el estudio científico del sueño, especialmente el estudio de la fase REM, hizo resurgir el interés por su estudio.

La comparación entre la conciencia humana y la rudimentaria de los animales, proporcionó datos acerca de las diferencias entre nuestra forma de conciencia y la del resto del reino animal. Así se observó que los primates participan de muchas de nuestras características de conciencia, aunque cualitativa y cuantitativamente menores.

Sin embargo, existen dos aspectos importantes de la conciencia humana que la distinguen de los primates, las cuales son posibles porque existe el lenguaje: el primero implica los factores culturales, ya que la cultura desempeña un factor importante en el desarrollo de la conciencia y el segundo tiene que ver con el sentido de la trascendencia, constituyendo un nuevo nivel de conciencia del ser humano.

Algunos autores, como Pierre Theillard de Chardin (1959), consideran que la especie humana evolucionará hacia un mayor desarrollo de la conciencia, la de un hombre plenamente desarrollado. Ironicamente Lorenz (1967) señala que *el eslabón perdido entre el mono y el auténtico ser humano somos nosotros*.

2.- Hacia un intento de definición del término conciencia

En la lengua castellana, nos encontramos con dos conceptos diferentes relacionados entre sí, consciencia y conciencia, que con frecuencia son usados indistintamente.

Según las definiciones del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española encontramos que ambos términos no tienen el mismo significado, aunque podamos encontrar ciertos paralelismos en los mismos.

Ambas derivan de la misma palabra latina *conscientia*, compuesta por la preposición, *cum*, y el sustantivo, *scientia*. Así que, etimológicamente, *conscientia* significa dos cosas: con conocimiento (sabíamos lo que hacíamos, cuando lo hacíamos) y conocimiento compartido (con otras personas).

De esta manera se añade una cuestión de autoconocimiento, la idea de que aquello que conocemos o tenemos conciencia, en este caso en nosotros mismos, y que puede ser a su vez algo compartido por otros que se están conociendo también a sí mismos.

Como lógica consecuencia podremos entonces, considerar a la conciencia como “conocimiento inmediato que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y reflexiones”, así como la “capacidad de los seres humanos de verse y reconocerse a sí mismos y de juzgar sobre esa visión y reconocimiento”.

A su vez, la palabra conciencia se define como la “propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta”, y también como el “conocimiento interior del bien y del mal”. Aquí nuevamente encontramos una alusión al autoconocimiento.

Desde la óptica de la Psiquiatría podemos definir a la conciencia como “una superestructura psicológica límite entre las manifestaciones psicósomáticas, que en ella se reflejan a través de las elaboraciones psíquicas, y el yo, que adquiere el conocimiento de sí mismo y es informado de cuanto acontece fuera de él” en el decir del Prof. Juan. C. Betta.

Henry Ey la ha definido como “la organización de la experiencia sensible actual”.

En un principio se pensó que la base fisiológica de los cambios de conciencia estaba en función del nivel del flujo sensorial, pero actualmente se considera que la formación reticular troncoencefálica y los núcleos talámicos están relacionados con el sustrato biológico de la misma. Existe una considerable evidencia de que los moduladores de la actividad electroencefalográfica se encuentran en la formación reticular del cerebro medio y que su efecto sobre el córtex está mediado por el tálamo.

Estas mismas estructuras participan en la génesis y participación de la actividad electroencefalográfica y sus correlatos conductuales: somnolencia, sueño, *arousal* y vigilia.

Los núcleos troncoencefálicos de la formación reticular son también uno de los principales orígenes de neurotransmisores que se conducen hacia el diencefalo y el córtex. Una serie de conexiones reticulares recíprocas (corticales-talámicas-corticales), mediadas por los núcleos reticulares del tálamo, operan como un sistema de *feedback*.

Las áreas asociadas más habitualmente con la regulación de la conciencia son el córtex prefrontal, el córtex parietal posterior (en su lado derecho) y la circunvolución fusiforme de la región occipito-temporal. Estos datos se basan en el hecho de que lesiones focales dentro de dichas áreas pueden conducir a estados confusionales.

Los estados confusionales más graves se presentan generalmente cuando existe una implicación simultánea tanto de los sistemas corticales como de los subcorticales.

Desde un punto de vista global y general, consideramos a la conciencia como la resultante del funcionamiento armónico de la totalidad de la

psique, manifestándose cuando los mecanismos psicológicos y somáticos determinan la realización del proceso psíquico.

A través de estas elaboraciones el psiquismo adquiere el conocimiento de aquello que acontece sea en el mundo exterior, el interior y en el intrapsíquico.

La movilidad y mutabilidad caracteriza a la conciencia, constituyendo de esta manera registros continuos e ininterrumpidos a través de los cuales es posible el conocimiento de nuestra propia personalidad y del mundo que nos rodea, lo cual constituye un *estado de conciencia*.

Debe señalarse que la característica de la conciencia en plenitud es la denominada lucidez. Este concepto ha tenido diversas concepciones a lo largo de la historia de la Psicopatología, sobre la que no hemos de detenernos en virtud de las características de esta comunicación. Solamente hemos de consignar la concepción de Portnoy quien expresara *...se llama lucidez mental al estado de la conciencia capaz de lograr la máxima concentración intencional normal de su actividad ordenada haciendo que sus contenidos posean claridad nitidez y distinción. Una persona tiene la conciencia lúcida cuando tiene todas sus funciones psíquicas normales, lo que la lleva a una correcta orientación auto y alopsíquica*". El mismo autor también dice : *Sin la integridad del Sistema Nervioso Central no se puede concebir la conciencia.*

A su vez Alonso Fernández al referirse al concepto de lucidez dice: *tendríamos que mencionar como rasgos propios de ella un funcionamiento normal de una amplia serie de facultades psicológicas: capacidad de atención voluntaria y espontánea, memoria de fijación conservación y evocación, ca-*

pacidad de comprensión (rasgo esencial de la inteligencia) pensamiento suficientemente fluido y de estructura normal, psicomotilidad, orientación temporoespacial, autopsíquica y alop-síquica.

3.- Trastornos de la conciencia

En condiciones normales la conciencia presenta lucidez, claridad y orden, de la misma que un escenario, preparado para desarrollar una determinada obra teatral. Sin embargo en determinadas circunstancias esa claridad puede debilitarse, desde una mínima turbiedad hasta la falta absoluta y el orden de la utilería y la escenografía perderse, siguiendo la misma analogía.

Durante la vigilia, cuando la actividad desplegada obliga a una mayor concentración psíquica, se observa el máximo de lucidez; en otros momentos, según el grado de fatiga física y psíquica que la misma actividad determina, esa nitidez disminuye correlativamente.

Por norma general, la nitidez de la conciencia es siempre mayor después del reposo mental.

4.- Enfoque global de los estados de inconciencia: un intento de definición.

La inconciencia entraña la suspensión completa, aunque efímera, de las operaciones mentales cognoscitivas, restando sólo la actividad automática al margen de los procesos rememorativos, judicativos y valorativos.

Un hecho a destacar es que las funciones sensoriales se mantienen en un nivel elemental; esto es suficiente

como para no permitir que desaparezca por completo el contacto con el mundo exterior y para retener las praxias que faciliten incluso el accionar ilícito.

Por su tipicidad, la inconciencia asume el necesario rango como para independizarse clínicamente del estado mental de fondo, del cual se desprende para constituirse en entidad autónoma.

Una vez extinguido el episodio, el retorno espontáneo al estado anterior delata su transitoriedad.

No debe confundirse la inconciencia patológica con el desmayo o el estado de coma. La diferencia estriba en la actividad motora, automática, presente en la inconciencia patológica y ausente en los otros dos estados. En la inconciencia, a pesar de no saber qué hace o se dice, se mantiene la vida de relación aunque alterada, lo mismo que la capacidad práxica, de otra manera no podría haber acción.

El desmayo es una simple pérdida del sentido, de breve duración durante el cual se pierde la conciencia perceptiva y los movimientos corporales y obedece a múltiples causas.

5.- Semblanza Clínico-forense de los estados de inconciencia

La inconciencia mencionada en nuestro Código Penal tiene dos características clínicas :

1- No son estados, **sino episodios**, es decir accidentes de corta duración que interrumpen el curso de las operaciones cognoscitivas. El retorno más o menos inmediato a las condiciones anteriores o posteriores al suceso afirma aún más su carácter transitorio.

2- La otra particularidad consiste en que estos episodios no son enfermedades en el sentido médico del término, teniendo cierta independencia con respecto a la situación de fondo. Por tal razón no se incluyen en el concepto forense de inconsciencia, los trastornos integrantes de entidades nosológicas típicamente psiquiátricas, como son la confusión mental, el onirismo, la esquizofrenia, las demencias etc..

Puede considerarse desde el punto de vista psicopatológico que se inscriben dos fenómenos, uno de signo negativo, que es la **amnesia**, y el otro de signo positivo, que son los **automatismos**.

El primero, implica la ausencia absoluta del recuerdo donde éste debiera existir”, mientras que el segundo, el automatismo, es un fenómeno solidario con la inconsciencia, casi siempre exponente de un estado afectivo de tono exaltado.

6.- Trastornos deficitarios de la conciencia

6.1.- Obnubilación de la conciencia

Consiste en un oscurecimiento de la lucidez de la conciencia; la misma se encuentra empañada en su claridad.

Su consecuencia inmediata es la bradipsiquia, es decir la disminución o retardo en las elaboraciones psíquicas, tanto más marcado cuanto mayor es el nivel de afectación de la lucidez, o sea de enturbiamiento., llegando a la suspensión total de la actividad psíquica, cuando éste es global. Se trata de un debilitamiento de la conciencia durante el cual los estímulos externos precisan de una mayor intensidad para hacerse concientes y en el que el pensar discurre con dificultad y de un modo incompleto.

La atención, superficial e inestable, no puede ser sostenida. La captación de los estímulos se hace muy laboriosa pues se entorpece la percepción, la cual es lenta, imprecisa y sin ninguna nitidez, dificultándose la fijación de los estímulos y alterando por ese motivo también la capacidad de registro y fijación de la memoria. La fijación se torna superficial, haciendo que la evocación sea imposible. Nada que previamente no se haya fijado podrá ser evocado. Como podrá apreciarse, el estudio de la función mnésica será fundamental a la hora de tener que dictaminar sobre un eventual estado de inconsciencia.

De esta manera, se perturba el curso normal del pensamiento, fragmentado por interrupciones prolongadas.

La asociación de las ideas no sigue su mecanismo lógico normal; las imágenes y representaciones que aparecen en la conciencia no pueden realizar asociaciones correctas, las cuales, si se producen, se hacen de manera irregular y laxa cayendo en la incoherencia.

En la obnubilación todo es confuso, pudiéndose llegar a perder la noción del yo y de sus relaciones con el mundo exterior si el trastorno es acentuado. Es característica esencial de la psicosis confusional o de la confusión mental.

6.2.- Estrechamiento de la conciencia

El campo de la conciencia se retrae, con lo que la personalidad y sus manifestaciones psíquicas quedan inactivas reduciéndose a un campo muy restringido la conciencia del mundo exterior. La personalidad conserva algunas actividades motoras, pero la memoria no puede fijar absolutamente nada.

Se presenta en cuadros patológicos orgánicos, como por ejemplo en la epilepsia del lóbulo temporal. Existe pérdida transitoria de los mecanismos inhibidores de la personalidad, los cuales asientan en la corteza cerebral y que momentáneamente se encuentra inoperante.

La actividad automática de los centros cerebrales inferiores se encuentra conservada pero, debido a la desconexión cortical referida, esa actividad no es registrada y la memoria no puede fijar. De esta manera el individuo afectado comete actos de los cuales tendrá amnesia completa.

6.3.- Estado crepuscular

Es el estado en el cual sólo existe un esbozo de la actividad psíquica conciente. La sensopercepción se encuentra parcialmente afectada, permitiendo de esta manera que el individuo perciba y comprenda situaciones simples pero no así si estas las complejas, las cuales determinan la incoherencia y la cual imposibilidad de toda comprensión perceptiva.

Hay diversos grados en su intensidad desde formas leves que pueden pasar desapercibidas hasta formas graves, con conductas automatizadas e impulsivas. Suelen comenzar y ceder bruscamente y su duración es de horas o días.

El sujeto puede responder a un interrogatorio simple en algunos momentos de mayor claridad, aunque al fatigarse aparece la incoherencia.

Se observa en algunos momentos de la confusión mental- especialmente al inicio- y es también un equivalente psíquico de la epilepsia psicomotora. Es característico de las reacciones psicógenas, conocidos como “estados segundos” en la nomenclatura clásica.

También puede aparecer en la histeria (*trastornos disociativos*), cuyo ejemplo extremo es el *síndrome de Ganzer*, forma particular de estado crepuscular histérico- en el cual los enfermos no saben responder a las preguntas más elementales que se les hace, aunque por la forma de las respuestas revelan que han comprendido el sentido de las preguntas.

Este síndrome fue descrito en población carcelaria, el cual se puede acompañar de alucinaciones visuales, cuadros psicorgánicos y amnesia selectiva.

7.- Trastornos productivos de la conciencia

7.1.- Delirio onírico

Se trata de una actividad psíquica automática en la que se producen fenómenos similares a los de los ensueños y aparecen fenómenos alucinatorios visuales, que ocupan todo el campo de la conciencia, mezclándose con la realidad o bien apareciendo en forma aislada.

Es de etiología generalmente tóxica, vascular, metabólica, trauma infecciosa, aunque puede superponerse a estados crepusculares, como en ciertos estados epilépticos o histéricos, o incluso ante violentos choques emocionales.

El delirio agudo o *delirium acutum* es una forma de delirio onírico caracterizada por afectación homogénea de la conciencia, presencia de alucinaciones visuales, agitación psicomotriz y compromiso severo del estado general.

7.2.- Expansión o exaltación de la conciencia: Hiperfrenia o estados de elevación de la conciencia de Jaspers

Son estados de conciencia caracterizados por su claridad anormal y vivacidad extraordinaria con respecto a la vigilancia, percepción y vivencias intrapersonales.

Hay una vivencia de ampliación del espacio, del horizonte (respecto a los límites habituales), y de la profundidad (perspectiva de realidad) en la percepción.

El grado extremo de este trastorno son los cuadros de ideas delirantes inducidos por sustancias alucinógenas, en especial el LSD.

También aparecen en los episodios maníacos de los trastornos bipolares, en algunas auras epilépticas, en algunas formas de la esquizofrenia, y en cuadro histéricos (disociativos).

7.3- Estados oniroides

Es un estado patológico de la conciencia en el cual, a pesar de que existe una obnubilación de la misma el individuo realiza esfuerzos para percibir y comprender lo que sucede en torno suyo.

Sin embargo, esto le resulta hasta imposible por la incoherencia originada en la interposición de múltiples alucinaciones oníricas y representaciones mnemónicas de naturaleza paramnésica. En consecuencia el sujeto se desorienta sumiéndose en la intranquilidad y angustia.

8.- Aspectos medicolegales de los trastornos de la conciencia

La inimputabilidad es la falta de capacidad para el reproche penal y en términos mas simples la pérdida de la aptitud para comprender la criminalidad de un acto y de dirigir las propias acciones conforma a dicha comprensión.

Respecto a los estados de inconsciencia, Krafft-Ebing expresó que son estados caracterizados por:

- Fugacidad de los síntomas.
- Gravedad de la perturbación de la conciencia que llega hasta la supresión y que es muy profunda en comparación con su duración.
- Coincidencia con la confusión mental, con la falta de memoria para los hechos ocurridos durante el estado de enajenación.

El estado de inconsciencia es aquel en el cual *no se tiene la posibilidad de estar alerta y darse cuenta; el sujeto pierde la capacidad de comprensión*. Consiste en el desconocimiento, la irreflexión y la ignorancia, con predominio de lo instintivo y de los automatismos. Es la ausencia del juicio crítico de realidad, de intencionalidad, de trascendencia, de memoria de lo acontecido, de conexión con el mundo, de sentido común, así como de orientación del yo respecto de las vivencias y de lo vivenciado, y ausencia de un “darse cuenta de”.

Estos estados se los clasifica en *formas agudas*, como los estados de inconsciencia patológica (ebriedad completa), la emoción inconsciencia, la ebriedad del sueño, la epilepsia paroxística, los cuadros de confusión mental simple, las intoxicaciones agudas por drogas y la reacción exógeno-aguda de Bonhoeffer.

La *anulación* de la conciencia, y por lo tanto, de toda clase de vivencias, se ve en los estados de coma de diversos orígenes.

La *crepuscularización* incluye diversas causas:

- Causas afectivas primitivas que devienen en reacciones vivenciales anormales.
- Reacciones psicógenas neuróticas (angustia, ansiedad extrema).
- Trastornos orgánicos (epilepsia, drogas, alcoholismo).
- Trastornos mentales transitorios incompletos.
- Las afecciones clínicas generales (infecciosas, tóxicas, traumáticas, vasculares anteriores al estado de coma).

Algunos de los síntomas de los trastornos por estrés agudo o el trastorno por estrés postraumático son de naturaleza disociativa por alteraciones de la conciencia. Habitualmente, estas alteraciones no tienen la magnitud para condicionar un estado de inconsciencia, circunstancia que sí se verifica en los estados crepusculares.

Respecto a las fases de la intoxicación alcohólica aguda, el segundo período, denominado *período medicolegal*, es de suma importancia respecto a su relación con la alteración de la conciencia. Es un estado de ebriedad en el que la alcoholemia se halla entre 1,5 a 2,5 g/litro. Hay una disminución de la autocrítica con severas dificultades de la inhibición de los impulsos. Se hallan notoriamente alteradas las funciones cognitivas y volitivas, por lo que el sujeto presenta una limitación la capacidad de comprensión de sus actos y de la dirección de los mismos.

Krafft-Ebing equipara la ebriedad, completa según nuestro entender, a un estado de *locura transitoria*, carac-

terizado por una fugaz perturbación de la conciencia, con amnesia de lo ocurrido.

Respecto a los epilépticos, la imputabilidad durante un paroxismo epiléptico está ligada a la falta de conciencia en que está el sujeto, elemento que excluye la voluntariedad. Podemos valorar en estos episodios las características de los estados de estrechamiento o bien crepusculares crepusculares.

Los trastornos mentales transitorios completos, con amnesia del hecho, presentan curso rápido, brusca aparición y desaparición, originado en un estímulo externo desproporcionado a la intensidad del trastorno de conciencia, que anula por completo la voluntad.

CONCLUSIONES

Siendo la conciencia, la instancia de nuestro ser psíquico que permite la organización de la experiencia sensible actual, su afectación necesariamente implicará limitación de nuestra autonomía mental.

La conducta desplegada por un individuo con afectación de la lucidez será entonces un accionar no comprendido ni querido y ello es trascendental a la hora del reproche penal y en donde la peritación psico-psiquiátrica pasa a formar parte del plexo probatorio con gran relevancia.

Debe reiterarse que la única forma de evaluar un estado de inconciencia en forma retrospectiva, es través del estudio de la función mnésica. La puesta en evidencia de una amnesia global será el elemento evidenciador de haberse afectado gravemente la conciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Psiquiatría. Juan C. Betta. Centro Editor Argentino, 1981.
2. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Psiquiatría Forense. José Á. Patitó. Editorial Quórum, 2003.
3. Lecciones de Psicología Médica. Juan José López-Ibor, Tomás Ortiz Alonso, María Inés López-Ibor Alcocer. Masson S.A., 1999.
4. Psiquiatría. Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldán. Corporación para Investigaciones Biológicas, 2004.
5. Semiología del Sistema Nervioso. Osvaldo Fustinoni. Editorial El Ateneo, 1991.
6. El Estudio de la Consciencia: perspectivas fundamentales. Ana Rojo Rubio, María Isabel Rodríguez Fernández. Departamento de Psicología de la Universidad San Pablo – CEU de Madrid, 2008.
7. La Conciencia. Portnoy M.E. Ed Salerno. Bs As.1992 .
8. Compendio de Psiquiatría .Alonso Fernández F, Editorial Oteo . España 1978.
9. Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual, Pereyra, C.R., El Ateneo, Buenos Aires, 1951,