

A TODAS/OS LAS/OS INTEGRANTES DEL CUERPO MÉDICO FORENSE

Con ocasión del Bicentenario de la Revolución de Mayo las/os argentinas/os en su conjunto nos sentimos movidos a reflexionar sobre el proceso histórico, político, económico y social transcurrido a lo largo de dos siglos, tratando de explicar y comprender el proceso determinante de un perfil de identidad actual. En ese camino, la superación de hechos y circunstancias de indudable efecto disgregante, se erige en medio idóneo para promover adecuadas condiciones de desarrollo individual y social plenos; asimismo, la consolidación de una organización institucional genuinamente democrática y republicana, es el objetivo ansiado. Tanto los medios cuanto los fines son arduos y a la concertación de voluntades debemos comprometernos en forma personal.

A semejanza, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional afrontar el Bicentenario patrio ocupado en una transformación de características similares. En efecto, con la aprobación de su Reglamento General, el 15 de diciembre pasado, procura mediante su aplicación resolver antiguas y desventajosas situaciones cuyo efecto fue arribar a un estado

incompatible con el ethos médico-legal individual e institucional. Y mediante la elección y designación de su decano, ocurridas los días 03 y 10 de marzo respectivamente, estableció el punto de partida que reúne la mejor tradición democrática del Cuerpo con la responsabilidad del autogobierno.

Quedarán en la memoria de quienes somos partícipes activos de uno y otro logro, anécdotas, intereses y afectos de distintos contenidos y sentidos. Pero más allá de ellos –no más que temporarias circunstancias–, compartimos la firme convicción de poner en la vida cotidiana valores fundacionales de una empresa humana que se sabe poseedora de una trayectoria científica reconocida, llamada a reorganizarse sobre la base de principios de idoneidad, transparencia y vocación de servicio, con el fin de proyectarse hacia un futuro que es desafío.

En consecuencia, es tiempo de celebración porque hay motivos para celebrar: haber contribuido a la elaboración de un estatuto propio, ejercido cabalmente un inalienable derecho electoral, y concretar un aporte –de todas y todos sin distinción alguna–, a la vida que el Cuerpo Médico Forense inició a fines del siglo XIX.

También es tiempo de proponernos y convocarnos. Asumir ante

*Dr. Roberto
Luis María Godoy
Decano*

nosotros/as el compromiso de emprender un camino de integración en post de la unidad, es el fin propuesto; ser y hacernos Cuerpo por armónica funcionalidad de diversidades que se ordenan a una meta común, cual es brindar un servicio pericial de calidad. Para conseguirlo, tenemos disponibles dos modalidades instrumentales importantes: el mejoramiento de los vínculos interpersonales a través del fomento de un mayor grado de tolerancia, y el mejoramiento de la calidad de nuestra labor a través de criterios uniformes de actuación. Convocarnos a participar con positiva actitud de transformación, dispuestos a ser escuchados pero también a escuchar, a dialogar y debatir pero sin aislar ni combatir, en la certeza que seremos respetados si previamente respetamos, considerados e integrados si favorecemos la consideración e integración de todas y todos; esta es la convocatoria que estimamos más adecuada al propósito.

El prestigio y la excelencia del Cuerpo Médico Forense no se originan en la letra de ninguna norma escrita. Son la añadidura gratuita de una conducta habitual que en todo caso, la norma escrita se limita a reconocer porque la realidad que regula así se lo impone. En gran medida –decisiva–, los/las responsables de esa realidad somos nosotros/as mismos/as. Si no advertimos la riqueza de esta posibilidad accesible y concreta no solo habremos frustrado expectativas personales sino también las que espera de nosotros/as el sistema judicial y la comunidad en su conjunto. Un depósito de confianza fortalecida en la esperanza, que está ínsito desde siempre en el obrar médico. Sin esta dación –de lo más y lo mejor de cada uno/a–, nada valdrán los conocimientos ni

las operatorias técnicas por más avanzados que ellos sean, pues faltará el contenido ético propio del acto médico y por ende, no seremos acreedores de prestigio ni reconocimiento de excelencia. Uno y otra no se reclaman sino que se ganan; no se atribuyen a ninguna persona por el hecho de ocupar un cargo sino que las concretas personas que los ejercemos, somos deudores de ellos a aquellos destinatarios, en la medida de la jerarquía del cargo; antes que derechos, son deberes exigibles.

El beneficio de la unión, más que la fuerza, es la fortaleza; porque la fuerza solo alude al monto irreflexivo de la acción ejercida por un grupo, al “cuanto” pero no al “cómo” de la operatoria. Por ello, la unidad que nos proponemos y a la que convocamos debe resultar de una unión cuyo objeto es una modalidad de actividad grupal (la prestación pericial) que crítica y reflexivamente se propone organizarse como un servicio público. De allí que importe no solo su aspecto estrictamente técnico, sino también el administrativo pues áquel contenido implica la aplicación racional, oportuna y suficiente de los recursos públicos para lograr eficiencia y eficacia. Así, nuestra experticia no solo podremos demostrarla en la constante adquisición y posesión de conocimientos médicos psicológicos, odontológicos o químicos legales, sino que también debemos exigirla a la hora de planificar los recursos que demanda la actividad pericial estableciendo cómo, dónde, cuándo y con qué recursos resulta una genuina verificación de hechos procesalmente controvertidos. Este aspecto no excluye la consideración de los límites impuestos por las normas legales, reglamentarias o jurisdiccionalmente determinadas; por el

contrario, la recta administración parte del respeto a aquellas condiciones. De lo que se trata en definitiva, es de obrar pericialmente de modo tal que las posibilidades de las ciencias satisfagan en el mayor grado de adecuación a las necesidades del derecho; y este proceso en permanente cambio no lo determinan las normas sino que –precisamente– constituye el quid científico-legal.

En fin, la propuesta para este momento histórico del Cuerpo Médico Forense, es un cambio renovador que nos permita redefinir y consolidar funciones en el consenso de criterios y en la unidad de las acciones, con el fin de construir un espacio de crecimiento profesional e institucional, por el bien de nosotros/as, del Poder Judicial al que

pertenecemos y de la comunidad que nos ha encomendado una tarea valiosa y el responsable ejercicio de un cargo respetable.

Pasado el tiempo, cuando las circunstancias actuales formen parte de la memoria vivencial individual, la jueza más estricta –nuestra recta conciencia–, nos fijará las cuestiones periciales más duras: respondernos que hicimos cuando pudimos, cómo hicimos cuando debimos y porqué elegimos lo que hicimos y lo que omitimos.

Para contribuir a que entonces todos/as podamos volver a tener motivos para celebrar como en el presente, en razón del éxito de aquella prueba, con absoluta sencillez de corazón, quedo a disposición de Uds.

NUEVO PROTOCOLO NACIONAL PARA CERTIFICAR EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA) APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN Modificaciones al Protocolo de 1998

Por Resolución 275/2010, y con fecha de Publicación en el Boletín Oficial 16/02/2010, Nº 31844 (pág 21-24) el Ministro de Salud resolvió aprobar el “Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos (Muerte Encefálica)”, elaborado por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), y derogar el texto del Protocolo anterior que regía desde marzo de 1998.

En 1977, luego de varios proyectos, se concretó la primera **Ley de Trasplante de Órganos (Nº 21.541)**, creándose el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI) como organismo centralizado dependiente del Ministerio de Bienestar Social, encargado de regular las prioridades para la Implantación de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas fallecidas.

Esta ley fue reformada en el año 1987 por la **Ley Nº 23.464** y en el año 1990, por la **Ley Nº 23.885**, transformándose el CUCAI en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el que funcionaría en el ámbito de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, como entidad estatal de derecho público con personería

jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

En el año 1993 se promulgó la nueva **Ley de Trasplante de Órganos (Nº 24.193)**, reglamentada en el año 1995 mediante Decreto Nº 512. Merece destacarse que la **Ley 26.066** de 2005 modificó la Ley Nº 24.193 incorporando la manifestación de la voluntad negativa o afirmativa de las personas para después de su muerte respecto de la ablación de los órganos y tejidos de sus propios cuerpos.

La **Ley de Trasplante** establece un *criterio único de muerte* y es el que rige para todo el ordenamiento jurídico argentino. La ley 24.193, en su artículo 23 consigna que “la inactividad encefálica es corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud con el asesoramiento del INCUCAI.”

El INCUCAI, cumpliendo con su función asesora del Ministerio de Salud de la Nación encomendada por el art. 23 de la ley citada, actualiza periódicamente el Protocolo de Diagnóstico de Muerte bajo Criterios Neurológicos. Se trata de un protocolo dinámico que podrá ser modificado a través del mismo acto administrativo, cada vez que

*Comité de Bioética
Cuerpo Médico Forense
de la Justicia Nacional*

sea requerido en relación con los avances de las ciencias médicas. El primer Protocolo fue aprobado por el Ministerio de Salud en 1994 mediante la Resolución N° 97, y permaneció vigente hasta su actualización en 1998 (Resolución N° 34). Este último a su vez fue el que rigió hasta la Resolución 275/2010.

Estos protocolos establecen qué procedimientos deben ser realizados a fin de determinar la muerte de una persona cuyas funciones cardiorrespiratorias no se mantengan espontáneamente, describen la metodología a emplear tanto para el examen clínico del sistema nervioso como para los estudios complementarios confirmatorios, determinan su oportunidad, definen la conducta frente a algunas situaciones especiales y detallan los hallazgos compatibles con el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.

A los efectos de informar a la comunidad médica, el Comité de Bioética del Cuerpo Médico Forense ha analizado las modificaciones introducidas en el Protocolo 2010, destacando los cambios efectuados con respecto al texto anterior. En el presente artículo, el Comité de Bioética no emite opinión alguna sobre tales modificaciones.

PROTOCOLO NACIONAL PARA CERTIFICAR EL DIAGNOSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLOGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA)

Se reemplaza el párrafo inicial por **“El presente Protocolo constituye una guía de procedimientos y especificaciones que se aplicarán para certificar la muerte en pacientes con funciones cardiorrespiratoria**

sostenidas artificialmente” (en el protocolo anterior decía “...sostenidas por medidas terapéuticas”)

PUNTO I: REQUISITOS DE INCLUSIÓN

Se agrega: **“En todos los casos se podrá comenzar la evaluación una vez que el paciente se encuentre estable y se hayan completado las posibles medidas terapéuticas.”**

Punto I. 1: al texto **“Se requiere para el uso de este protocolo, que la lesión que produce el coma y determina el daño estructural encefálico sea conocida, esté debidamente documentada...”** se le agrega: **“...y, a juicio médico, tenga magnitud suficiente para producir el daño encefálico total e irreversible. En los casos en que la causa de muerte no quede clara o no esté debidamente documentada se podrá proceder de acuerdo a lo establecido en “situaciones especiales” punto V 1.”**

Punto II. 2: se reemplaza por: **“Se requiere un tiempo de evolución adecuado. En los casos de daño difuso secundario del encéfalo (por ejemplo lesiones difusas post paro cardíaco) y a partir de los 6 (seis) años de edad, se exigen 12 (doce) horas desde el inicio del coma apnéico para comenzar la evaluación neurológica con fines de certificar la muerte, y 24 (veinticuatro) horas en los menores de dicha edad.”**

Punto II. 3: los puntos 3 y 4 del protocolo 1998 se reúnen ahora únicamente en el punto 3, como sigue: **“Se requiere verificar la ausencia de efecto de drogas bloqueantes neuromusculares y/o el efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central en**

niveles tóxicos. Esta situación especial (paciente intoxicado con drogas depresoras del sistema nervioso central) se considera en particular en el punto V 6 de este protocolo.”

Punto II.4: corresponde al pto 5/98: se reemplaza temperatura rectal por **“temperatura central”**

Punto II.5: corresponde al pto 6/98: al texto **“Se requiere descartar la presencia de severos trastornos metabólicos o endocrinos”**, se le agrega **“En el caso de que estos trastornos hubieren sido los causantes del coma, para certificar la muerte se procederá acorde al punto V 8 de este protocolo.”**

Se suprime el pto 9/98: “Se excluyen asimismo para el uso de este protocolo los niños anencefálicos”.

Los puntos restantes no varían.

PUNTO II: EL EXAMEN NEUROLÓGICO

Punto II.1: se agrega: **“Se recuerda que la presencia de reflejos de origen espinal no invalida el diagnóstico de Muerte Encefálica.”**

Punto II.3: se agrega: **“El objetivo del test de apnea es demostrar la ausencia irreversible de respiración espontánea.”**

PUNTO III: PERÍODO DE OBSERVACIÓN

Se reemplaza el anterior título de este punto, “Repetición del examen neurológico”, por **“PERÍODO DE OBSERVACIÓN”**.

Con el agregado saliente el del punto III.2.4, este ítem ha sido redactado de nuevo como sigue:

“Para certificar la muerte, utilizando los criterios neurológicos, se debe demostrar la persistencia de los hallazgos compatibles con el diagnóstico de muerte ó demostrar la ausencia de reflejos encefálicos y de inactividad encefálica por un período adecuado de tiempo.

El período de observación requerido para certificar la muerte será acorde a la edad.

III.1.- A partir de los 6 (seis) años, el período de observación deberá ser de al menos 6 (seis) horas.

III.2.- En menores de 6 (seis) años, el período de observación deberá ser mayor:

III.2.1.- Entre los 7 (siete) y 60 (sesenta) días de edad: El período de observación deberá ser de al menos 48 (cuarenta y ocho) horas.

III.2.2.- Entre los 2 (dos) meses de edad y hasta cumplir 1 (un) año: El período de observación deberá ser de al menos 24 (veinticuatro) horas.

III.2.3.- Desde 1 (un) año cumplido y hasta cumplir los 6 (seis) años: El período de observación deberá ser de al menos 12 (doce) horas.

III.2.4.- A partir de los 2 (dos) años de edad, con fontanela cerrada, y en lesiones estructurales primarias, el período de observación podrá acortarse a 6 (seis) horas si se demuestra la ausencia de flujo sanguíneo cerebral mediante alguno de los métodos instrumentales de estudio de flujo habilitados por este protocolo en el punto.

Las edades mencionadas se aplicarán al recién nacido de término. En el recién nacido pretérmino deberá considerarse la edad corregida.

PUNTO IV: MÉTODOS INSTRUMENTALES

Se suprime: “Se determina también en qué situaciones estos estudios deben ser repetidos y cuándo pueden ser obtenidos una única vez.”

Punto IV.1.2.3: a propósito del estudio “Potenciales Evocados Visuales con electroretinograma”, se agrega: ***“Ambos registros (potencial evocado visual y electroretinograma) deberán registrarse en forma simultánea y por canales separados.”***

Se suprime completamente el subtítulo “Repetición de los Estudios Electrofisiológicos”

Punto IV.2.1.- Arteriografía de los Cuatro Vasos Cerebrales: se reemplaza “***circulación intracraneana***” por “***circulación intraencefálica***”. Se agrega: ***“El relleno del sifón carotídeo se interpretará como extraencefálica.”***

Punto IV.2.2: Ecodoppler Trans-Craneal: se desarrollan mucho más ampliamente los requisitos técnicos y de interpretación de los hallazgos del método. Sus detalles, que superan el espacio editorial de este artículo, pueden consultarse en el sitio del INCUCAI (www.incucai.gov.ar/profesionales/pasos/certificacion.jsp)

Punto IV.2.4: Se agrega: ***“Angiografía Cerebral por Angiotomografía multicorte y estudio de perfusión cerebral.***

Este estudio, para el diagnóstico de Muerte Encefálica, debe ser realizado con contraste no iónico. Se debe realizar una angiografía por TC, tanto de los vasos que componen la circulación anterior como posterior, realizando reconstrucciones tridimensionales del árbol vascular intracerebral.

El resultado compatible con el diagnóstico de Muerte Encefálica es la ausencia completa de circulación intracraneala.”

PUNTO V: SITUACIONES ESPECIALES

Se agrega el Punto V. 1: ***“Coma de causa no aclarada o inadecuadamente documentada:***

En estos casos, para poder comenzar a aplicarse el protocolo de certificación del diagnóstico de muerte, deberá transcurrir un período de observación de al menos 24 (veinticuatro) horas desde el inicio del coma apneico. En ese lapso deberán realizarse todos los esfuerzos posibles para aclarar la causa y documentarla. Si esto no se consiguiera, la muerte podrá ser declarada, en pacientes adultos y en niños a partir de los 6 (seis) años de edad, demostrando el cese del flujo sanguíneo encefálico con alguno de los estudios de flujo establecidos en el punto IV.2 de este protocolo. El estudio de flujo deberá ser realizado una vez transcurrido el período de observación aquí establecido.”

Punto V. 6: corresponde al pto 5/98: Intoxicación con depresores del Sistema Nervioso Central. Se suprime “...con daño estructural primario encefálico como causa del coma”. El texto restante no se modifica. El Punto V. 6 queda entonces como sigue: ***“Dentro de las***

situaciones especiales indicadas en este apartado, los pacientes (texto suprimido: ...con daño estructural primario encefálico como causa del coma,) **que se encuentren bajo tratamiento con drogas depresoras del Sistema Nervioso Central en niveles tóxicos, constituyen un grupo particular”.**

Se agrega el punto V. 8: **“Comas de origen metabólico o endocrino.**

En los pacientes cuya causa de coma se debe a severos trastornos metabólicos o endocrinos, sólo podrá diagnosticarse la Muerte Encefálica con la metodología habitual, luego de un tiempo de espera suficiente que asegure la compensación del cuadro metabólico.

En caso de que el trastorno metabólico que originó el coma no pudiese ser compensado, se podrá certificar la muerte por medio de estudios de flujo sanguíneo cerebral, establecidos en la sección IV.2, que demuestren la ausencia de circulación sanguínea encefálica.”

ANEXO

Merece destacarse que el texto del Punto I (Procedimientos del Examen Neurológico) se mantiene sin variantes respecto del protocolo anterior.

Punto II: Test de apnea
Se reemplaza el párrafo inicial por el siguiente: **“Este test constituye una importante prueba para evaluar la función del tronco encefálico, por lo tanto, cuando no está contraindicada, esta prueba debe ser realizada obligatoriamente para realizar el diagnóstico de Muerte Encefálica. Cuando no**

pueda ser realizada se deberá proceder según se describe en la sección V 2 del protocolo como “Situaciones Especiales”.

Punto II.1. Se agrega: **“Procedimiento para la realización del test de apnea convencional (método de “OXIGENACION APNEICA”)**

Punto II.1.e: Se suprime el término inicial “Idealmente”. El texto restante del punto no se modifica y queda como sigue: **“Disponibilidad para medir gases en sangre (con vía arterial accesible)”.**

Punto II.2: Este punto es nuevo:
**“II.2.- Procedimiento para la realización del test de apnea con métodos alternativos:
II.2.1 - Test de apnea por aumento artificial de CO₂.**

En caso de utilización de esta técnica para la realización del test de apnea deben respetarse los prerequisites siendo más exigentes con la necesidad de estabilidad hemodinámica (es habitual la hipotensión, aún severa, con este método) y permitiéndose PaO₂ menor de 200 mmHg luego de la fase de preoxigenación, dado que el riesgo de hipoxia es significativamente menor.

Se procederá de la misma forma que en el test de apnea convencional en la primera etapa de preoxigenación.

En la 2ª etapa se procederá, manteniendo la ventilación, a la instilación de CO₂ puro en la rama inspiratoria del respirador, durante 1 minuto a un flujo de 2 litros/minuto, obteniendo al finalizar la instilación una muestra de sangre para gasometría, desconectándose entonces el ventilador por un minuto, para efectuar la etapa de

apnea, observando si se presentan movimientos respiratorios.

La interpretación de la prueba es igual a la del método convencional, con la aclaración que la prueba también deberá considerarse indeterminada si la PaCO₂ al final de la instilación es muy elevada (mayor a 110 mmHg) dados los efectos narcóticos de los niveles tan altos de este gas.

II.2.2.- Procedimiento para la realización del test de apnea con CPAP

En caso de utilización de esta técnica para la realización del test de apnea se procederá de la siguiente forma:

Deben respetarse los prerequisites de la prueba de apnea convencional y se debe partir de valores de PaCO₂ inicial dentro de rangos normales (35 a 45 mmHg).

Luego se debe programar el respirador en modalidad CPAP con PEEP de 10 cm de H₂O (o CPAP mayor a 10 cm de H₂O si se considera necesario) con FiO₂ de 1. Esta modalidad del respirador deberá ser sostenida por el tiempo necesario para producir el aumento de PaCO₂ a los niveles requeridos de 60 mmHg. En ese momento se deberá verificar la presencia o ausencia de movimientos respiratorios. Se resultará se interpretará igual que en el método convencional.

II.2.3. Test de apnea por hipoven-tilación controlada

Para realizar el test de apnea por este método se deben respetar los prerequisites descriptos para el método convencional y proceder de la siguiente manera: Se disminuye drásticamente el volumen minuto respiratorio aproximadamente al 10% del valor previo (por ejemplo, en adultos, a una respiración por minuto con 1000 ml de volumen corriente) y se obtienen muestras de sangre para gases a los 10 min y luego cada 5 min (dependiendo de los valores de PaCO₂ previos) hasta llegar a los 60 mmHg, momento en que se observa si se producen movimientos respiratorios. Es útil para esta técnica contar con capnógrafo para medición de PCO₂ espirada. La interpretación de la prueba es la misma que para el método convencional.”

Punto III: “Especificaciones técnicas para los estudios electrofisiológicos”:

Nuevos Puntos III.2: “Electroencefalografía digital”, y III. 3. “Potenciales evocados multimodales (PEM)”

Nuevo Punto IV.- “Especificaciones técnicas para Ecodoppler Transcraneano”

Lo textos correspondientes a los nuevos puntos III.2, III.3 y IV pueden consultarse en el sitio del INCUCAI.

EL EMPLEO DE LOS PERFILES EN LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL. Sus fundamentos.

INTRODUCCIÓN

La constatación de los hechos, la obtención de las pruebas, y la búsqueda de la verdad, es el derrotero del proceso de investigación criminal.

Ante la justicia, hechos y pruebas serán entonces examinados y valorados jurídicamente, frente al presunto culpable.

El arte del investigador, es entonces semejante al de un colocador de mosaicos, agrega cada pieza individualmente para concluir en un conjunto armónico. Luego interpreta, sin pretender forzar hacia una elaboración propia.

El conocimiento ^{no}potencial^{del} del delincuente depende esencialmente de la necesidad de visitar el escenario del delito, asistir a una autopsia y entrevistar a sobrevivientes o familiares de la víctima o las víctimas. Este es especialmente el caso en que las valoraciones de un experto en perfiles, no incluyen únicamente un análisis superficial del comportamiento en el delito sino que también se basa en la representación del delincuente.

Siguiendo el trabajo “El uso de los perfiles criminales en la investigación de delitos en serie”, de Doug

Smith, Superintendente Detective. Director de la *Nacional Crime Faculty* y Adrian West, Psicólogo clínico-forense de la *Nacional Crime Faculty*, del Reino Unido, vemos que en estos momentos ya se ha adoptado una estructura formal en el ámbito nacional de acuerdo con la cual, cuando se detecta una serie de delitos graves cometidos por una o varias personas, o cuando los delitos ultrapasan el territorio de una o varias fuerzas de policía, se nombra a un oficial en jefe que es responsable de dirigir la investigación de todos los delitos relacionados y de coordinar el trabajo que lleva a cabo los jefes de investigación individuales de cada fuerza de policía. Además, en todas las investigaciones se utilizan sistemas de información compatibles.

En el Reino Unido, las cincuenta y dos fuerzas de policía existentes han asumido esta estructura y hasta ahora siguiendo este método se han llevado a cabo varias investigaciones de delitos graves en serie de manera exitosa.

Así, pues, la *Nacional Crime Faculty* presta apoyo a los responsables de investigación que tratan delitos como el homicidio, la violación o el secuestro.

Dr. Daniel H. Silva

EXPERIENCIAS PRELIMINARES

Entre finales de los años setenta y principios de los ochenta, Peter William Sutcliffe “El destripador de Yorkshire” mató a quince mujeres e intentó llevar a la muerte a cinco más. La mayoría de las víctimas eran prostitutas. Los homicidios se habían cometido en lugares diferentes, a los que correspondían fuerzas policiales y fiscales diferentes; por esto, en un primer momento, nadie se dio cuenta de que estaban relacionados y cometidos por el mismo criminal. Finalmente se vio que los hechos estaban relacionados y se decidió unir las investigaciones, lo que comportó problemas de dirección y ejecución en la investigación. Cada uno de los responsables o jefes de investigación había trabajado separadamente, habían obtenido datos y pruebas en relación con el caso o los casos que estaban bajo su jurisdicción. La documentación que había generado todo esto llegaba a las catorce toneladas de peso y era prácticamente imposible identificar las semejanzas y los aspectos más remarcables de cada crimen. A pesar de estas dificultades se consiguió detener y procesar a Peter Sutcliffe, que fue sentenciado a cadena perpetua.

Paralelamente al juicio se hizo una revisión de todo el proceso de este caso y en el informe correspondiente se hicieron las siguientes recomendaciones:

a) Los responsables o jefes de investigaciones deben recibir formación que les capacite para llevar a cabo investigaciones complejas interrelacionadas.

b) Los grupos de investigación deben tener acceso a una tecnología adecuada de información que les permita gestionar investigacio-

nes de delitos en serie de forma eficiente.

c) La creación de un centro de apoyo y asesoramiento de alto nivel para este tipo de investigaciones.

La consecuencia principal de este *dossier* fue la creación de la *Nacional Crime Faculty* en la propia sede del Police Staff Collage de Bramshill en el año 1995. Actualmente, la *Nacional Crime Faculty* esta firmemente arraigada y se ha convertido en un punto clave en la investigación de delitos graves en el Reino Unido.

Las instituciones policiales tienen en general una vasta experiencia, acumulada entre sus integrantes pero, con el fomento práctico, pero ninguna investigación de un solo individuo policía o miembro del Ministerio Publico, tiene la sumatoria de conocimientos globales y los recursos suficientes para llevar a cabo investigaciones complejas únicamente por sí.

También ha sido aceptado que hay que conocer los cambios, no solo legislativos y culturales sino también tecnológicos para aplicarlos a la moderna investigación criminal. Por esto, los diferentes investigadores deben reconocer su incapacidad para responder a todas las eventualidades sin el apoyo de especialistas y de expertos provenientes de las dependencias técnico-científicas.

Para resolver estas demandas, los británicos en la *Nacional Crime Faculty*, dan un enfoque completo, que se beneficia de la experiencia de todos los miembros de los cuerpos policiales y del apoyo de organizaciones y profesionales que pueden ofrecer los conocimientos de sus expertos. Este tratamiento

integral implica formación, apoyo, análisis, investigación, asesoría, relaciones y desarrollo. Para hacer efectivas estas funciones, la *National Crime Faculty* se estructura en torno a tres secciones.

LA FORMACION Y DESARROLLO

Es fundamental la preparación la formación centralizada para los responsables de investigación y oficiales en jefe, para su aplicación en los casos complejos e interrelacionados. También debe diseñarse y desarrollar un proyecto de formación en colaboración con fuerzas de policía y otras organizaciones, destinada a los servicios de investigación, impartida en diversos centros de todo el país. También debe homologarse la formación que imparten los cuerpos policiales en esta materia, con el objetivo de garantizar unos mismos estándares para todo el país.

Debe organizarse seminarios y congresos por encargo de los Procuradores Generales, sobre problemas concretos que requieren una respuesta inmediata (Ej. desórdenes públicos graves o actos terroristas).

EL APOYO A LOS RESPONSABLES DE LA INVESTIGACION

Esta área debe ponerse en marcha como un servicio centralizado de apoyo que puede asistir a cualquier oficial desde cualquier punto del territorio nacional, las veinticuatro horas del día y todos los días del año. Debe disponer de una base de datos de expertos en diferentes campos profesionales y detectives con experiencia, que pueden dar un apoyo especializado a cualquier

responsable de la investigación que lo pueda requerir. Este servicio se convierte en un punto común de contacto en las investigaciones de delitos graves porque, al mismo tiempo que permitirá a los investigadores sacar provecho de la experiencia de colegas que han afrontado problemas similares, también pueden acceder a especialistas cualificados en sus respectivos ámbitos.

Uno de estos ámbitos especializados que debe ofrecerse es el *perfilador* o especialista en *perfiles criminales*, mediante una lista acreditada de profesionales, con una formación y experiencia.

El especialista en *perfiles criminales* debe trabajar en colaboración con la Policía Científica, porque esta disciplina cada vez tiene un papel importante en la investigación de delitos. Sin su apoyo muchas investigaciones fracasarían e, incluso, algunas ni llegarían a ponerse en marcha. Trabajamos en un medio donde la prueba científica es la clave; incluso, los abogados defensores cuestionan hechos que hace unos cuantos años habrían aceptado sin ninguna objeción. Nosotros no solamente debemos mostrar pruebas incuestionables, sino que también las tenemos que obtener de acuerdo con los procedimientos establecidos: la cadena de custodia de la prueba tiene que ser inobjetable. Por esto es tan importante que la policía y criminalistas y médicos forenses cumplan cada uno su tarea pero trabajando conjuntamente y de una forma coordinada: haciéndolo así pueden discutir muchas cuestiones y prever problemas inesperados de cara a un futuro juicio oral. Una investigación más profesional y una mejor presentación aseguran la prueba.

EL ANALISIS DE LOS DELITOS GRAVES

Todos conocemos de qué manera hoy día las modalidades delictivas y los mismos delincuentes traspasan límites municipales, provinciales y a veces internacionales, lo que en principio ofrece un gran obstáculo para las investigaciones. No obstante, nos podemos beneficiar de algunos recursos que facilitan la identificación de los delincuentes. Las provincia de Mendoza Buenos Aires, han encarado ambiciosos proyectos legislativos, para contar con bases de datos de ADN que puedan ayudar en esta labor de identificación. También esta en marcha el sistema computarizado para huellas dactilares *AFIS* (Automated Fingerprints Identification System), en la Policía Federal Argentina, Policía de la Provincia de Buenos Aires, Gendarmería Nacional y Policía Judicial de la Procuración de Buenos Aires, lo que brinda una herramienta fundamental para la investigación criminal, sin importar cual sea la distancia y el lugar de comisión de los delitos.

El *AFIS* es un software que permite, a través del algoritmo de la imagen de la huella digital, convertirla en una figura tridimensional. Si bien se trata de un proceso complicado, permite calcular todos los ángulos de esa figura tridimensional en fracciones de segundos. Cada huella es irrepetible, vale decir que no encontraremos dos personas con las mismas huellas digitales.

La ventaja del *AFIS* consiste en que no se necesitan los diez dedos toda vez que con uno solo se puede identificar a una persona. La utilización del *AFIS* se ha generalizado en Estados Unidos (incluido el FBI y la CIA), en Europa Occidental y en

nuestro país. No solo lo utilizan las policías sino también los Registros de las personas.

Ahora bien, en los casos en que no tenemos ninguna prueba física para asemejar la posible relación entre delitos, la policía debe estudiar el comportamiento y el *modus operandi* del delincuente. Para facilitar esta labor, debe crearse un Centro de Análisis de Delitos Graves, que reúna datos relevantes sobre delitos de homicidio, violación y secuestro, entre otros. Para esta labor existen sistemas informáticos como el *VINCLAS*, de la Real Policía Montada de Canadá, o el *COMPSAT*, de la *New York City Police*. De este modo se pueden analizar cantidades de ilícitos, cometidos durante años; también se puede agrupar un número determinado de delitos por sus similitudes y así informar de ello a las distintas reparticiones de seguridad para que estudien sus vínculos posibles.

LOS PERFILADORES

Deben trabajar en el seno de la Policía. Cualquier responsable de la investigación que solicite los servicios de un *perfilador* debe rápidamente contar con la designación y destilación del experto que un caso determinado requiera. Por ejemplo, el que tenga experiencia en asuntos relacionados con menores puede ser destinado a estudiar un homicidio de un niño o de una persona joven, mientras que el experto en incendios provocados puede ser destinado a estudiar un caso de muerte causada por el fuego.

Con el objetivo de observar la capacidad del estudio de los perfiles criminales y de los *perfiladores*

debe diseñarse un programa con protocolos de actuación concretos. En Gran Bretaña por ejemplo, una de estas actuaciones es la obligación del experto de elaborar un informe escrito y enviar una copia del mismo al responsable de la investigación y otra a la *National Crime Faculty*. Por otro lado, el responsable de la investigación rellena un cuestionario con el que podemos conocer si el estudio del perfil ha sido provechoso para su caso y, por otro lado, para constituye un elemento de evaluación.

Si los fiscales y policías ven la utilidad del estudio de los perfiles criminales los utilizarán cada vez más, y no únicamente para los delitos graves sino para los delitos más habituales.

EL ORIGEN DE LOS PERFILES CRIMINALES

Aunque hay una larga historia de investigaciones policiales que han utilizado los conocimientos y las técnicas de un amplio abanico de disciplinas profesionales, la contribución de las ciencias de la conducta al proceso de investigación es relativamente reciente. A pesar de ello, en los últimos veinte años ha habido una concienciación creciente sobre el hecho de que las ciencias de la conducta pueden contribuir al estudio del homicidio y de los delitos sexuales, no únicamente desde la perspectiva clínica sino también desde el punto de vista de la investigación policial. Como consecuencia de esto, hay muchas fuerzas policiales europeas que han creado unidades de ciencias de la conducta que investigan y prestan apoyo operativo en casos de homicidios, secuestro y extorsión.

El uso de los perfiles criminales en el campo de la investigación de delitos graves ha ido aumentando, así como la implicación de psicólogos en el proceso de investigación, tanto en los EE.UU. como en Francia y el Reino Unido. Mientras los debates teóricos sobre las diferentes aproximaciones a los perfiles criminales todavía se tienen que resolver ñaparte de las preocupaciones éticas y científicas ha habido varios hechos positivos asociados al creciente interés por los perfiles criminales. En primer lugar, cada vez se presenta más atención a los detalles específicos de los delitos graves y a las necesidades de interpretar correctamente estos detalles; por tanto, ahora se considera primordial que hay que formar a la policía para la valoración y la interpretación del escenario del delito. En segundo lugar, se ha desarrollado la investigación criminológica empírica y la psicología investigativa en particular.

En esta investigación ha de establecer las bases para que el estudio de los perfiles criminales sea un trabajo científico.

Según el experto David Canter, el termino *ofender profiling* fue utilizado por primera vez por un miembro de la Unidad de Ciencias de la Conducta del FBI, a la que pertenecía Robert K. Ressler que trabajó allí de 1970 a 1990. Fue especialista y pionero en la elaboración de perfiles psicológicos de criminales, también acuñó el término *serial killer* y es experto en homicidios sexuales y en negociación de rehenes. Ha sido asesor de autores como Thomas Harris y Mary Higgins Clark. , Es coautor de dos libros de texto, "Sexual Homicide: Patterns and Motives" (1988) y "Crime Classi-

fication Manual” (1992), y, junto con Tom Shachtman, de tres obras autobiográficas, “El que lucha con monstruos” (1992), “Justice is Served” (1994) y “Dentro del monstruo” (1997).

En la Unidad de Ciencias del Comportamiento del FBI describían el proceso de acumulación de datos sobre las características de un sospechoso, a partir de los detalles de sus acciones en un delito. Preocupados básicamente por los delitos de violación y homicidio, demostraron que era posible obtener conclusiones generales sobre el estilo de vida, la historia delictiva y la residencia de una persona que había cometido un cierto número de delitos, a partir de un cuidadoso estudio de dónde, Cuándo y Cómo habían sido cometidos aquellos delitos.

Canter distingue dos acepciones del rotulo *ofender profiling*: por un lado es una aproximación inductiva basada en resultados empíricos.

Por otro lado, Kind ñun forense hace una distinción paralela entre el detective y el investigador. De este modo un detective puede resolver delitos sobre bases puramente intuitivas, o bien utilizando la lógica del sentido común, acompañada de una larga experiencia y una cierta comprensión de la naturaleza humana. Estas son las bases sobre las que los delitos se resuelven habitualmente. En cambio, el investigador debe tener la habilidad de ordenar hechos, fuentes, procedimientos, hipótesis, prioridades e información. Esta claro que entre sus recursos tiene que contar con un equipo de policías científicos y detectives. De todo esto se desprende que es muy difícil imaginar a un buen investigador que no sea un buen detective.

En cambio, en otro sentido, muy buenos detectives no tienen la capacidad para ser buenos investigadores.

EL APOORTE DEL FACTOR PSICOLOGICO A LA INVESTIGACION

La tesis general de la psicología investigativa y sus procedimientos de exploración radica en que la forma en que una persona comete un delito, resulta relacionada a sus características personales. Ha quedado demostrada esta metodología, utilizando varias técnicas estadísticas, para diversificar aspectos de historiales criminales de violadores. Otros trabajos también diferenciaban cuestiones subyacentes en la personalidad, relacionadas con agresión, conductas sexuales y criminales. Estos procedimientos también se han usado para diferenciar tipos de incendios provocados y la relación entre estos delitos y las diferentes personalidades de sus autores.

Vemos, pues, que la familiaridad con la lógica de la investigación empírica y una buena predisposición aplicar los avances en el campo de la psicología investigativa pueden tornar mas eficiente el trabajo policial.

Sin embargo, lo que tiene que sostener el trabajo y el papel de un buen investigador, capacidad de recoger, organizar y analizar información compleja. En cambio, el conocimiento adicional que puede aportar un *perfilador* es información, hipótesis y formulación teórica sobre tipos de delincuentes, que a su vez el investigador agregara al plexo indiciario que ha colectado.

Así pues, el papel del *perfilador* en las investigaciones policiales se basa en que posibles características del delincuentes se pueden desprender de un examen exhaustivo de las características del lugar del delito, del cadáver *in situ* y de la autopsia medico-legal.

El *perfilador* puede hacer muchas sugerencias generales o establecer hipótesis que aporten posibles explicaciones al por qué de algunos homicidios u otros delitos que han ocurrido. Así, su contribución implica una especulación racional basada en su familiaridad con las dimensiones psicológicas de los autores de los delitos graves, con la evaluación de los escenarios del crimen y resultados medico legales amen de la familiaridad con otras investigaciones de homicidios.

Por esto, desde el principio se tiene que poner el énfasis en el papel y el lugar de un *perfilador* dentro del equipo de especialistas de otras disciplinas. Todos colaboran para mejorar el curso de la investigación, sin pretender que las habilidades de uno estén por encima de las de otros miembros del equipo.

También hay que decir que el análisis de los perfiles criminales es una de las muchas técnicas de pesquisa y no representa una substitución de los métodos de investigación tradicional.

Para evaluar el empleo de los perfiles criminales. Deberemos resolver tres cuestiones:

¿Por qué se confecciona un perfil criminal?

¿Cómo se lleva a cabo el proceso de diseño del perfil?

¿Qué utilidad tiene para la investigación?

Ciertos estudios se han concentrado fundamentalmente en la última cuestión en forma de encuestas de satisfacción en que los *perfiladores* son evaluados de una forma crítica y rigurosa por profesionales como ellos, de mayor experiencia y de acuerdo con los principios teóricos y las metodologías en los que se tienen que basar. Es un motivo de procuración que a pesar del uso creciente de perfiles criminales en las investigaciones, hay poca investigación que haya intentado evaluar el contenido actual de los perfiles.

Una de las derivaciones para el *perfilador*, al introducirse de un mundo puramente administrativo a otro que se sitúa con entre el psicólogo e investigador, es una comprensión más amplia de esta crítica relación entre el detalle de la escena del delito y el delinciente.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAHAMSEN, David PH. D. "Delito y Psique", 364: 34. Fondo de Cultura Económica, México, 1946.

ABRAHAMSEM, David, M.D. "Murders & Madness", London, Robson Books, 1992.

ABRAHAMSEN, David M. D. "The Murdering Mind", London, Robson Books, 1993.

ANDERSON, Jeremy, Genesis of a Serial Killer, Fantasy's integral rol in the creation of a monster", Senior Paper; Psychology Department, Luther College, Decorah, IA 52101.

ANDERSON, Trevor A. "Staring Into the Eyes of a Killer"; New Statesman & Society, 8, 340: 29.(1995)

BASILE, Alejandro A.; "Diccionario de Psiquiatría y Psicología Medica",

- Buenos Aires, Ediciones Pyramis, 2005.
- BEADLE, William, "Jack the Ripper: Anatomy of a myth. Dagemham 1995.
- BERMANN, G., Nuestra psiquiatría, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.
- BOURGOIN, Stephane. "Serial Killers", Buenos Aires, Ed. Planeta, 1993.
- BRUNO, Antonio H. y TORTORA, Guillermo J. "Las Psicopatías, Su revisión conceptual. Implicaciones psiquiatras forenses", Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, 2, nº4: 233-254. 1996.
- BRUNO, Antonio Horacio; MARTINEZ PEREZ, Guillermo; "Biopsicología General y Criminal", Buenos Aires, EDUCA, 2002.
- BURGESS, Ann W. HARTMAN, Carol R., RESSLER, Robert K. DOUGLAS John E.; McCORMACK, Arlene, "Sexual Homicide, a Motivational Model"; Journal of Interpersonal Violence. 1, nº5: 251-272., 1986.
- CASTEX, Mariano N. "Homicidas Seriales. Psicopatología Forense" Vía internet. www.forensesargentina.com.ar. 2001.
- CORNAGLIA, Carlos A.; VIGNOLO, Mario G.; "Crónicas Medico Forenses", Buenos Aires, Dosyuna Ediciones Argentinas, 2005.
- CORNWELL, Patricia, "Retrato de un Asesino ñJack el Destripador ñ Caso Cerrado", Barcelona, Ediciones B, 2002.
- CROWLEY, Kieran, "Sleep My Little Dead" The True Story of the Zodiac Killer", USA Print, 1980.
- CULLEN, Tom "Autumn of Terror", London, Bodley Head, 1965.
- CYRIAX, Oliver "Diccionario del Crimen", Anaya & Mario Muchnik, Madrid, 1993.
- DE CORSO, Leonardo; "Amordazaron a un anciano para robarle y murió asfixiado", diario Clarín, edición del 14 de julio de 2005.
- DELVAL, Juan Antonio; Introducción a "Cesare Beccaria ñ De los delitos y de las penas", Madrid, Alianza Editorial, 1998.
- ELBERT, Carlos Alberto, "Manual Básico de Criminología", Buenos Aires, EUDEBA, 1998.
- ELLIOT, Mabel, "Crime in a Modern Society", Herper and Bros. (1955).
- FELDMAN, Paul H., "Jack the Ripper. The Final Chapter", Virgin Books, Londres 1997.
- FIDO Martin "Crimes, Detection and Death of Jack the Ripper" London, Nicolson 1987.
- FOLINO, Jorge O.; "Evaluación de Riesgo de Violencia HCR-20", versión en español adaptada y comentada, la Plata, Interfase Forense, 2003.
- FRÍAS CABALLERO, Jorge; "Inimputabilidad Penal", Buenos Aires, EDIAR, 1981.
- FURNISS, Harold "Jack the Ripper": The Story of the Whitechapel Murders" Birmingham: Froggat 1998.
- GAMBINI, Héctor, "La historia de un adolescente que no podía parar de matar", diario Clarín, 1999.
- GARCÍA PABLOS de MOLINA, Antonio; "Criminología", Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.
- GARRIDO, Vicente, "El Psicópata", Editorial Algar, Alzira, 2000.
- GEBERTH, Vernon, "Practical Homicide Investigation" 3th Edition, New York, CRC Press, 1996.
- GIMÉNEZ, Silvina, PÉREZ CHACA, Valeria; FOSCHI, María Inés, "Abuso Sexual Infantil desde una Mirada Interdisciplinaria", II Jornadas Provinciales de Victimología, Universidad del

- Aconcagua, Mendoza, junio de 2005.
- GUERRINO, A. A., La psiquiatría argentina, Editores Cuatro, Buenos Aires, 1982.
- GLUECK, Sheldon & Eleanor, "Psyche and Delinquency, Personality and Temperament", Harper, 1956.
- HARE, R., Without conscience, Pocket Books, NY, 1993.
- HARRISON, Shirley "Diary of Jack the Ripper", New York: Hyperion 1993.
- HOHL, Hugo Alberto, "Crimen y Status Social", Edición del Autor, Azul, 1992.
- INGENIEROS, José., Criminología, Talleres Gráficos de L. Rosso, Buenos Aires, 1916.
- KARPMAN, Benjamin M.D. "The Sexual Offender and His Offenses".
- KEPPEL Robert, Ph.D. and BIRNES Williams J. "Signature Killers: Interpreting the Calling Cards of the Serial Murderer", Internet, 1998.
- KNIGHT, Stephen, "Jack the Ripper: The Final Solution" London: Harrap 1976.
- KRAFFT- EBING, Richard Von "Psychopathia Sexualis", Internet, 1999.
- LESTER, David Ph D. "Serial Killer: The Insatiable Passion", Internet 1998.
- LEVIN, Jack; COX James Alan. "Overkill", Internet 1999.
- LOCCARD, Edmond, "La Investigación Criminal y Los Métodos Científicos", Buenos Aires, Editorial Policial, 1938.
- LOCCARD, Edmond, "Policías de Novela y Policías de Laboratorio", Buenos Aires, Editorial Policial, 1938.
- MARCHIORI, Hilda, "Delito y Personalidad", Córdoba, Lerner, 1992.
- MARCHIORI, Hilda, "La Víctima del Delito", Córdoba, Lerner, 1996.
- MARIETAN, H., "Personalidades psicopáticas", Revista Alcmeon, Año IX, Vol. 7. Nro. 3- Noviembre 1998.
- MATTERS, Leonard, "The Mystery of Jack the Ripper", London, W.H.Allen, 1948.
- McCORMICK , Donald " Identity of Jack the Ripper " Arrows Books 1970.
- MODESTA, Marta del Carmen; ROVERA, Ofelia Laura; "Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar"; Buenos Aires, Espacio Editorial, 2003.
- MORENO, Maria; "El Petiso Orejudo", Buenos Aires, Planeta, 1994.
- MOYANO, Renzo; GIROLAMI, Gisela, PETRINO, Carolina; "Informe Preliminar IVTV Índice de Violencia de la Televisión Argentina", COMFER, Buenos Aires, abril de 2005.
- MUESTIELES, Jordi ñ Traductor- "The Diary of Jack The Ripper", Ediciones B, Barcelona, 1993.
- MUUSMANN, Carl; Who Was Jack the Ripper? A Danish Judgeís Investigation. Adam Wood, 1999.
- NATIONAL CENTER FOR DE ANALYSIS OF VIOLENT CRIME, U.S. Departament of Justice, FBI, "Criminal Investigative Analysis, Sexual Homicide", 1990.
- NEUMAN, Elías, "Los que viven del delito y los otros", México, 1991.
- NEWSLATTER, W. LINDSAY, M.D. "The Mind of the Murderer"; Cristopher Johnson, London, 1957.
- NIETO, Inés; CASTRO, Eva; "Vulnerabilidad de la víctima", II Jornadas Provinciales de Victimología, Universidad del

- Aconcagua, Mendoza, junio de 2005.
- ODELL, Robin, "Jack the Ripper in Fact and Fiction", London, Harrap & Co, Ltd, 1965
- O'DONNELL, Kevin. Jack the Ripper Whitechapel Murders, the St Osyth: Ten Bells, 1997.
- RAINE, Adrian y SANMARTÍN, José, "Violencia y Psicopatía", Editorial Ariel, Barcelona, 2000.
- RESSLER, Robert; R. BURGESS; W., DOUGLAS John E.; HARTMAM Carol R.; DIAGOSTINO, Ralph D. "Sexual Killers and Their Victims, Identifying Patterns Through Crime Scene Analysis", Journal of Interpersonal Violence, 1, nº3: 288-308. 1986.
- RIPPING YARNS Ltd. "Jack the Ripper", Brochure ñ London, 2000.
- ROBERTS, Barrie. "Sherlock Holmes and The Royal Flush: A narrative believed to be from the pen of John H. Watson", London, 1976.
- SILVA, Daniel H. "El Homicida Serial Sexual" ñ1er.Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la R.A. Buenos Aires, Octubre de 1998.
- SILVA, Daniel; TORRE, Raúl Osvado; "Investigación Criminal de Homicidios Seriales", Buenos Aires, García Alonso, 2004.
- SIMON, Robert Y. "Serial Sexual Killers, A Forensic Psychiatrist Illuminates the Darkest Side of the Human Behavior". Cap. 11.
- SORIANO, Osvaldo, "Artistas, locos y criminales", Editorial Bruguera. 1998.
- SODERMAN, Henry, O'CONNELL J.J., "Modern Criminal Investigation", Aconcagua, Mendoza, junio de 2005.
- Buenos Aires, Biblioteca Policial, 1939.
- STRAUSS, Neil; "La larga huida del infierno, Marilyn Manson", Barcelona, Mondadori, 1998.
- SUDGEN, Philip; "The Life and Time of Jack the Ripper" Parragon Book Service 1996.
- SUDGEN, Philip; "The Complete History of Jack the Ripper", Robinson Law and Crime, London, 1998.
- TIEGHI, Osvaldo N.; "Criminalidad", Buenos Aires, Editorial Universidad, 2004.
- TAYLOR, Geoff; "Another Ripper Murder?" Metropolitan Police History Society. 1998/1999.
- TORRE, Raúl Osvaldo, "Investigación Criminal de Homicidas Seriales - Jack el Destripador", Buenos Aires, Creart, 2001.
- TULLY, James. "The Madman Who Was Jack the Ripper" Carroll & Graf. 1997.
- U.S. Department of Justice, "Uniform Crime Reports". 1996.
- VAIRO, Carlos Pedro, "El Presidio de Ushuaia", Tercera Edición, Zagier & Urruty Publicacionesñ Ushuaia, 2002.
- WAISSMAN, P., Francisco de Veyga. Prolegómenos de la clínica criminológica en la Argentina, Ed. Polemos, 1999.
- WILSON, Colin, "A casebook of murder", London, Lesslie Frewin, 1969.
- WILSON, Colin and PITMAN, Patricia, "Encyclopedia of Murder", Macmillan, London, 1961.
- WOODHALL, Edwin T. "Jack the Ripper: Or When London Walked in Terror." P& D Riley, 1997.

RIESGO GRAVE, CIERTO E INMINENTE DE DAÑO: ÚNICO FUNDAMENTO DE LA INDICACIÓN INTERDISCIPLINARIA BASADA EN LA PELIGROSIDAD PARA SÍ O TERCEROS

RESUMEN

El principal objetivo de este artículo es fomentar la crítica y reflexión sobre la indicación de internación psiquiátrica a través de la mención de algunos fallos recientes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que hacen a nuestra práctica y de la revisión crítica del concepto tradicional de peligrosidad, para brindar sustento a los dos tipos de internaciones psiquiátricas posibles: la urgente por riesgo cierto e inminente de daño y la terapéutica.

Palabras claves: Internación psiquiátrica, peligrosidad para sí y terceros, riesgo cierto e inminente, Equipo interdisciplinario, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

INTRODUCCIÓN

El 25 de Agosto de 1793 Phillipe Pinel da comienzo al mito historiográfico fundante de la psiquiatría. Aquel día de verano es nombrado médico del Hospital de Bicêtre en donde obtiene el permiso para desencadenar a los pacientes psiquiátricos y tratarlos médicamente. Aquel traspaso mítico se acompañó del desarrollo del método clínico que dio lugar a los grandes desarrollos semiológicos de la especialidad en el siglo XIX

e implicó la disección, de una vez y para siempre, entre pena y cura (13).

Proponemos que, y no por vez primera, la psiquiatría vuelva a su origen para re-pensar el concepto de peligrosidad o estado de riesgo orientándolo hacia la noción de riesgo grave cierto e inminente despojándolo de toda connotación penal positivista, concepto central tanto del ejercicio profesional como de la supervisión que el poder judicial realiza en su control de internación psiquiátrica o en los expedientes de responsabilidad profesional en los cuales el demandado principal y muchas veces único es el psiquiatra interviniente.

Tanto la filosofía (especialmente Michel Foucault en los seminarios del Poder Psiquiátrico y Los Anormales), la sociología, la antropología incluso también los trabajadores sociales y últimamente el derecho han cuestionado el rol que la psiquiatría ejerce en el control de seguridad sobre los pacientes y en cuanto a cómo conceptualiza la previsión del riesgo del paciente y –consecuentemente– la conducta que adopta (11, 12) .

Los médicos psiquiatras somos abiertamente cuestionados por cuanto actuaríamos hegemónicamente en relación al control

*Leonardo Ghioldi**
*Esteban Toro Martínez***

* Psiquiatra Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

** Psiquiatra Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

de seguridad sobre nuestros pacientes. Se ha puesto la lupa en las indicaciones de internación psiquiátrica cerradas, o incluso en cuanto a la medicación coercitiva con fármacos que disminuyen su ámbito de autonomía. En forma paralela y acaso contrastante en situaciones en las cuales un paciente tuvo un acto de daño hacia sí mismo o terceros, se demanda –casi exclusivamente– a los médicos psiquiatras por no haber previsto dicha “peligrosidad”.

Al día de hoy se impone no desoír los cuestionamientos académicos, asistenciales, legislativos y jurídicos (obsérvense los proyectos de salud mental que están a consideración del Parlamento o la propia Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires). Parece conveniente, entonces, un regreso al mito fundante para completar y ampliar dicha escisión entre salud y seguridad.

Phillipe Pinel apartó la seguridad –esto es el poder punitivo del Estado de los delitos– de la medicina y en tal sentido es nuestra propuesta. Ni la formación médica ni tampoco la psiquiátrica incluye en su currícula la temática de la seguridad, no se nos instruye cómo reaccionar frente a un violento, ni cómo sujetarlo, cómo se reducen las personas agresivas o cómo se reacciona frente a un delincuente: sin embargo se nos da intervención, con nuestra anuencia, como los mayores expertos en peligrosidad del sistema. Hemos generado un reflejo automático por el cual reaccionamos ante los indicadores de riesgo y procedemos a medicar, internar, sujetar a los efectos de prevenir inconductas dañosas. El objetivo de este artículo es que a través de la mención de algunos fallos recientes de la Corte

Suprema de Justicia de la Nación que hacen a nuestra práctica y de la reflexión sobre determinados conceptos que parecen clínicos pero que en realidad son médico legales, se fomente el debate y la reflexión acerca de las condiciones en las cuales los psiquiatras actuamos, en el convencimiento de que redundaría en una mejoría de nuestro ambiente bioético y médico legal. Nos ubicaría, también, en coincidencia con el mayor protagonismo que se ha dispuesto –tanto en los estrados judiciales locales como internacionales– para el paciente psiquiátrico. Asimismo este artículo se propone la delimitación conceptual de la noción de peligrosidad y que fundamenta en definitiva, dos grandes modalidades de internación psico-psiquiátrica: la de urgencia vs. la terapéutica.

La hegemonía en cuanto a la toma de decisiones que ejerceríamos en los equipos de salud mental, nos expone a frecuentes reproches en expedientes de responsabilidad profesional, cuestionamientos que no incluyen al resto del equipo terapéutico aún cuando el psiquiatra haya actuado consensuadamente. ¿es posible que por preservar una hegemonía abstracta nos estemos exponiendo a juicios crecientes de mala praxis?

De la multitud de críticas que se nos hacen a los profesionales médicos de la especialidad en este sentido hemos decidido traer a colación los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia –órgano superior de control constitucional–, por entender que todos los fueros del país, y finalmente el poder legislativo y ejecutivo se acomodarán al pensamiento expresado por la Corte de Justicia–. A tal efecto hemos transcrito las partes fundamentales de dichos fallos,

en el entendimiento de que acaso los mismos no sean tan fácilmente asequibles para los profesionales de la salud.

Consideramos que en varios aspectos la situación médico-legal de los psiquiatras se aliviaría de tomarse en cuenta nuestra propuesta.

ACTUALIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DE LA CORTE DE JUSTICIA SOBRE PELIGROSIDAD

El 1 de Septiembre de 2009 Elena Highton de Nolasco, Enrique Santiago Petracchi, Juan Carlos Maqueda y Carmen Argibay desestimaron analizar un expediente de internación psiquiátrica compulsiva por no conformar los requerimientos del recurso extraordinario (una de las previsiones que permiten el acceso a la CSJN), sin embargo Ricardo Lorenzetti, Carlos S Fayt y Eugenio Zaffaroni conformaron una disidencia en la cual analizaron dicho expediente (S.de B. M.del C. c/ Ministerio de Justicia-Poder Judicial-Estado Nacional S.493. XLII)—.

En resumen, en dicho expediente una mujer denuncia al Juzgado Civil que indicó su internación psiquiátrica y a la Clínica Psiquiátrica que la internó. Más allá del caso en particular resulta de gran interés el análisis en minoría que los Ministros mencionados —obsérvese que con un voto más este fallo hubiera quedado firme— estimaron en relación a la peligrosidad:

“...que una de las situaciones más habituales de privación de la libertad por razones diferentes de los actos criminales de enfermos mentales —medidas de seguridad previstas en el Código Penal por

ilícitos realizados por pacientes con discapacidad mental declarados judicialmente inimputables con fundamento en la peligrosidad— es la internación involuntaria o forzada en establecimientos psiquiátricos....”

“...en muchas de estas instituciones **los derechos fundamentales de las personas llegan a violarse de modo sistemático...**”

“...La institucionalización de un paciente cuando no medie, de manera innegable, un propósito terapéutico debe interpretarse como un tratamiento arbitrario, una **verdadera detención...**”

“...los dictámenes médicos que determinan la internación con frecuencia son ambiguos, estandarizados y meramente clasificatorios...No se solicita un dictamen médico legal independiente sobre la salud mental del paciente ni sobre la incidencia de circunstancias no médicas, ni se producen pruebas extrapericiales admisibles...”

“...que una de las obligaciones del magistrado interviniente es la de promover la externación oportuna...”

En el caso en concreto “...no se precisaron los criterios para ordenar dicha internación, ni se especificaron los estándares sustantivos para la reclusión preventiva (definir con precisión el grado de peligrosidad de la paciente). Es preciso señalar que solo resulta legítima una internación obligatoria si la conducta del paciente, por su afección, verificada como pasible de internación, implica la posibilidad de daño a sí mismo o a terceros...”

“...Una persona puede ser admi-

tida como paciente involuntario cuando queda acreditado que padece de una enfermedad mental grave, que su capacidad de juicio está afectada, y que el hecho de que no se la retenga o admita en una institución psiquiátrica puede acarrearle un gran deterioro de su condición....”

“...Los conflictos familiares no pueden constituir un factor determinante de enfermedad mental...”

“...Es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas...”

“...La violación del derecho al recurso efectivo y a las garantías del debido proceso, del derecho a la integridad personal de los familiares y de reparación adecuada lo cual se refleja en el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos...”

En otro fallo la Corte se pronunció –en fecha del 27 de Diciembre de 2005– en Tufano, Ricardo Alberto s /internación (Competencia No.1511.XL) en el cual un Tribunal Colegiado de Familia de La Plata y un Juzgado Civil Nacional se declararon incompetentes para actuar tratándose de un control de internación en una Institución de City Bell y manifestaron:

“...que en nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces ...”

“...En efecto cuando se trata de internación compulsiva es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a aquella...”

“...la resolución 46/119 de la ONU de 1991 enuncia que debe designarse un defensor especial para que asista y represente al enfermo, un dictamen independiente y **la internación será cuando exista riesgo grave e inmediato o inminente, en todos los casos se comunicara de los motivos de la admisión y la retención al paciente y al organo de revisión...**”...la autoridades nacionales tienen la obligación de revisar su legalidad sin demora y periódicamente...”

En cuanto a si los Tribunales de Familia de la Provincia deben ejercer dicho control, la Corte es taxativa en cuanto a que el Juez más cercano es quien debe ejecutarlo.

En Septiembre de 2006 en los autos Gramajo Marcelo Eduardo s/ robo en grado de tentativa la Corte (G.560 XL Causa 1573) y pronunciándose acerca de la reclusión por tiempo indeterminado, hizo observaciones acerca de cómo ha de considerarse el concepto de la peligrosidad:

“Queda claro, pues, que las únicas medidas de seguridad en la ley argentina son las curativas...”

Que la peligrosidad, referida a una persona, es un concepto basado en un cálculo de probabilidades acerca del futuro comportamiento de ésta. Dicho cálculo, para considerarse correctamente elaborado, debería basarse en los grandes números. En dicho caso, la previsión llevada con método científico, y con ligeros errores, resultaría verdadera...”

“En este mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en un fallo reciente afirmó que: “la valoración de la peligrosidad del agente implica la

apreciación del juzgador acerca de las probabilidades de que el imputado cometa hechos delictuosos en el futuro, es decir agrega a la imputación por los hechos realizados, la previsión de hechos realizados futuros que probablemente se producirán. En fin de cuentas se sancionaría al individuo no con apoyo en lo que ha hecho sino en lo que es. Sobra ponderar las implicaciones de este retorno al pasado, absolutamente inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos (CIDH, Serie CNro.126 caso Fermín Ramírez c/ Guatemala, 20/5/05 ”.

En esta misma sentencia, el voto del juez Petracchi resalta: la circunstancia de que un sujeto pueda validamente ser calificado como peligroso para sí o para los demás no podría ser descartada de antemano como un fundamento legítimo que autorice al Estado a adoptar las medidas necesarias para hacer cesar el peligro y eventualmente proceder al encierro efectivo del sujeto de quien proviene la amenaza”

Concluye el juez: “una medida no puede ser ordenada, a pesar de la peligrosidad, sino guarda proporción con la importancia del hecho cometido por el autor y de los hechos que se esperan de él, esto es con el grado de peligro que emana de él”

Finalmente en los autos “Arriola , Sebastián y otros/ causa 9080” (A.891 XLIV), sentencia que trata sobre la penalización de cantidades de uso personal de estupefacientes, la Corte afirma que:

Que así los tratados internacionales y la Constitución Nacional reconocen el derecho a la privacidad que impide que las personas sean

objeto de injerencias arbitrarias o abusivas de su vida privada. Transcribe el fallo de la CIDH (Ximenes Lopes Vs. Brasil 4/7/06) :”Esto exalta la idea de la autonomía y desecha tentaciones opresoras que pudieran ocultarse bajo un supuesto afán de beneficiar al sujeto, establecer su conveniencia y anticipar o iluminar sus decisiones”

“Que a nivel internacional también se ha consagrado el principio pro homine: en el Artic 5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el 29 de la Convención Americana , siempre habrá de preferirse la interpretación menos restrictiva de los derechos establecidos en ellos: Siempre habrá de preferirse en la interpretación la hermeneutica que resulte menos restrictiva para la aplicación del derecho fundamental comprometido” (24, 25, 26, 27).

PELIGROSIDAD: CONCEPTOS MÉDICO LEGALES Y CONSECUENCIAS JURIDICO TERAPÉUTICAS

En forma previa a la definición del concepto es pertinente recordar que todas las conductas de los seres humanos se despliegan, desde una perspectiva, conforme a un marco normativo que establece la distinción entre lo permitido y lo prohibido, estableciendo diferentes tipos y grados de sanciones: multas, inhabilitaciones, privaciones de la libertad, resarcimientos y la imposición del cumplimiento de nuevas tareas. En definitiva, las conductas humanas están sometidas a un marco normativo jerárquicamente superior –el Derecho– que es en sí un discurso propio. Este discurso jerárquicamente superior es desde donde se “leerán” los comportamientos realizados

por el o los sujetos valorándose además si fueron los correctos o no y atribuyéndose los diferentes grados de responsabilidad a los actuantes a los fines de establecer las penas y las indemnizaciones. El discurso del Derecho es normativo y su finalidad es ordenadora. Esta diferencia de jerarquías entre el Derecho y la Psiquiatría, debe ser tenida presente por los psiquiatras a lo largo de todo un proceso terapéutico. Es habitual que el psiquiatra en un proceso de mala praxis se sorprenda ante determinadas preguntas atento a que considera a las respuestas como obvias y que las mismas responden a verdades naturales. Sin embargo para el Derecho tales verdades naturales no existen sino que deben ser demostradas, de allí la importancia que adquiere la historia clínica. Covelli resume las dificultades que plantea el encuentro entre estos dos universos discursivos diversos: el Derecho es normativo, tiende a determinar lo que se debe hacer, es estático, preciso y va de lo general a lo particular mientras que la psiquiatría al ser una rama de la Medicina se aboca sobre la vida, lo cambiante, en singular de lo psíquico –difícil de aprehender, de mensurar, de objetivar– siendo en general las respuestas presuntivas, utilizando un lenguaje “confuso” mientras que el del jurista es concreto, claro y preciso(9). En dicho texto cita a Bonnet para referir que es “una ciencia conjeturante que implica un grado de incertidumbre que se agiganta” (9). Tal grado de incertidumbre se ve reflejado en un estudio de Scott, citado por Acha-val, acerca de las dificultades del diagnóstico y pronóstico del estado peligroso en donde el director del establecimiento refería de quienes estaban allí alojados “...que la mitad de sus internos no eran

peligrosos, pero no estaba seguro respecto de que mitad”(1).

La noción de peligrosidad surgió desde el ideal positivista y fue entendida a lo largo de su construcción conceptual como una cualidad o atributo de la personalidad del que delinque, como un substrato de capacidad para delinquir de modo tal que la predicción de la misma con la consiguiente represión o curación adquiriría mayor importancia que el establecimiento mismo de una pena acorde a la conducta reprochada (Prins, 1882)(1, 10). De este modo, distintos autores como Feuerbach (peligrosidad), Garófalo (temibilidad –*quantum de perversidad*), Grispigni (capacidad de una persona para convertirse en delincuente) y Jiménez de Asúa (probabilidad) irán dotando a la peligrosidad de la cualidad de atributo de la personalidad del delincuente, rasgo que reflejaría una tara psíquica que lo desvía o que produce su inadaptación al medio social (4). De este modo, la cualidad como rasgo patológico se transformó en la puerta de entrada del discurso psiquiátrico en el discurso del Derecho Penal con consecuencias jurídicas (medidas de seguridad, regímenes especiales de privación de la libertad, requisitos para la libertad condicionada) que aún en la actualidad se discuten y generan controversias. O. Tieghi califica a la peligrosidad como una capacidad pontencial de una persona de resultar autora probable de delitos (21). Desde el punto de vista técnico el dictamen de peligrosidad puede implicar un diagnóstico y/o un pronóstico. Cabello propuso una fórmula de cinco elementos a considerar que sigue siendo clásica: 1) personalidad del autor, 2) naturaleza y carácter de la enfermedad, 3) momento evolutivo de la misma, 4) gravedad del de-

lito y 5) condiciones mesológicas (condiciones psicoambientales) (6). Este tratadista dirá que “que la personalidad es la llave maestra” en el diagnóstico de la peligrosidad y que “no es la enfermedad psíquica la que hace peligroso al hombre sino el hombre” a la enfermedad (6). Castex y Silva propusieron calificar a la peligrosidad como psiquiátrica, de este modo es un atributo psicológico potencial para ejecutar actos de auto o heteroagresión y en la misma dirección Stingo las considerará como “las conductas dañosas o delictivas de aquellas personas afectadas de un trastorno psíquico” (7,20).

Achával desde el enfoque clásico aclara la diferencia que existe entre la valoración que realiza acerca del “peligro” un psiquiatra asistencial, entendiendo por peligro la posibilidad de daño para sí o tercero, de la que realiza un psiquiatra forense a la hora de evaluar la persistencia de un estado peligroso o de la peligrosidad (1). Al respecto Godoy señala que la opinión del psiquiatra forense no es meramente la de un psiquiatra clínico asesorando al juez, sino que es “un racional y fundado discurso de convicciones objetivadas, animadas por principios e instituciones filosóficas, jurídicas y psicopsiquiátricas, y referida a un caso concreto en su ocurrencia (circunstancias de modo, tiempo y lugar) y en el sujeto agente” (14).

El problema de fondo para el psiquiatra es que se confunden términos que parecen aludir a lo mismo y sin embargo tienen consecuencias jurídicas diferentes.

El Código Civil, por su parte, en el artículo 482 admite bajo determinadas circunstancias y ante la reunión de requisitos especiales

la posibilidad de la internación psiquiátrica para evitar el daño a sí mismo (conductas suicidas o para suicidas) o terceros. Precisamente es la privación de la libertad “por causa psiquiátrica” la que genera enorme controversias en la actualidad y un marco normativo regulatorio internacional y nacional tendiente a limitar dicho recurso terapéutico como último recurso ante el riesgo grave cierto e inminente. En este ámbito es importante la noción de Castex–Silva de *peligrosidad psiquiátrica* divorciada de connotaciones penales, atento a que por ejemplo no resultaría de utilidad extrapolar la fórmula de los cinco elementos de evaluación de la peligrosidad penal que formulara Cabello atento a que esta fue diseñada y aplicada en el contexto de la evaluación diagnóstica y pronóstica del estado peligroso o peligrosidad del que ha delinquido y no para ponderar si un determinado paciente necesita ser o no internado. A lo largo del desarrollo del diagnóstico de peligrosidad, destacamos que hay al menos dos tipos de peligrosidad claramente delimitadas:

–a) la peligrosidad psico-psiquiátrica grave, cierta e inminente, emparentada a la praxis psiquiátrica clínica en donde el psiquiatra evaluará estado de conciencia (lucidez o no); aspecto y actitud (tranquilidad vs. excitación vs. suicidabilidad); estado de intoxicación o abstinencia a sustancias; presencia o ausencia de síntomas psicóticos; presencia y severidad de fantasías agresivas o suicidas; actitud frente al tratamiento; cuál será la alternativa que mayor grado de adhesión despertará en el paciente y sus acompañantes atento a que como señala Bulbena y Martín “la decisión se desvía poco de lo que vaticina o desea

el acompañante”, cual será la alternativa terapéutica para un momento dado; estado del juicio y de la prueba de realidad (5). Si el psiquiatra detecta la hipolucidez, la excitación o la disforia, la psicosis, las fantasías intensas o la planificación de una conducta auto o heterolesiva, la interferencia del juicio y la perturbación de la prueba de realidad, entonces podrá formular un diagnóstico de *riesgo grave, cierto e inminente* y en consecuencia indicar una internación por presentar peligrosidad para sí o terceros (2, 3, 8, 15, 17, 18, 22).

–b) Peligrosidad potencial: la conducta perjudicial podría desplegarse pero no se sabe cuando. La cualidad potencial la da la condición psico-psiquiátrica sujeta a distintas variable a ponderar, entre ellas el propio éxito o no de las primeras indicaciones que el psiquiatra empieza a formular. De este modo, ante este diagnóstico, ya no se desprende de modo categórico la indicación de una internación urgente y/o compulsiva.

Nosotros consideramos que esta distinción entre la peligrosidad inminente (riesgo grave, cierto e inminente) y la potencial fundamentan la conceptualización de dos tipos de internaciones: 1) la urgente (que puede ser compulsiva o no) que es impostergable porque hay riesgo grave, cierto e inminente de daño y 2) la internación terapéutica que es cuando hay peligrosidad potencial dada por la condición psiquiátrica, pero no puede predecirse cuando ocurrirá la acción disvaliosa. Esta internación que puede resultar provechosa para el paciente, no estará fundada en la inmediatez del riesgo sino en su naturaleza de instrumento terapéutico que se pone en juego

dentro de un proceso secuenciado de indicaciones.

DETECCIÓN DEL RIESGO GRAVE, CIERTO E INMINENTE: CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO Y CONTROL JUDICIAL

Gisbert Calabuig entendía la peligrosidad como la resultante de una intersección psicológica, antropológica y patológica (23). En tal sentido consideramos al abordaje psiquiátrico como una función interdisciplinaria, en la cual psicólogo y psiquiatra están en equiparables condiciones para detectar el riesgo. Entendemos que las decisiones terapéuticas en la especialidad y más específicamente cuando se trata de medidas que puedan condicionar la libertad, responden a un equipo corresponsable, que ejerce su función supervisado por la autoridad judicial con un ejercicio singular –según la especialidad de cada uno– pero con una competencia conjunta.

Proponemos, entonces, formalizar normativamente que –en lo que respecta a indicaciones terapéuticas que afecten la libertad del paciente– la toma de decisiones sea conjunta y corresponsable. Entendemos que esta corresponsabilidad jerarquizará a cada miembro del equipo y favorecerá que cada indicación responda a criterios objetivables y de base científica. Consideramos que el riesgo grave, cierto e inminente de daño a sí mismo o terceros es aquel que puede ser fundamentado con objetividad y científicidad. No así, el riesgo potencial que queda sujeto al resultado de numerosas variables que incluyen las respuestas a las primeras indicaciones del equipo terapéutico

Consideramos que la evaluación de previsión de daño debe objetivarse en forma suficiente en la historia clínica, y que dicha reseña imparcial debe realizarse según fundamentos claros y de causación evidente. Cada miembro del equipo debe reflejar en sus evoluciones como está calibrando sus previsiones de pasaje al acto y asimismo le corresponde la obligación de confrontar dicha evaluación con la que en forma contemporánea realiza el resto del equipo.

La toma de decisión de internar o disminuir la libertad del paciente en función de preservarlo de sí mismo (por riesgo grave, cierto e inminente) deberá ser atributo del equipo –en casos de internación dicha decisión será valorada por los magistrados– y si por un caso de urgencia ante el riesgo cierto e inminente, alguno de sus miembros ha debido actuar en forma solitaria, deberá en forma diligente compulsar la opinión del resto. Esta rápida consulta deberá realizarla por el interés y derecho del paciente psiquiátrico a recibir una indicación conjunta y no personalizada pero también en su propio interés de no adoptar una medida controvertida en forma aislada. Asimismo el equipo también participa del interés de ser convocado a dar su opinión, dado que se sobreentiende que los integrantes actúan en nombre del equipo. Las actitudes individuales expresan en forma tácita el acuerdo del grupo terapéutica, salvo expresa mención en contrario.

CONCLUSIONES

La práctica psiquiátrica se encuentra atravesada por la demanda de la urgencia del paciente, la familia y la sociedad; la interdisciplina y el

control del estado acerca del régimen de restricción de autonomía que puede sufrir el paciente. El psiquiatra en su accionar hereda una tradición conceptual desactualizada y a contra mano de todas las tendencias modernas nacionales e internacionales que regulan las reglas de su arte. Este desconocimiento profundo del estado actual de la discusión y de los marcos regulatorios lo expone a situaciones de reproche penal que se emparentan con una defensa mal entendida acerca de su lugar de desempeño profesional dentro de un equipo terapéutico. Nuestra propuesta al respecto es que el psiquiatra es un miembro calificado pero integrante de un equipo, donde decisión y responsabilidad deben ser compartidas.

Por su parte la herencia del imaginario positivista social y del duro cuerpo doctrinario decimonónico permanecen generando aún una confusión entre conceptos que debieran ser exclusivamente clínicos, aún con consecuencias medico legales pero no pretendidamente penológicos. Al respecto proponemos que la peligrosidad, sea contextualizada en la encrucijada de la urgencia psiquiátrica, entendida como una peligrosidad psico-psiquiátrica homologable al riesgo grave, cierto e inminente de daño para sí o terceros, único momento en el que se le puede exigir al psiquiatra y al equipo capacidad de objetivación y fundamentación científica del mismo. Dicha ponderación deberá basarse en el trazo de una cartografía de la temerabilidad como factor relevante a la hora de establecer un pronóstico ajustado a la gravedad de la disfunción aguda o crónica subyacente, permitiendo establecer tratamientos viables y efectivos que justificarán singularmente las restricciones

eventuales a la libertad. Cabe entonces descartar a los procesos de diagnóstico que se han realizado, únicamente, sobre un acto aislado ignorando otros parámetros coincidentes. Los condicionamientos a la libertad deben ser personalizados, descartando el binomio opuesto de libertad vs. encasillamiento como única opción. En muchos casos el paciente podría ajustarse a un proceso terapéutico menos restrictivo que la internación psiquiátrica pero la familia no es suficientemente continente para afrontarlo, en tales casos somos de la opinión que deberá ser el juez a cargo quien determine si debe incrementarse la restricción de movimientos solo en base a las características familiares (se ha transcripto mención expresa de la Corte en tal sentido). Por tal razón creemos que la distinción entre *peligrosidad inminente* como sinónimo de riesgo grave cierto e inminente vs. *peligrosidad potencial* fundamentan dos tipos de restricciones de la libertad diversos: *la internación urgente* que no admite dilaciones basada en lo perentorio de la inminencia del daño vs. *la internación como instrumento terapéutico* basado en la peligrosidad potencial sujeta a variables que incluyen las respuestas iniciales a indicaciones de prueba que el equipo formula en primer término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achaval A. Psiquiatría Médico Legal y Forense. Astrea, Buenos Aires, 2003.
2. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti, Lundgren E, Esposito W, Berardi D. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62:247-255, 2008.
3. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, de Girolamo G. *Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities. A National Survey in Italy*. *J Nerv Ment Dis*, 197:772-782, 2009.
4. Bornstein SJ, Raymond SG. *Etat Dangereux*. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale* (Paris) 37145 A10-12.
5. Bulbena A y Martín LM. Urgencias Psiquiátricas. En *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Masson, Buenos Aires, 2006.
6. Cabello VP. *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*. Editorial Hammurabi. Tomo I. Buenos Aires, 1981.
7. Castex MN, Silva DH. El estado peligroso y la peligrosidad jurídica, en psico (pato)logía forense: una nueva lectura. 59ª Sesión de Comunicaciones. G.I. D.I. F. Instituto Interdisciplinario de Investigación de las Ciencias y la Tecnología, Academia Nacional de Ciencias, Agosto 19, 1993.
8. Colasanti A, Natoli A, Moliterno D, Rossattini, De Gaspari IF, Mauri. *Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation*. *European Psychiatry* 23, 441-448, 2008.
9. Covelli JL, Rofrano GJ, Monchablón Espinoza A, Pinto R. Imputabilidad y Capacidad de Culpabilidad. *Perspectivas Médicas y Jurídico-penales*. Dosyuna, Ediciones Argentinas. Buenos Aires, 2009.
10. Ferri E. *Sociología Criminal*, Madrid, Góngora, 1907.
11. Foucault M, 1973-1974: *Le pouvoir psychiatrique*, Cours au College de France. Editions de l'EHESS. Édition établie, sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Jacques Lagrange. 2003.

12. Foucault M, 1974-1975 : Les anormaux. Cours au College de France. Editions de l'EHESS. Édition établie, sous la direction de F. Ewald et A. Fontana, par Valerio Marchetti et Antonella Salomoni. 1999
13. Garrabé J «De Pinel à Freud? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours». In: *Philippe Pinel*, sous la dir. de Jean Garrabé, Le Plessis-Robinson, Synthélabo/Les empêcheurs de penser en rond, 1994
14. Godoy RLM. La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, XX:71-71
15. Hawton K, van Heering K. Suicide, *Lancet*, 373: 1372-1381, 2009.
16. Reidy DE, Zeichner A, Martínez MA. Effects of Psychopathy traits on unprovoked aggression. *Aggressive Behavior*, 34: 319-328, 2008.
17. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. *Suicidal Behavior in Schizophrenia. A test of the Demoralization Hypothesis*. *J Nerv Ment Dis*, 197:147-153, 2009.
18. Smith C, Fischer KW, Watson MW. *Toward a Refined View of Aggressive Fantasy as a Risk factor for Aggression: Interaction Effects Involving Cognitive and Situational Variables*. *Aggressive Behavior*, 35: 313-323, 2009.
19. Snowden RJ, Graly NS, Taylor J, Fitzgerald S: Assessing Risk of future violence among forensic psychiatric inpatients with the classification of violence risk (covr). *Psychiatric Services* 60: 1522-1526, 2009.
20. Stingo NR, Zazzi MC. Evaluación de la heteroagresividad. *Vertex, Rev. Arg. De Psiquiatría*, XVI: 178-187, 2005.
21. Tieghi ON. Tratado de Criminología. Editorial Universidad. Buenos Aires, 1989.
22. Warren G, Clabour J. Relationship Between Psychopathy and Indirect Aggression Use in a Noncriminal Population. *Aggressive Behavior*, 35: 408-421, 2009.
23. Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y Toxicología "Gisbert Calabuig". 6ª Edición. Editorial Masson. Buenos Aires, 2005.
24. Zaffaroni ER. Derecho Penal, Editorial EDIAR, 2da Edición. Buenos Aires, 2002.
25. Ziffer P. Lineamientos de la determinación de la pena, Editorial Ad Hoc, Bs. As. 2008.
26. Ziffer P. Medidas de Seguridad. Pronósticos de Peligrosidad en Derecho Penal. Editorial Hammurabi, Buenos Aires 2008.
27. Ziffer P. Jurisprudencia de Casación Penal, Análisis de fallos. Editorial Hammurabi, Bs As, 2009.

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS PERITACIONES SEXOLÓGICAS EN EL CMF

I) INTRODUCCIÓN

No se puede realizar peritaciones sexológicas sin tener, por un lado algunos conocimientos científicos básicos y actuales sobre clínica sexológica y forense, y por el otro que para estudiar y comprender la conducta sexual se debe partir del concepto sobre lo que significa la sexualidad en de cada individuo en particular (26).

Para ello dividiremos dichas peritaciones en las que deben sustanciarse para el *fuero penal*, de las que corresponden al ámbito del *fuero civil*. Fundamentalmente las primeras tienen que ver los delitos sexuales y las segundas con los problemas de filiación consecutivos a los trastornos de la identidad sexual. El desarrollo de estas últimas las dejaremos para otra oportunidad para no extendernos mucho en esta propuesta.

II) PERITACIONES EN EL FUERO PENAL

1º) Generalidades

Se observa frecuentemente que los delitos sexuales puede ser cometidos por individuos que por su conducta sexual habitual pueden ser considerados “normales” desde el punto de vista jurídico y

la manifestación de esa conducta sexual delictiva está ligada a una circunstancia personal o ambiental momentánea. (22-50)

Muchos delitos cometidos por perturbados sexuales son debidos no a su perturbación que “per-sé” puede o no ser delictiva, sino a una conducta sexual tipificada como delictiva en la que puede influir el perfil de su personalidad, un comportamiento sexual perturbado o circunstancias ambientales condicionantes, como por Ej.: intoxicaciones como el alcohol y/o las drogas.(22-33)

Por supuesto que también estos delitos 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.(9-10)

En la dinámica de las conductas sexuales delictivas se encuentran dos elementos de importancia:

- a) la particular sexualidad individual del victimario y
- b) el comportamiento eventual de la víctima.

Tal vez en estos tipos delitos es donde se observa con mayor clari-

Prof. Dr. Juan Carlos Romi

dad la actuación que le cupo a la víctima.(24-26-44)

Así veremos que las conductas sexuales más comunes que pueden conducir a actitudes delictivas son el abuso sexual con sus cuatro figuras, tres que contempla el artículo 119, y el artículo 120 del CP la restante. Además solemos responder también al abuso sexual con menores, el exhibicionismo, la prostitución, el crimen sádico etc. (1-5-6-9-10-21-28)

2º) La sexualidad y su incidencia en el crimen

El limitar la actividad sexual a la sexo-genitalidad o función reproductora (área biológica del sistema sexual) es empobrecer ostensiblemente las posibilidades humanas y reducirlas a una analogía animal. (2-3-8-16-51)

La presencia de la sexualidad como expresión placentera (área psicosocial del sistema sexual) amplía y enriquece las posibilidades humanas de la actividad sexual. (2-3-8-16-51)

El ser humano en cuanto es persona y puede adquirir una personalidad, su sexualidad puede expresarse como una “relación interpersonal”.

Esta relación interpersonal de la sexualidad la podemos entender como una actitud de protección y amparo de padres a hijos (como también se da en otra especies) pero también como relación comunicacional de pareja que llega a ser específica de la relación amorosa de un varón con una mujer y que se vivencia en forma de ternura y relación emocionada. (2-3-8-16-51)

Es esencial, entonces que, la rela-

ción sexual sea libremente aceptada por ambos copartícipes y por lo tanto, compartida, puesto que en definitiva es una relación contractual (un trato-con) en que si no es una decisión libremente tomada se establece un vicio de consentimiento, bien sea por la fuerza, coacción o por el engaño por parte de uno de los copartícipes sobre el otro pero, también la pérdida de libertad puede darse como expresión de sexo-dependencia como una perturbación psicosexual de uno de sus miembros. El CP tutela la libertad sexual de los individuos. (11-14-21-32-53-56)

La relación sexual en buenas condiciones debe darse sin testigos, la intimidad la potencia a diferencia de otras relaciones humanas que son públicas. El enriquecimiento que produce la soledad de dos compartiendo el amor es garantía para el logro de la total comunicación y entrega total (trasciende el puro acto coital) y constituyen los elementos formales de la sexualidad placentera, dejando de lado los elementos constitutivos de la moral, cuyo estudio nos es ajeno por razones obvias. (2-3-8-16-51)

De igual manera que para el estudio de la personalidad se requieren dos cortes :uno *longitudinal* o historia vital y otro *trasversal* que es el aquí y ahora de su conducta actual que nos da la estructura y el desarrollo de la misma, la sexualidad debe estudiarse en su constitución estructural, ya que el hombre nace sexuado pero no sexualizado, hecho que se consigue con el desarrollo de la personalidad a través del tiempo, y que además precisa de un aprendizaje de igual manera que el hablar, el caminar, el comer etc.(2-3-8-16-20-30)

La sexualidad forma parte indis-

luble de la personalidad y como en ésta se reconocen tres principios o capas básicas de su configuración existencial:

a) la sexogenitalidad como elemento somático sustentador de la sexualidad, determinada genéticamente y expresada por los caracteres sexuales primarios y secundarios específicos de cada sexo.

b) la psicosexualidad como placer erótico dada por factores pulsionales y emocionales, el aprendizaje, la fantasía y el impulso necesarios para la acción o la motivación sexual.

c) la comunicación interpersonal como capacidad de oblación o entrega afectiva y donde la inteligencia y la voluntad se ponen al servicio del amor.

Son precisamente estas tres capas las que deben participar en la sexualidad para que esta adquiera su carácter de totalidad. (2-3-8-16-17-30-51)

A partir de esta posibilidad humana de plenitud sexual pueden darse toda la gama de manifestaciones de relaciones sexuales que la imaginación humana admita y es una realidad de observación cotidianas, entre ellas las conductas sexuales que configuran delito. (22-35-49)

Algunos sostienen que detrás de todo delito se esconde un problema de alcoba. Si bien esta afirmación es evidentemente excesiva, es cierto no obstante, que la sexualidad perturbada (disfuncional y/o desviada) es potencialmente generadora de conductas desadaptativas que pueden desembocar en conductas delictivas. (22-34-35-43-49)

Con esta visión panorámica de la

función sexual ya estamos en condiciones de entender las conductas sexuales humanas y si se dan o no en el marco de una personalidad con perturbaciones psicosexuales y /o sexopatías. (22-35-49)

3º) Psicogénesis de la conducta sexual delictiva

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 con él.

Nosotros nos ocuparemos solamente del punto uno.

El individuo que delinque cualquiera sea su forma tiene una personalidad.

La personalidad del delincuente debe ser el centro de nuestra investigación, porque es la unidad a la que quedan referidas todas las manifestaciones de su accionar: conducta, motivación, etc., por lo tanto el estudio de la conducta delictiva debe hacerse en función de la personalidad total del individuo y su inseparable contexto social. (22-36-48-50)

El individuo realiza continuas tentativas de adaptación al mundo en que se desarrolla y vive; el investigador debe descubrir el valor y la significación que ese mundo adquiere para él. (22-36-48-50)

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. (22-36-48-50)

Esto significa desde el punto de vista individual la dificultad del delincuente para aceptar la ley, lo que implica dificultades en el desarrollo de su personalidad. A su vez desde el punto de vista social significa una alteración, violación o trasgresión de la norma establecida. (22-36-48-50)

En esta tarea la sexología y la psiquiatría forenses pueden establecer los aspectos de la personalidad de cada delincuente y diferenciar un caso de otro al reconstruir con la mayor exactitud posible la génesis y dinámica del fenómeno criminal en particular. (22-36-48-50)

Siempre se ha insistido en acen-
tuar 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. (22-36-48-50)

Existen relaciones estrechas entre los rasgos de personalidad del delincuente y la conducta delictiva, es decir, se observa que la conducta del homicida, del ladrón, del estafador, o del delincuente sexual presentan entre si rasgos característicos, pero distintos entre cada figura. (52-54)

4º) Perfil del delincuente sexual

De la observación en el CMF como perito médico psiquiatra he visto

que el 80 al 90 % de los delincuentes sexuales no presentan signos de alienación mental es decir que, hasta que se demuestre lo contrario, son jurídicamente imputables. (29-31)

De ellos alrededor del 30% de los delincuentes sexuales no se le detectan groseros trastornos psicopatológicos de la personalidad y su conducta sexual social aparente presenta visos de adecuación (disociación conductual entre la vida privada y la pública,). A esta disociación la he denominado "*parafrenia sexual*", haciendo una analogía con la forma delirante que se observa en algunos psicóticos crónicos en que existe una bipolaridad entre los núcleos delirantes encapsulados que no se manifiestan explícitamente si no se los explora y el discurso habitual del paciente que presenta aparentes visos de realidad en el contexto social. (29-31)

El resto de éste grupo (el otro 70%) esta compuesto por individuos con trastornos de la personalidad con conductas psicopáticas y o antisociales con o sin perturbaciones sexuales manifestadas (disfunciones y/o parafilias o desviaciones). (29-31)

El grupo minoritario (10 al 20%) está compuesto por individuos que presentan graves problemas de personalidad de características psicóticas alienantes en su gran mayoría jurídicamente inimputables. (29-31)

Por lo tanto, la asociación tradicional de correlacionar necesariamente delito sexual a psicopatía debe ser desacreditada. La psicopatía exige impulsividad, falta de remordimiento por lo realizado, incapacidad de vínculos afectivos

reales, agresividad, dificultad para aprender con la experiencia, etc., y muchos de los delincuentes sexuales no pueden ser descriptos de este modo.(29-31)

La creencia de que el violador (abusador sexual con penetración) por ejemplo, actúa impelido por fuertes deseos sexuales se ha visto desacreditada en la actualidad, al menos como explicación genérica. (29-31)

Otro tanto ocurre con la aseveración consistente en calificar a los agresores sexuales como enfermos mentales. La ausencia de enfermedad mental 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. (29-31)

Debemos distinguir el desviado sexual (parafílico) del delincuente sexual (trasgresor de normas jurídicas) Así por Ej.: un exhibicionista puede ser un delincuente y un parafílico; un masoquista puede ser un parafílico y no ser un delincuente, un proxeneta puede ser un delincuente y no un parafílico; un sádico puede ser un parafílico y puede ser o no un delincuente, etc.(29-31-39-42)

5º). Las perturbaciones sexuales y los delitos sexuales

En nuestra tesis doctoral ("Delimitación conceptual de las perturbaciones sexuales". Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica. Facultad de Medicina UBA 1980) dividimos a las perturbaciones sexuales en general en cuantitativas (disfunciones sexuales) y cualitativas (desviaciones sexuales o parafilias). En 1995 realizamos una actualización de esta clasificación que denominamos *Nomenclatura*

de las Perturbaciones Sexuales. (18-38)

Las disfunciones sexuales o trastornos sexuales (tanto para el CIE 10 de la OMS como para el DSM IV) son perturbaciones sexuales cuantitativas por desequilibrio en más o en menos del deseo o apetito sexual (erotización) y de la capacidad funcional o rendimiento coital (sexogenitalización).(18-19-47)

El rasgo esencial es la exaltación o inhibición de los deseos eróticos (más frecuentemente el bloqueo) y/o los cambios psicofisiológicos durante el coito caracterizan el ciclo completo de la respuesta sexual humana. (11-19-47)

Llamada por el CIE 10-OMS **desviación sexual**, o **parafilias** para el DSM IV TR son perturbaciones sexuales cualitativas cuyas manifestaciones sexuales se caracterizan por la deformación de la imagen de la pareja (DIP) o por la deformación del acto sexual (DAS), es decir, anomalías del fin sexual, cuyas denominaciones todavía no son muy claras para muchos ya que se la confunde con denominaciones como las de perversión, pervertimiento, etc., de vieja rai-gambre en las escuelas psicológicas tradicionales.(18-19)

Se configura la **parafilia** cuando se necesita sustituir la actividad sexual convencional en circunstancias en que ésta es posible, por cualquier otro tipo expresión sexual que determina la única manera de poder excitarse en forma sistemática y preferencial.(6-25-47-52)

De manera que los medios se convierten en fines, en forma repetitiva, configurando un patrón de conducta rígido que adquiere carácter opresivo (pérdida de libertad)

impidiendo tener opciones libres entre alternativas.

Por lo tanto, lo que configura la parafilia no es el “que” de la expresión sexual, sino el “como” se instrumenta. (25-47)

El término parafilia subraya concretamente que la desviación (para) se encuentra en aquello por lo que el individuo se siente atraído (filia) fijando un patrón de conducta regular sistemática preferencial y a veces único. La imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual. Tales imágenes o actos tienen ser insistentes e involuntarios y por lo general suponen:

a) la preferencia por el uso de objetos no humanos para la excitación sexual.

b) la actividad sexual repetida con humanos en la que hay sufrimiento.

c) la actividad sexual repetida con parejas que no consienten o no son partidarios de ese tipo de expresión sexual, hecho que puede tener significación psicopatológica y/o psicojurídica. (25-47)

Los individuos que presentan estas alteraciones tienden a no considerarse a sí mismos como perturbados sexuales.

Pueden expresarse con distinta intensidad y con diferente modalidad. Así se observan formas:

Mínima: expresión erótica fantaseada (imágenes, pensamientos, recuerdos) o actuada reconocida como placentera por el individuo y que aparecen *espontáneamente* (en forma intrusiva) sin perturbar las actividades sexuales convencionales.

Acentuada: expresión erótica fantaseada o actuada reconocida como placentera por el individuo y

que se *busca insistentemente* para lograr satisfacer las actividades sexuales convencionales.

Predilecta o dependiente: expresión erótica que interfiere manifiestamente la actividad sexual convencional reemplazándola en forma electiva (selectiva) preferencial (prevalente) o única (exclusiva). (25-47)

Interesa fundamentalmente la forma predilecta o dependiente, que se caracteriza por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos convencionales y que en diversos grados interfieren con la reciprocidad afectiva fijando un *patrón de conducta* regular, sistemático, preferencial y a veces único. A su vez el *carácter impulsivo* es necesidad de repetir la experiencia ya que lo único que “calma” la excitación sexual es la ejecución de ese tipo de opción. (25-40)

Es necesario hacer diagnóstico de personalidad para establecer la genuinidad de la manifestación sexual (egosintonía) o la sintomaticidad de la misma (egodistonía). En nuestra experiencia sólo tienen relativa posibilidad de modificar su conducta los egodistónicos (que son muy pocos) y en la inmensa mayoría son sintomáticos de una alteración psiquiátrica de base. (25-40)

6º) El delito parafilico

Se debe tener en cuenta que:

1) No se trata de justificar los *comportamientos parafilicos* y aún menos las *psicopatías sexuales*, pero la condenación por el hecho de tenerlos, si no transgreden pautas legales, si se viven en la privacidad y no perjudican a terceros, es una *intolerancia social*. (29-32)

2) Todo consiste en hacer que el sujeto tome conciencia de que debe vivir su sexualidad parafilica 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.(22-24)

3) La *parafilia* 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.(22-24)

Así por ejemplo si un sadomasoquista con su comportamiento sexual daña el cuerpo o la salud de otro o distorsiona la sexualidad de un menor, aunque medie consentimiento de quien lo sufre, constituye un delito, ya que *la producción de lesiones* está contemplado en los Art. 89, 90 y 91 del CP.(22-24)

4) El llamado **crimen sádico** (parafilia como móvil del homicidio) está contemplado en el Art. 80 Inc. 4to del CP (homicidio por placer) ya que la causa y la razón del hecho tiene un origen sexual. El código dice:...“quien mata por placer y al hacerlo: a) experimenta una sensación agradable; b) encuentra en ello satisfacción o; c) se regocija perversamente al destruir la vida...”. Es decir, el acto sádico (placer) que lleva al homicidio (por causa y razón sexual), configura un *homicidio agravado por el placer* y puede ser:

a) si el actor mata para provocar su sexualidad (simbolismo sexual homicida).

b) si mata para lograr el objeto que le provoca placer (fetichismo).

c) si mata para profanar su cadáver (homicidio necrofílico).

d) si mata a otro para saciar su deseo ya despertado por una tercera persona (celos y envidia) (homicidio “justiciero y reivindicador”).

e) si mata por estar decepcionado por el comportamiento que presenta la víctima, opuesto al “esperado y fantaseado por el actor” (placer en la expiación de una actividad sexual “impura”).

Quedan descartados aquellos en que la muerte es el resultado de una violación (ocultación del delito, Art. 81 inc. 7* CP) y la actividad necrofílica (si no hay homicidio, no hay delito).(4-6-40-56)

5) La **necrofilia** (el muerto es una cosa) es una parafilia que “perse” no configura delito, si el actor no mató a la víctima previamente para realizar la actividad necrofílica. (22-24)

El resto de las llamadas parafilias quedan en el estricto problema de lo íntimo de cada persona y no suelen ser ni frecuentes ni generadoras de importantes conductas delictivas.(22-24)

Dentro del amplio campo de las perturbaciones sexuales solo enumeraremos aquí a aquellos comportamientos sexuales parafilicos o no, que con relativa frecuencia se observan en el quehacer médico-legal:

a) El fetichista que roba el objeto fetiche puede ser causa de examen pericial (diferenciar de la cleptomanía o robo compulsivo). Este es un robo de clara base sexual para obtener el objeto deseado y gozar con su colección u obtener placer orgásmico solitario con su presencia.

b) Los mironistas, los escopofílicos, los exhibicionistas y los

frotadores suelen crear conflictos sociales que terminan en problemas judiciales, si bien comparados con los sádicos son los delincuentes menores de la sexualidad y suelen mover a irritación o sorna. No obstante a veces suele observarse en la escalada de las personalidades con *parafilias múltiples* que comienzan como mirones, luego como exhibicionistas, siguen como paidófilos y así progresivamente frotadores, acosadores, abusadores y por último violadores sádicos, etc.

c) La homosexualidad y el travestismo no constituyen “per-se” delitos, ya que el CPA no los tipifica como delito, por lo tanto no debe considerarse al homosexual o al travestista como delincuentes por el solo hecho de ser tales.

Existen *homosexuales* que cometen delitos al igual que los heterosexuales. Las conductas sexuales de algunos homosexuales (tal vez debido a la marginación social o a que muchos presentan trastornos psíquicos) pueden ser consideradas socialmente peligrosas o por la estructura de su personalidad ser portadores de un estado peligroso predelictual. (22-24)

En estos casos a nivel criminógeno el homosexual frente al CP puede situarse en una doble actitud antijurídica:

a) *por un lado* mediante la comisión directa de delitos motivados por su frecuente estructura emocional inestable, así se observa en los casos de homicidios o lesiones entre homosexuales por celos o venganza que en la mayoría de los casos presentan la peculiaridad de ser más violentos y sangrientos que los denominados “pasionales” cometidos por heterosexuales. Lo dijo Georges Bataille: “*En los crímenes amorosos entre homo-*

sexuales varones puede verse la pasión mas extrema del alma femenina, conjugada con la pulsión mas brutal del cuerpo masculino en furia”. Según los criminólogos los “celos” entre homosexuales juegan como un elemento de máxima peligrosidad y

b) *por otro lado*, los homosexuales pueden delinquir (igual que los heterosexuales) para satisfacer sus necesidades y o apetencias sexuales, tal es el caso de la corrupción, el abuso sexual, el exhibicionismo, etc., sobre todo cuando tienen una estructura psicopática al igual que algunos heterosexuales.

Los *homosexuales prostitutas* (por lo general bisexuales) por ejemplo, los llamados “taxi boys” a veces generan conflictos sociales y conductas delictivas ya que suelen algunos extorsionar a los homosexuales que abonan sus servicios, robar y hasta matar cuando no logran sus objetivos. (22-24)

Se han observado casos de “homosexuales latentes” que temen por sus inclinaciones eróticas y, que matan a otros homosexuales en serie como una actitud “reivindicatoria social” y como reaseguro frente a su propia virilidad auto cuestionada.

Los *travestistas* son personas que siendo inequívocamente de un sexo se visten con ropas del otro sexo (gozan con sus genitales), acompañando este hecho a veces con la utilización de hormonas para desarrollar caracteres morfológicos externos sexuales similares a los del otro sexo, por ej. el desarrollo de las mamas.

No necesariamente son todos

homosexuales ni suelen tener tendencias *transexuales* (intento de cambio quirúrgico de sus genitales externos ya que rechazan sus genitales). Muchos de ellos presentan conductas delictivas, ejercen la prostitución, o son detenidos por transgresiones a las normas jurídicas, pero no por su conducta sexual si es ejercida en privado.(22-24)

7º) El delincuente sexual serial

En la década del 90 hemos investigado en el CMF a numerosos delincuentes sexuales seriales y en un trabajo anterior hemos desarrollado lo observado. Aquí haremos una pequeña síntesis.(27)

Para poder realizar una pericia médica sexológica correcta sobre un delincuente sexual, en este caso delincuente 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 delictivo*. (27)

En el *primer caso* el **actor** por tratarse de un delincuente sexual se debe hacer el *examen de la víctima y el victimario*, sobre todo de éste último 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.

En el *segundo caso* se debe investigar el **acto delictivo**, para a través de los mecanismos utilizados observar la *criminodinamia* del delito.

El acto delictivo se debe estudiar antes, durante y después del hecho. Por lo tanto, la *conducta*

delictiva surge de la interacción entre un delincuente y un hecho delictivo.(27)

Se enumerará algunas reflexiones observadas:

1) Los delincuentes seriales suelen ser adultos jóvenes o de mediana edad. Es raro observar a menores de 18 años y mayores de 50.(27)

2) 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”. (27)

3) 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.(27)

4) Difícilmente el delincuente serial presenta la imagen del “perverso lombrosiano”, es por lo contrario un individuo que a nivel social se comporta en adecuada Paralelamente cuando desarrolla su “actividad delictiva” desdobra su personalidad adopta otra identidad. (“parafrenia sexual”). Excepcionalmente se han registrado seriales con características “lombrosianas” y de escaso nivel intelectual como el recordado “petiso orejudo”. (27)

5) 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.(27)

6) Casi en todos los casos los delincuentes seriales tienen trabajos efectivos y se comportan en ellos

en forma responsable. Algunos trabajan por su cuenta, hobbies, coleccionan objetos artísticos, son amantes de refinados gustos culturales o realizan acciones de beneficencia en la comunidad en total actitud paradójica con sus tendencias delictivas.(27)

7) 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.

8) 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. (27)

9) 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.(27)

9) 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.(27)

10) 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. (27)

11) Los neuróticos obsesivo-compulsivos no son de observación tan frecuente El asesino serial es por lo general un varón introspectivo, tranquilo, reservado, distante de buenos modales, bondadoso y 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, meticuloso, 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.(7-12-13-15)

12) 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.(27)

13) Algunos autores hacen hincapié que los asesinos seriales estaban obsesionados con fantasías sexuales desde mucho tiempo antes de la realización de los asesinatos, hecho que tiene importancia capital, por cuanto por un lado

comparten importantes similitudes con otras parafilias como el exhibicionismo y la pedofilia y, por otro, porque nos sitúa en el camino de la comprensión psicodinámica de la conducta del sujeto.(27)

14) 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 casi siempre sin cómplice.(27)

15) 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.(27)

16) 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.(27)

17) 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. 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 combi acondicionada que reúne y tiene preparadas las características que requiere su plan.(27)

18) 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 consumir el hecho. (27)

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.(27)

19) La reacción del medio circundante reviste cierta peligrosidad. Cuando se toma conocimiento periodístico o social el hecho delictivo serial se produce el pánico en el ambiente. A veces aparecen 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.(27)

20) Como contrapartida en algunos casos se ha visto la atracción sexual de algunas mujeres por el criminal y llegan hasta formar pareja con el delincuente (enclitofilia de Loccard). (27)

8º) Algunas disquisiciones acerca del encuadre jurídico del delito de abuso sexual

Con el Dr. Lorenzo García Samartino oportunamente hemos inves-

tigado el encuadre jurídico de los anteriormente llamados “delitos contra la honestidad” y realizados algunas reflexiones médico-legales con referencias a las controversias entre dos de sus figuras: la violación y el abuso deshonesto desde el punto de vista médico. (26-32) Hoy, con el cambio de encuadre de los mismos a propósito de la nueva legislación al respecto, seguimos pensando que siguen existiendo puntos oscuros para su delimitación sexológico-forense y que la diferencia entre el abuso deshonesto (ahora abuso sexual simple y abuso sexual agravado por sometimiento) y la violación (ahora abuso sexual con acceso carnal) sigue siendo difuso y a merced de la interpretación particular de cada magistrado.

Conjuntamente con los Dres Víctor Poggi y L García Samartino hemos realizado algunas reflexiones médico-legales a propósito de la nueva figura del abuso sexual que sintetizaremos: (26-32)

a) El término “acceso” connota la idea de *penetrar con un objeto*, a través de un *orificio* que lo admita, en un *cuerpo carnosos vivo*. Es necesario, por lo tanto, que *supere* la superficie corporal. Este concepto es independiente del consentimiento libre del ser penetrado. A esta acción violenta, a los fines prácticos, se llama *violación*. El “acceso carnal” si bien por tradición jurídica se lo asocia a penetración peneana, la reforma omitió aclararlo, por lo que continúa siendo un vago concepto que sigue prestándose a confusión con otras partes “carnosas” del cuerpo, como los dedos o la lengua que tienen capacidad penetrativa. (26-32)

b) La actividad sexual no consenti-

da que supera la superficie corporal, esto es, la penetración en un orificio, es desde un punto de vista psicosexual, configura un acto de violación ya que invade el esquema corporal de la víctima más allá de los límites de su superficie. Desde la óptica psicosexual en su análisis se distingue: el *objeto penetrador* (portado por el sujeto activo) y el *orificio penetrado* (que pertenece al sujeto pasivo). (26-32)

El *objeto penetrador*, puede ser *carnal*: pene en erección (falo), dedos, mano, lengua, pié; o *no carnal*: olisbos, objetos inanimados símil falo, etc.

El *orificio penetrado* se puede distinguir en natural y artificial. El orificio *natural*, puede ser *apto*, vagina, recto, boca; o, *no apto*, fosas nasales, pabellón auricular. El orificio *artificial*, puede ser el producto de una intervención quirúrgica, por ej., un ano ‘contra natura’, consecuencia de una colostomía. (26-32)

Como se expresó más arriba, tradicionalmente se considera que el acceso carnal sólo puede llevarse a cabo con el pene; por lo tanto, sólo el varón puede ser *sujeto activo*, con lo cual aparecen graves controversias interpretativas sobre la posible “violación inversa” que se esboza en la reforma. (26-32)

c) También, se sostiene que el pene debe penetrar en un orificio natural, entendiéndose por tal la vagina de la mujer, del que resulta el llamado coito; y, el recto, tanto la mujer como del varón, que se denomina cópula. Como derivación de ese enfoque, sigue la controversia si la boca es un orificio “natural”. Por lo tanto, toda actividad relacionada con el sexo oral como la felatio, y el irrumatio, realizada sin

consentimiento válido, se discute si en la reforma se la considera un sometimiento sexual gravemente ultrajante o violación. (26-32)

d) El encuadre jurídico señalado, a pesar de la reforma no se ha desprendido de ser un mero enfoque biológico de la sexología, y una concepción “machista” del hombre, ya que no tiene en cuenta el aspecto psicológico del deseo libidinal o erótico del actor, que es el motivo placentero personal que explica el comportamiento sexual de este tipo de delincuentes. (26-32)

La tradición cultural de la que se nutre la jurisprudencia hizo hincapié en la *finalidad reproductora* del sexo; pero perdió de vista el *placer* que genera la sexualidad. Y, es precisamente el placer lo que persigue el sujeto activo, independientemente del medio que usa para obtenerlo. El sujeto pasivo, es degradado al papel de “*muñeco animado*”, objeto sexual buscado por el agresor sexual para alcanzar su descarga orgásmica. (26-32)

e) La actividad sexual violenta con *otros objetos*, ya sea *carnales*, como los dedos, o *no carnales* como los olisbos, son ineficaces para generar la reproducción, por lo que no se los consideraron aptos para el acceso carnal, de manera tal que, su utilización no presupone, para un gran número de autores el delito de violación. (26-32)

f) La sexología tiene en cuenta no solo el *aspecto biológico* de la función reproductora, y por lo tanto los órganos sexuales secundarios, sino también el *aspecto psicológico*, que se trasunta en la capacidad de la persona de obtener placer erótico a través de cualquier actividad corporal, con

significado sexual, independientemente de las pautas normativas. De manera que, así enfocado, el móvil psicológico precede a la acción dando origen a la intención del sujeto activo, lo que denota el delito. (26-32)

En nuestra experiencia forense no se ha observado ningún caso de violación cuya motivación haya sido fecundar a la víctima. (26-32)

En resumen, el móvil común de un agresor sexual, que lo lleva al acceso carnal violento es *obtener placer*, hasta el orgasmo. El medio que utiliza, pene, dedos u objetos, para poseer, degradar, someter, vejar, o agredir sádicamente a su víctima, tiene significado para él, independientemente del criterio que le adjudique la mayoría. Distinguir entre el pene y otros medios, o seleccionar arbitrariamente la vía de acceso, es idealizar el delito de violación, sin tener en cuenta la realidad que lo caracteriza, esto es, usar el cuerpo de una persona, sin su consentimiento, para obtener placer sexual, independientemente del medio utilizado para alcanzarlo. (26-32)

h) Si se analiza la situación del *sujeto pasivo* de una agresión sexual con penetración corporal, se observa que la concepción jurídica argentina en general, solo tuvo en cuenta el acceso carnal a través del orificio vaginal o anal. Detrás de este enfoque, puede encontrarse una idea de posesión, sometimiento, poder, fuerza, sojuzgamiento u otro similar, que se ejerce sobre la víctima. Quizá, pesa la opinión que aquel que penetra, triunfa, gana, domina, degrada, o algo por el estilo, y que una vez “tomada” la zona perineal, paso previo a la vagina o al recto, la víctima se encuentra indefensa, a merced del *poder de*

decisión del agresor. (26-32)

i) Si el tema se analiza desde un enfoque médico sexológico, el mismo hecho puede ser valorado con un criterio diferente. Desde un punto de vista común, se denomina 'orificio natural' a la *vagina*, por ser apto para la reproducción, y orificio 'contra natura' al *recto*. Estos orificios son los que se tienen en cuenta al calificar el delito de violación, es decir se ponen de relieve y se jerarquizan los que se encuentran en la *zona perineal*: vagina y recto de la mujer y por analogía, la región anal del varón. El varón accedido violentamente por vía anal 'degradado' a desempeñar un papel pasivo femenino de sumisión, es despectivamente desvalorizado por la 'ley machista'. (26-32)

La *boca*, si se sigue el mismo criterio, también es un 'orificio contra natura', pero, en general, el acceso del pene en ella contra la voluntad, no se consideró violación porque para acceder se requeriría una cierta participación necesaria de la víctima y porque se relativiza su papel dentro del concierto erótico 'natural'. (26-32)

Al estudiar la boca con ese fin, y compararla con los otros dos orificios mencionados, los juristas, en general, señalan algunas diferencias anátomo-funcionales. Se cita, por ejemplo, las características de su mucosa, sus músculos, la ausencia de "glándulas erógenas" o las posibilidades de movilidad voluntaria que ofrece, para sustentar el criterio por el cual se la considera idónea como medio, para cometer abuso sexual gravemente ultrajante pero no violación. (26-32)

Los sexólogos en cambio, conside-

ramos que todos los orificios con que nace el hombre, son 'orificios naturales'. Algunos, como la vagina, son aptos y específicos para el erotismo y la reproducción. Otros, como el recto y la boca, lo son sólo para el erotismo. Los hay, que podrían ser aptos para el erotismo, pero ineficaces para la penetración, al menos en condiciones habituales, como las fosas nasales y el pabellón auricular. (26-32)

Desde el punto de vista de dicha ciencia, se aceptan sólo como orificios 'contra natura' o *artificiales*, aquellos que son consecuencia de una intervención quirúrgica, como la citada anteriormente. Estos, no poseen receptores erógenos y sólo pueden ser elegidos eróticamente por sujetos activos con *personalidades parafilicas*, extravagantes y excepcionales. (26-32)

j) Así planteado surge, como es obvio, que no se puede comparar la situación del sujeto que accede, con la del accedido. El *primero*, siempre satisface su *placer sexual* de la manera más idónea para su fin. Las alternativas, ya sea el orificio que elige para acceder, o el medio que utiliza para hacerlo, depende de sus fantasías eróticas, que preceden o acompañan al acto violento. Para el *segundo*, la situación no puede igualarse. Si hubiese consentido, cualquier vía de acceso le puede provocar placer, porque éste depende, en gran medida, de la fantasía erótica. Pero, al ser accedido *sin su consentimiento*, cada orificio adquiere un significado distinto. (26-32)

El *recto*, tiene como función última la eliminación de las heces. Para penetrar en él se requiere tiempo, y una cierta relajación del esfínter anal. Si el acceso se hace en forma violenta, es posible que se

desgarre, en mayor o menor grado, el esfínter o la mucosa rectal. En la mayoría de los casos, por la posición caudal y dorsal, que ocupa el ano en el eje del cuerpo, la víctima 'da la espalda al usuario violador' y, de alguna forma, el hecho ocurre 'lejos de su conciencia'. (26-32)

La *boca*, en cambio, está preparada para ingerir, incorporar, gustar, e incluso absorber sustancias. Está cerca de los ojos, y respecto a la nariz, no sólo lo está, sino que se relaciona con ella a través de las coanas. De hecho, el olfato se potencia con el gusto, y hay sabores y olores que hacen cerrar los ojos tanto por placer, como por desagrado. Se puede decir que la boca está 'muy cerca de la conciencia'. El que la usa para acceder se pone a la vista de la víctima, como ocurre en el felatio, o el irrumatio. En la boca se localizan los receptores de los cuatro sabores del gusto. Por su conexión con la nariz, los humores estimulan el olfato. Y, a través de la trompa de Eustaquio, se asocia al oído medio y, por ende, a la audición. El número de terminaciones nerviosas le confiere a los labios una enorme sensibilidad, que da origen a una fina capacidad para discriminar sensaciones. A ello, hay que sumarle la sensibilidad propia de la lengua, de la mucosa oral, y de los músculos que forman la cavidad bucal. (26-32)

En el *sexo oral* no consentido, la víctima se ve obligada a sentir los olores y el gusto del agresor, y si quiere buscar ayuda con los ojos, no puede evitar ver al violador. Por lo tanto, desde el enfoque sexológico, este acto violento suma, a la degradación propia de una violación, una especial repercusión psicológica que la víctima no olvida. (26-32)

Los que sustentan el criterio jurídico mencionado, utilizan ciertas características del orificio bucal para clasificarla como orificio 'no natural'. Se afirma que, por su capacidad de adaptación, puede prestarse para 'colaborar' con la forma anatómica del objeto que la penetra; y, además, por la presencia de los dientes, se puede utilizar como arma defensiva. A partir de esto se concluye, que la boca solo sería pasible de uso con fines sexuales, si mediara la voluntad del sujeto pasivo. Si bien el supuesto es posible, no por ello es necesariamente probable. En teoría, se puede evitar cualquier forma de violación si la víctima está dispuesta a inmolarse. Pero, para muchas las personas, la intimidación, la amenaza o la violencia, pueden *quebrar* psíquica y espiritualmente al agredido, al punto de convertirlo en un juguete en las manos del agresor. (26-32)

La resistencia heroica, en caso de darse, pone en evidencia que la esencia de la violación consiste en un ataque a la voluntad, porque es lo primero que intenta someter, explícita o implícitamente, el que tiene ese fin. Porque la víctima, que podría llegar a morir por evitarlo, no condicionaría la toma de una determinación de tal magnitud según el orificio por el cual pueda ser violada. (26-32)

Así, como se ha querido diferenciar cada uno de los orificios nombrados, con distintos significados, en el caso de un acceso carnal violento, se puede señalar lo que tienen en común. Desde el punto de vista del placer erótico, comparten algunas características, si bien, con distinto grado de desarrollo. Tienen receptores mucosos sensibles, aptos para despertar el placer sexual; tienen músculos estriados

voluntarios, es decir, que pueden “*prestar colaboración*” para adaptarse al objeto que lo accede. Así se puede tomar por ejemplo la vagina. Si está cerrada y seca, la penetración violenta no consentida puede provocar, por resistencia de la víctima y falta de lubricación, algún tipo de lesión. (26-32)

Si se considera la vía rectal, la resistencia a la penetración es posible con el cierre del esfínter anal. Pero, en ambos casos, una vez que el acceso se produce, el sujeto pasivo puede “*colaborar o no*”, contrayendo el músculo pubococcigeo. Tal es el grado de posibilidades que da esa región, que hay mujeres orientales, dedicadas a espectáculos pornográficos o que ejercen la prostitución, que colocan un cigarrillo en la vagina y simulan fumarlo. Para ello, contraen los músculos voluntarios de la región, y ejercen un juego de presiones sobre la vagina, dilatándola u oprimiéndola de forma tal que, moviéndose como un fuelle, “aspira” o “suelta” el humo, imitando la cavidad bucal, pero no la un esfínter como el rectal ya que si ello fuera así la mujer podría controlar la menstruación. (26-32)

k) De manera tal que desde el punto de vista sexológico, no se observan diferencias jerárquicas anátomo-funcionales entre los distintos orificios naturales del cuerpo, aptos para la penetración de objetos con finalidad erótica. Para el victimario los objetos utilizados para penetrar responden a sus expectativas eróticas particularizadas, por lo tanto, tampoco debería hacerse diferencias sustanciales para delimitar si existió o no violación cuando existió penetración violenta. Pero la confusión médica-legal aparece cuando la interpretación del juzgador utiliza

la figura 2º del art. 119 y sostiene doctrinariamente el concepto de sometimiento sexual gravemente ultrajante para tipificar la actividad penetrativa violenta que realiza el victimario sin la intervención penénea. (26-32)

Como se observa el legislador no ha delimitado claramente la distinción entre las figuras 2º y 3º de los delitos de abuso sexual de la nueva ley 25087, hecho que seguirá trayendo grandes controversias según cual sea la interpretación de cada juzgador. (26-32)

III) LA PERITACIÓN SEXOLÓGICA

A manera de síntesis se concluye estas reflexiones sobre la delincuencia sexual recordando los pasos que se deben cumplir al momento de realizar una pericia sexológica. (23-41)

El modelo a utilizar en la peritación sexológica dependerá de tres elementos: *el caso, el actor y el perito*. En términos generales se debe tener en cuenta tres momentos clínicos que deben responderse como interrogantes:

¿Por qué?
Etiopatogenia

¿Qué?
Diagnóstico

¿Para qué?
Conclusiones

Los pasos a del examen pericial de acuerdo a todo lo expuesto deberá cumplir cuatro momentos:
1) Diagnóstico psicopatológico de la personalidad del actor y su

relación con su contexto sociocultural.

2) Diagnóstico de la perturbación sexual.

3) Investigación semiológica de la conducta delictiva.

4) Nexo psiquiátrico-forense.(41-42-43-44)

IV) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achaval, A. *Delito de Violación*. Ed. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1979.
2. Alvarez Gayou, J. L. *Sexología Integral*. Manual Moderno, México, 1986.
3. Alzate, H. *Sexualidad Humana*. Ed. Temis, Bogotá, Colombia, 1988.
4. Gilbert Calabuig, J. A. *Medicina Legal y Toxicología*. Ed. Salvat, Madrid, 1991, 4ta Edición.
5. Código Penal Comentado por Osorio y Florit. Ed. Universitaria Buenos Aires, 1999.
6. Delgado Bueno, S. *Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. Colex, España, 1995.
7. Freedman, A. M.; Kaplan, H. y Sadock, B J. *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
8. Flores-Colombino, A. *Cuadernos de Sexología*. Ed. Punto Laser, Montevideo, 1988.
9. Fontan Balestra, C. *Delitos sexuales*. Ed. Arayú, Buenos Aires, 1953.
10. Gavier, E. A. *Delitos contra la integridad Sexual*. Marcos Lerner Editora Córdoba. Córdoba Argentina, 1999.
11. Gusmao, Crysolito de, *Delitos sexuales*. Ed. Bibliografía, Buenos Aires, 1958.
12. Karpman, B. *El crimen sexual, sus motivaciones*. Ed. Hormé, Buenos Aires 1972.
13. Karpman, B. *El delito y los delincuentes sexuales*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1972.
14. Kvitko, L. A. *La violación*. Ed. Trillas, México, 1988.
15. Mc Cord, L. *El Psicópata*. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1967.
16. Mc Cary, J. *Sexualidad Humana* Ed. Manual Moderno México 1978.
17. Moras Mom, J. *Los delitos de violación y corrupción*. Ed. Ediar, Buenos Aires 1971.
18. Romi, J. C. *Delimitación Conceptual de las Perturbaciones Sexuales* Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, 1980.
19. Romi, J. C. *Las Perturbaciones Sexuales: Reflexiones sobre su delimitación conceptual*. Rev. Neuropsiquiatría y Salud Mental, 13.(3): 61-64, 1982.
20. Romi, J. C. *Curva de Autoevaluación Sexológica. Su aplicación en Sexología Forense*. Rev. Alcmeón 2 (2):241-266,1992.
21. Romi, J. C. *Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales* Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 7 Vol. 4 Nº 1 (12) pág. 61-83 junio 2000.
22. Romi, J. C. *Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva*. Rev. Argentina de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis. 2 (2): 117-130, 1995.
23. 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.
24. Romi, J. C. *El agresor sexual y el Código Penal Argentino.* La Prensa Médica Argentina. 83(4):304-313, 1995.
 25. Romi, J. C. *Las parafilias: Importancia médico legal.* Rev. de Psiquiatría Forense Sexología y Praxis, 3(1):96-111, 1997.
 26. Romi, J. C. *Los delitos sexuales: encuadre jurídico y algunas reflexiones médico-legales.* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 5 Vol. 3 Nº 1 (9) Pág. 54-87 julio 1998.
 27. Romi, J. C. *El delincuente sexual serial* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 6 Vol. 3 Nº 2 (10) Pág. 115-133 mayo 1999.
 28. Romi, J. C. *Ley 25087/99. Modificación de los delitos sexuales* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 7 Vol. 4 Nº 1 (12) Pág. 61-83 junio 2000.
 29. Romi, J C. Eleta G, García Samartino L, Gaziglia M y Gatti, C *Investigación Psiquiátrica Forense de Abuso Sexual* Publicado en la Revista de *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP* Año 8 Vol. 4 Nº 1 (13) Pág. 53-79 marzo 2001.
 30. 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 Nº 12 Pág. 24-40.
 31. 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. Director Prof. Dr. Mariano N Castex. Libro 43 Diciembre 2001 Pág. 111-118.
 32. Romi, J.C- Poggi V, Garcia Samartino L *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 Nº 1 junio 2002.
 33. 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 Nº 2 (14) Pág. 24-39 septiembre 2002.
 34. Romi, J. C. Autor colaborador Del *"Tratado de Psiquiatría"* Editado por Editorial Ananké Octubre 2002 Compilador Dr. Néstor F Marchant Coordinador general Dr. Alberto Monchablón Espinosa Capítulo desarrollado por el coautor el 25: *La conducta sexual. Su psicopatología*".
 35. Romi, J. C. *Los delitos sexuales. Factores de riesgo de índole sexual.* Publicado en *"Algo más sobre el daño psíquico y otros temas forenses"*, publicación científica del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Director Prof. Dr. Mariano N Castex. Libro 49 Diciembre 2002 pág. 35-53.
 36. 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.
37. Romi, J. C. Autor colaborador Del libro "*Salud Mental. Enfoque transdisciplinario*" Editado por la Editorial Salerno. Abril 2004 Autores: Miguel Ángel Materazzi y colaboradores.
Capítulo desarrollado por el coautor. "*Nociones básicas sobre la conducta sexual*" Corresponde a la segunda parte "Crisis y duelos" páginas 89-110.
 38. Romi, J. C. *Nomenclatura de las manifestaciones sexuales* Publicado ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría órgano de difusión de la FCCN (Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica) y de la AAP Año XIV, Vol., 11, Nº 2, Pág. 101-126, abril 2004.
 39. 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 Nº 4 (16) Pág. 42-68 julio 2004.
 40. 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.
 41. Romi, J. C. *Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual* Publicado por "Vertex" Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XVI Nº 61 mayo-junio 2005, Pág.: 213-221.
 42. Romi, J.C. García Samartino L *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 Nº 2 y 3 junio 2005 (93:112).
 43. Romi, J. C. Autor colaborador Del "*Tratado de Psiquiatría*" Editado por Editorial Guía de Buenos Aires septiembre 2005 Autores principales Dr. Néstor F Marchant y Dr. Alberto Monchablón Espinosa Capítulo desarrollado por el coautor el 45: Pág. 763 a 776 del 1ª Tomo *La conducta sexual. Su psicopatología*".
 44. Romi, J.C, Casullo M, García Samartino L, Godoy R L M Coautor del libro "*La evaluación psicológica en materia forense*" Editado por Editorial Ad-Hoc Buenos Aires febrero 2006 Monografías de Derecho Médico-legal.
 45. 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.
 46. Romi, J. C. Coautor del libro electrónico en CD "*Interdisciplina y Psiquiatría*" Editado por la Fundación Stern octubre 2006 Coordinado por el Prof. Dr. Miguel Materazzi Organizado por FINDECO Tema desarrollado: "*Aportes de la sexología clínica a la psiquiatría*".
 47. 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 Nº 1 (21) Pág. 24-49 marzo 2008.
 48. Romi, J. C. Autor colaborador Del "*Manual de Medicina Legal*" Editado por Editorial Akadia marzo 2008 Autor principal Dr. José A Patito Capítulo desarrollado por el coau-

- tor el 16: Pág. 241 a 272
"Sexología Forense".
49. 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.
 50. Romi, J. C. *Sexología médico-legal*. En Segú, H. y col. "Conductas sexuales inadecuadas", pág. 253-282, Ed. Lunen-Humanitas, Buenos Aires, 1996.
 51. Segú, H. *Sexología Básica*. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1992.
 52. Segú, H. y colab. *Conductas sexuales inadecuadas*. Ed. Lunen Humanitas, Buenos Aires, 1996.
 53. Soler, S. *Derecho penal Argentino*. Tea, Buenos Aires, 1963.
 54. Tieghi, O. *Delitos Sexuales*. Ed. El Abaco, Buenos Aires, 1983.
 55. Von Krafft-Ebing, R. *Las psicopatías sexuales*. Ed. Sagitario, Buenos Aires, 1970.
 56. Zaffaroni, E. *Manual de Derecho Penal*. Ediar, Buenos Aires, 1991.
-