

**Sobre la responsabilidad de los médicos forenses**  
Por Osvaldo Loudet, octubre 1977

Dentro del ejercicio de la profesión médica, no hay mayor responsabilidad moral que la del medicoforense. La responsabilidad del clínico o del cirujano se refieren primordialmente a la vida física del sujeto, mientras que la responsabilidad del medicoforense incide sobre su vida moral, pues juzga la capacidad civil y penal del hombre.

Qué es mas importante en una sociedad honesta y bien organizada, la muerte civil o la muerte biológica? Es indudable que la muerte civil tiene mayor trascendencia en el orden espiritual. La historia de los errores judiciales la encontramos en la historia de los errores medicoforenses. Esos errores han disminuido en gran número, como consecuencia de los progresos científicos. Hemos terminado, en gran parte, con las cuestiones de límites de la psiquiatría clínica y forense. De esos problemas nos hemos ocupado en otra oportunidad, y no insistiré en ellos. La verdad es esta: la medicina cura o alivia muchas enfermedades, pero crea, descubre o multiplica otras. Los problemas no terminan nunca; cuando se resuelven unos, se plantean otros. La misma terapéutica ha cambiado la evolución de muchas enfermedades y como consecuencia muchos diagnósticos y pronósticos han quedado en suspenso y muchos nombres han sido sustituidos. Hemos visto que algunas llamadas "demencias" no son tales y que se curan por nuevos tratamientos. En los cuadros nosológicos cambian de lugar y las consecuencias medicolegales son evidentes.

Es interesante recordar el concepto que se ha tenido de la locura a través del tiempo. De ese concepto han dependido tratamientos, condenas y absoluciones. En el período mis lejano ¿en la época de los griegos? los enfermos mentales eran beneficiados o castigados por los dioses, y muchos de sus accesos eran de origen "sagrado", como los ataques de epilepsia. Al "período sacro", sucedió el período "demoníaco" [y los enfermos eran poseídos del demonio y había que liberarlos por la tortura o por el fuego]. El período "demoníaco" reinó en la Edad Media y en los siglos XV y XVI llegó a los mayores extremos. Recordemos que en "Arras" en 1459 hubo una epidemia "demoníaca" que terminó con la práctica de autos de fé. Sólo en los últimos días del reinado de Luis XIV se suprimieron las hogueras, mas por repugnancia que por filantropía. En 1660, por un Decreto del parlamento francés, se anexó al Hospital de la Charité un pabellón destinado a pacientes afectados de trastornos nerviosos. Ese pabellón fue elegido por Esquirol para el tratamiento de los alienados. Fue el teatro de sus glorias clínicas y terapéuticas. La protección de estos enfermos se extendió por Europa a fines del siglo XVIII. Gracias al progreso de las ciencias naturales y a la influencia de Bacon y de Harvey se internó a estos desventurados. En los hospitales de París, cuenta Ténon, cada cama estaba ocupada por tres o cuatro enfermos. Cómo se iban a juntar tres o cuatro alienados en un mismo lecho!. Felipe Pinel publicó en 1791 su Tratado médico filosófico de la alienación mental, en el cual indicaba el método a seguir para tratar estos enfermos.

Lo cierto es que al período "sacro" sucedió el período "demoníaco" y a éste el período "hospitalario". El período hospitalario se puede dividir, a su vez, en "hospitalario cerrado" y en "hospitalario abierto". Actualmente los enfermos mentales son tratados por médicos psiquiatras, especializados en la materia, y no por clínicos generales, que carecen de ciencia y de experiencia sobre la mas oscura y difícil de las especialidades. Una de mis satisfacciones mas grandes fue la sanción de los cursos para médicos legistas que tuvo lugar en 1921. Estos cursos se desarrollan durante tres años y han elevado la jerarquía científica y la responsabilidad de los médicos que intervienen en las pericias. Oportunamente hice sancionar por intermedio del diputado Alberto Viñas la ley que establece por parte de los magistrados judiciales la obligación de elegir como peritos a los egresados de esos cursos.

La creación de los médicos legistas tuvo otra consecuencia: aproximó los médicos a los jueces. Desapareció la "lucha de clases" que en lugar de apoyarse se distanciaban, cada clase con su orgullo propio, el orgullo jurídico por un lado y el orgullo galénico por otro.

Propicié al Dr. Nerio Rojas, como director y organizador de los cursos y éste organizó pruebas escritas y prácticas muy severas. Las clases prácticas de clínica psiquiátrica se dictaban en el Hospicio de las Mercedes y las clases de criminología, en la Penitenciaría Nacional. No se buscó a los actores de los dramas judiciales para estudiarlos en los libros y en los expedientes, sino en los locales apropiados para hacerlo científicamente.

Cuál es mi experiencia después de ejercer la especialidad durante medio siglo! He aquí mis reflexiones:

- 1) No busquemos el "caso" en el libro; busquemos el caso en el mismo enfermo o imputado.
- 2) No adaptemos los enfermos a las leyes, sino las leyes a los enfermos.
- 3) La clínica del viejo Art. 34 plantea cuestiones de límites, que sólo los médicos psiquiatras pueden resolver, y no los abogados ni los jueces.
- 4) Nada mas peligroso que los médicos que se convierten en abogados o los abogados que pretender ser médicos alienistas.
- 5) Nada más temerario que los diagnósticos impresionistas, por mas ojo clínico que se tenga. Hay muchas psicosis que tienen la misma máscara de presentación y ocultan el rostro verdadero.
- 6) Muchas veces hay que esperar que el tiempo arranque las falsas máscaras para mostrarnos el rostro auténtico, sin afeites.
- 7) El médico de alienados puede llegar a serlo si ha vivido con ellos, es decir, si ha sido un "médico de esa familia". Esquirol decía: "Para poder curarlos hay que convivir con ellos".
- 8) El médico forense debe luchar en muchos casos en la disimulación, la simulación y fa sobredisimulación.
- 9) No se deben aceptar peritajes sin antes conocer fa sustancia del asunto, para no caer en la deshonestidad y la mentira.
- 10) La justicia no pide "pareceres" y rechaza las divagaciones librescas. Quiere conclusiones positivas o negativas, con fundamentos científicos.
- 11) En muchos casos es necesario la internación provisoria de un supuesto enfermo, aislado de las sugerencias interesadas, y observado por el personal técnico adecuado.
- 12) No debieran existir peritos de parte, sino peritos del juez, y consejos técnicos de apelación.

Dos palabras finales, que no puedo eludir en esta época de corrupción política y social en ciertos países. La psiquiatría no puede estar al servicio de la política, no puede constituirse en cómplice de los gobiernos totalitarios, que quieren declarar locos a los que no piensan como ellos. No puede haber mayor crimen que secuestrar a un hombre sano, libre y honesto, que se resiste al "lavado del cerebro". Aplicar la inquisición en la psiquiatría es un tremendo crimen.

Los médicos legistas y psiquiatras de nuestro país han llevado con honor su título y constituyen un orgullo para los que fueron sus maestros. Muchos de ellos han sido maestros después.

**Síndrome de muerte súbita del lactante**  
por Carlos A. Navari

## 1. INTRODUCCION

**El síndrome de muerte súbita del lactante** o del recién nacido (smsl), también llamado muerte en la cuna o muerte blanca, se define como **la muerte repentina e inesperada de un lactante o niño de primera infancia aparentemente sano, en la que los estudios postmortem no demuestran una causa precisa de la misma.** Por sus circunstancias constituye un importante problema no sólo médico legal sino también social, convirtiéndose en una de las situaciones más dramáticas a las que debe enfrentarse una familia.

Dado que **el diagnóstico se hace por exclusión**, es de suma importancia la evaluación del lugar del hecho, la circunstancia del fallecimiento, la revisión de los antecedentes médicos del menor y la realización de una autopsia completa acompañada de estudios complementarios adecuados, que certifique finalmente la causa de la muerte.

En los países industrializados constituye la causa más frecuente de mortalidad infantil en el período postnatal (lactantes entre 1 y 12 meses de edad). En los países en vías de desarrollo, si bien puede considerarse un problema menor de mortalidad infantil, en comparación con otras causas; no deja de ser una legítima preocupación de la salud pública.

## 2. HISTORIA

Es bien conocido desde hace siglos que un lactante puede morir en forma súbita e inesperada. En el primer libro de los Reyes del Antiguo Testamento, durante el Juicio Salomónico se dice **"y una noche el hijo de esta mujer murió..."**.

Durante cientos de años se aceptó que las muertes súbitas de los lactantes se debían a sofocación causada por el cuerpo de la madre. El más antiguo documento de la ciencia médica occidental sobre muerte durante la noche del infante, remite a Sorano de Efesos. Era un obstetra y perinatólogo activo del emperador Adriano durante la segunda centuria. Trataba de prevenir esta negligencia en el recién nacido: **"El recién nacido necesita de máximo cuidado para atender todas sus necesidades. Al lado del bebe no debe dormir ella (su madre), especialmente en el comienzo y menos si no esta enterada sobre el peligro de caer encima y matarlo por sofocación o magulladura. Por esta razón se debe estar parado, mirando al lado de la cama o si ella quiere tener o estar cerca del bebe. La cuna debe reemplazar o estar sobre la gran cama"**. Tal es así, que en 1732 es presentado en la Real Sociedad de Londres el **Arcuccio**, instrumento diseñado para evitar la asfixia durante el colecho.

A pesar de los avances de la ciencia la muerte en la cuna siguió siendo uno de los temas pendientes de resolución. Hasta pasados los años '40 en el siglo pasado se aceptaba como origen el agrandamiento del timo (status timo ? linfático), atribuyendo la muerte a un mecanismo de asfixia por aumento de tamaño del órgano. Otras de las teorías que dominó en la segunda parte del siglo XX fue la de la asfixia del menor, con por los padres como únicos responsables. A fines de la década del '50 se empieza a buscar una explicación fisiopatológica, estableciéndose claras diferencias entre muerte violenta y muerte súbita.

Recién en el año 1969 en la Segunda Conferencia convocada por el National Institute of Health de USA, se llega a un consenso sobre la definición así como para la necesidad de crear protocolos estándar para la realización de autopsias.

### 3. EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

La identificación de los factores epidemiológicos y de riesgo pone de manifiesto una gran variedad de circunstancias que se asocian de una manera u otra a tener mayor posibilidad de padecer una muerte súbita infantil. El conocimiento de estos factores ha servido para plantear estudios de investigación sobre los aspectos fisiopatológicos del **smsl**, adoptar medidas de prevención y protección.

#### 3.a. Generales

**3.a.1. Edad:** Estadísticamente la edad más frecuente en que ocurre el síndrome es entre el mes y los seis meses de vida. En nuestra experiencia, de acuerdo a los datos recogidos en autopsias realizadas en la Morgue Judicial del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, sobre 167 casos documentados entre los años 1994 y 1996, la edad promedio fue de 3,4 meses. Es poco común antes del mes de vida, la presentación entre los 6 y 12 meses es esporádica y suele considerarse excepcional después del primer año de vida.

**3.a.2. Sexo:** La mayoría de los estudios realizados revelan que los lactantes varones tienen riesgo más elevado que las mujeres en una proporción de 2/1.

**3.a.3. Clima:** Múltiples estudios realizados en diversas latitudes han confirmado que la frecuencia del **smsl** se duplica en los meses fríos de invierno, en comparación con los meses templados de primavera y verano. Se ha sugerido que esta incidencia mayor en los meses fríos pueda ser debida a una sumatoria de causas asociadas entre las que se destacan: incremento en la exposición a infecciones virales, exceso de abrigo para cubrir al niño lo que ocasionaría un estrés térmico por sobrecalentamiento, procesos nutricionales, prácticas de cuidado del lactante, etc. En las estadísticas del Cuerpo Médico Forense la mayor parte de los casos registrados en la Ciudad de Buenos Aires se producen entre los meses de junio y septiembre, con una temperatura media de 11 grados centígrados y una mínima media de 7 grados. En la mayoría de los casos la muerte sucede durante la noche, entre la madrugada y las 7 de la mañana, mientras el niño duerme.

**3.a.4. Recurrencia:** La muerte súbita en hermanos fue comunicada por primera vez por Piaterus en el año 1614. Aunque las distintas series publicadas se contraponen en cuanto al riesgo que tiene un segundo hermano de padecer un **smsl**, la mayoría de las mismas concuerdan en que los hermanos de las víctimas presentan un riesgo aumentado en sufrir este trastorno. En la actualidad están siendo identificadas grupos de familias con un mayor riesgo de recurrencia de muerte en la cuna y erróneamente diagnosticadas como **smsl**, en las que se detectaron trastornos genéticos como errores congénitos del metabolismo (déficit de Acetil CoA deshidrogenasa), alteraciones cardíacas (síndrome del QT largo) o víctimas de maltrato infantil.

#### 3.b. Factores de Riesgo Maternos

Se han reconocido múltiples factores de riesgo materno y prenatales. Los mismos son totalmente inespecíficos y generalmente se relacionan con otras causas de mortalidad infantil postneonatal (defectos congénitos). De ahí que no puedan considerarse como específicos para el **smsl**, aunque su presencia se ha asociado a un incremento del riesgo entre 2 y 3 veces.

**3.b.1. Familias en situaciones económicas desfavorables:** Una de las observaciones epidemiológicas más constantes referentes a las madres que padecieron casos de **smsl** es el nivel socioeconómico general más bajo, ya sea medido por la ocupación de los padres, ingreso o escolaridad.

**3.b.2. Madres Jóvenes:** Se ha estimado que el riesgo para un niño de una madre menor de 19 años, que tiene un hijo anterior es de 18 veces mayor que el de la población general, ya que los segundos o terceros hermanos tienen mayor riesgo que el primogénito de padecer muerte súbita. Este parámetro, es uno de los marcadores de riesgos más importantes entre cualquiera de los otros factores que evalúan riesgo (social, de estilo de vida o demográfico).

**3.b.3. Enfermedades durante el embarazo:** Son numerosas las patologías del embarazo que se relacionan con un mayor riesgo de muerte súbita entre ellas se destacan la anemia materna, hemorragias y todos aquellos cuadros que directa o indirectamente disminuyan los niveles de oxígeno intrauterino durante el embarazo.

**3.b.4. Intervalos intergestacionales cortos:** Incrementan el riesgo de muerte súbita, siendo mayor cuando menor es el intervalo entre embarazos.

**3.b.5. Cuidados y controles prenatales deficientes:** Las investigaciones señalan que el riesgo de **smsl** era mayor, en madres que realizaron su primer control prenatal después de los primeros tres meses de embarazo, si los controles fueron insuficientes y si no recibió clases de educación prenatal. De igual manera los recién nacidos que no fueron llevados a los controles en las primeras semanas de vida, incrementaban el riesgo en tres veces en relación con los que habían concurrido al pediatra en forma temprana.

**3.b.6. Cigarrillo durante el embarazo:** Está científicamente comprobado que el consumo de cigarrillos durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto, retardo del crecimiento intrauterino, asma y muerte súbita. Siendo los mecanismos de producción la reducción del flujo sanguíneo placentario, la potenciación de los efectos de las toxinas bacterianas y la alteración en forma directa de los vasos pulmonares lo que desencadena un mayor número y duración de las apneas obstructivas alterando en el niño el mecanismo del despertar por estímulo hipóxico.

**3.b.7. Adicciones a diferentes drogas:** Existe una preocupación creciente en cuanto al abuso de drogas (marihuana, cocaína, heroína, etc.) u otras toxinas potenciales que pasen la barrera placentaria y el riesgo de **smsl**. El consumo de sustancias de abuso generaría un riesgo de muerte súbita infantil entre 5 a 10 veces superior al habitual.

**3.b.8. Madres H.I.V. positivas:** En los últimos tiempos se ha incrementado el número de reportes a nivel mundial de muerte en cuna en hijos de mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana. La muerte súbita inexplicable podría ser en estos casos, una manifestación directa de infección coexistente con el efecto negativo que produce la infección materna sobre el crecimiento y desarrollo fetal, independientemente de que el hijo haya adquirido o no la infección.

### **3.c. Factores de Riesgo neonatales y postneonatales**

**3.c.1. Prematuridad y bajo peso al nacer:** La mayoría de los autores coincide en que los recién nacidos con bajo peso (<2500 grs) tienen mayor posibilidad de padecer el síndrome, estimando un riesgo relativo de 4.6, existiendo una relación inversa entre el peso del nacimiento y el **smsl**. El riesgo se eleva a 17 veces para los recién nacidos de menos de 1000 grs.

**3.c.2. Apnea del prematuro:** La relación entre apnea del prematuro y **smsl**, es un tema de creciente investigación, no encontrándose hasta el momento una relación entre la severidad de las apneas y cuadros de **smsl**.

**3.c.3. Inmunización:** Es antigua la discusión en la comunidad médica sobre la coincidencia entre la vacunación y el **smsl**. Ha surgido cierta preocupación de que la inmunización contra difteria, tétanos, tos ferina o poliomielitis, pueda precipitar este tipo de casos. Sin embargo, en ninguno de los estudios realizados a tal efecto (uno de los cuales evaluó 129000 niños vacunados), pudo asociarse estadísticamente el momento de aplicación de las vacunas y la ocurrencia de **smsl**.

**3.c.4. Signos de enfermedades que preceden a la muerte:** Los distintos trabajos de investigación han prestado una atención considerable a la posible asociación entre enfermedades leves de las vías respiratorias superiores en los días previos a la muerte. Asimismo se observó un incremento en la frecuencia de síntomas gastrointestinales moderados (vómitos y diarrea) que suelen estar presentes en la semana previa.

**3.c.5. Lactancia artificial:** Se ha descrito en varios estudios epidemiológicos una asociación entre el amamantamiento y la disminución del riesgo de **smsl**. Aunque no todos

han mostrado que sea un factor estadísticamente importante, continúa siendo uno de los elementos sobre los cuales es posible intervenir. La hipótesis de que una intolerancia o alergia a proteínas de leche de vaca, a través de un shock anafiláctico, pudiera ser causa de muerte súbita del lactante, no ha podido ser demostrada. Sin embargo se ha descrito un riesgo reducido para el **smsl** en los niños que se toman leche materna, en comparación con aquellos que se alimentan con lactancia artificial.

**3.c.6. Posición del lactante para dormir:** Esta actualmente aceptada la estrecha asociación entre dormir boca abajo (decúbito prono) con un incremento del **smsl**. Se han propuesto varias hipótesis que relacionan el decúbito prono con una mayor incidencia de muerte súbita, entre ellas pueden mencionarse la sofocación accidental, la retroproyección del maxilar inferior, aumento de la resistencia de la vía aérea, reinspiración de CO<sub>2</sub> Exhalado, compromiso del flujo sanguíneo cerebral durante la hiperextensión de la cabeza. Esta comprobado que durante el sueño, los bebés que se encuentran en posición prona se mueven menos, tienen menos despertares y se minimiza la pérdida de calor pudiendo interferir en el balance térmico y control autonómico (especialmente si está sobreabrigado o si la temperatura ambiente es elevada).

**3.c.7. Evento de aparente amenaza a la vida (ALTE):** El término *Evento de Aparente Amenaza a la Vida (ALTE)*, se acuñó para reemplazar al de *muerte súbita frustra del lactante*, por ser este último demasiado impreciso. Definido como un episodio caracterizado por alguna combinación de apnea (central u obstructiva), cambio de coloración (cianótico, pálido, rubicundo), alteración en el tono muscular (flacidez o hipertonía), ahogos o areadas. Cuadro que requiere ser revertido por una estimulación externa vigorosa o reanimación cardiopulmonar. Se trata de niños que presentan un súbito e inesperado deterioro clínico, provocando en los observadores una sensación de muerte real o inminente. Se estima que entre el 5 al 10% de las víctimas de muerte súbita han sido halladas, al menos una vez, pálidos o cianóticos durante el sueño entre 1 y 4 semanas antes de su muerte.

**3.c.8. Relación con la ropa de cama y sobrecalentamiento:** Numerosos estudios de población han demostrado que el arropar, abrigar, excesivamente a los niños y mantener temperaturas elevadas en la habitación donde este duerme, constituyen un importante riesgo de muerte súbita, sobre todo para los niños mayores de 70 días. Definido como estrés térmico, podría ser el resultado de una serie de circunstancias en muchos casos acumulativas (posición en decúbito prono, el dormir con pañales, el tipo de ropa utilizada, el tipo de colchón sobre el que duerme, la temperatura externa y la existencia de calefacción).

**3.c.9. Relación entre el compartir la cama o cuarto con el niño y el SMSL:** El hecho de que el niño comparta la cama con su madre o con un adulto también ha sido identificado como un factor de riesgo, además de contribuir en gran parte al estrés térmico.

#### 4. Hipótesis fisiopatológicas

La etiopatología del **smsl** es hasta la actualidad desconocida. Las múltiples teorías se sustentan en hipótesis más o menos complejas, siendo lo más probable que la causa dependa de múltiples factores en donde interactúen mecanismos madurativos y constitucionales que se originan en la vida intrauterina. Como consecuencia de ello el lactante sería más vulnerable y tendría menor poder de respuesta a las agresiones ambientales.

##### 4.a. Inmadurez del Sistema Nervioso Central

Los hallazgos anatomopatológicos a nivel del Sistema Nervioso Central en los niños fallecidos por **smsl** muestran alteraciones a nivel de los centros nerviosos que regulan la función integradora del control cardiorrespiratorio (hipoplasia o agenesia del núcleo arcuato) lo que produciría un desajuste en el estímulo para despertar frente a la hipoxia o hipercapnia.

Otro hallazgo que debe tenerse en cuenta son las anomalías ultraestructurales a nivel de los cuerpos carotídeos, de las fibras astrogiales y en el tronco cerebral en áreas centrales vegetativas, que se expresarían por una labilidad de los sistemas de control de la respiración y de la deglución.

#### **4.b. Trastornos respiratorios**

Vinculados a trastornos de la regulación del sueño. Muchos autores relacionan el sueño del niño con los fallos respiratorios que se producen en el smsl.

#### **4.c. Anemia e hipoxemia**

La anemia productora de un déficit de oxigenación cerebral, es uno de los factores a tener en cuenta al evaluar casos de **smsl**. Es conocido que las concentraciones de hemoglobina disminuyen entre el primer y tercer mes de vida. Edad donde se producen la incidencia más alta de muerte en la cuna. Asimismo la hipoxia crónica produce alteraciones anatomopatológicas evidenciables en distintas estructuras del organismo (hipertrofia de la musculatura de las arteriolas pulmonares, gliosis de tronco encefálico, retención de grasa parda, hematopoyesis extramedular hepática, hiperplasia de la medula suprarrenal, anomalías de los cuerpos carotídeos, hipertrofia ventricular derecha), alteraciones que fueron observadas en casos de **smsl**. Actualmente se están investigando en víctimas de **smsl** los niveles de hipoxantina en humor vítreo (marcador bioquímico de hipoxia crónica).

#### **4.d. Respuesta inmunológica**

Aproximadamente la mitad de los lactantes fallecidos por **smsl**, se encontraban cursando en el momento de su fallecimiento un cuadro de infección respiratoria o gastrointestinal. Investigaciones recientes sugieren como posible una hiperestimulación del sistema inmunitario mucoso probablemente originada por factores microbianos. La estimulación mucosa puede conducir a un aumento de la producción de citosina, la que activa el sistema inmunitario y posteriormente deprime la respiración, lo que conduce a un cuadro de hipoxia generándose un círculo vicioso.

### **5. REPERCUSIONES MEDICO LEGALES DE LA MUERTE SÚBITA INFANTIL**

Desde el punto de vista médico legal se considera a la muerte súbita como aquel proceso de etiología desconocida, aparentemente de causa natural, que se presenta de manera imprevista e inesperada, en individuos aparentemente sanos, en la que deben descartarse la intervención de violencias traumáticas y/o tóxicas en su desarrollo.

La mayoría de los autores, coinciden en que el rasgo fundamental que caracteriza a la muerte súbita es su carácter imprevisto e inesperado. Es preciso subrayar que la causalidad violenta no es más que una posibilidad en la mayor parte de los casos lejana, pero a pesar de todo, admisible.

Uno de los aspectos más difíciles del **smsl** para el patólogo forense y para el pediatra, es encontrar la línea de demarcación entre el maltrato infantil y la muerte en la cuna. No hay duda alguna que la autopsia por sí sola no permite lograr en muchas ocasiones ese objetivo.

Esta rápida evolución y la ausencia de diagnóstico cierto de la causa de la muerte pueden plantear un problema médico legal: Si no hay un médico que certifique la defunción, es necesaria la práctica de una autopsia judicial, en la que se intentaría establecer el diagnóstico y el mecanismo de la muerte.

No obstante, la Clasificación de Enfermedades de la OMS recoge el "**síndrome de muerte súbita del lactante**", por lo que el pediatra que haya seguido la evolución del niño y descarte la violencia en un mecanismo de muerte en el que todo apunte hacia este síndrome podría, en conciencia y científicamente, certificar el fallecimiento.

La muerte súbita, tanto infantil como en el adulto, es un tema clásico dentro de la medicina legal y forense. En la Ciudad de Buenos Aires, la Morgue Judicial del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, registra aproximadamente entre 50 y 60 casos

anuales de muertes que pueden ser encuadradas dentro del **smsl**. El hecho de que este tipo de muertes ingresen al sistema judicial, pone en relieve una serie de problemas que la comunidad y fundamentalmente los médicos no pueden resolver.

De un modo muy general, las muertes que precisan de investigación médico?legal puede clasificarse en:

a. Muertes por causas violentas (Ej.: Accidentes, suicidios y homicidios).

b. Muertes sospechosas de un origen no natural. La sospecha puede recaer sobre un homicidio (muerte sospechosa de criminalidad), pero también sobre un suicidio, casos de mala práctica médica, accidentes laborales o de tránsito. Este apartado incluye también aquellas muertes en que al desconocerse la etiología, ningún médico puede redactar el certificado de defunción.

Las muertes sospechosas de origen no natural constituyen un número considerable dentro de la casuística de un Centro Médico Forense. En la ciudad de Bilbao, España en el año 1991, el 42,48 % de los ingresos correspondían a este grupo, en tanto que las muertes violentas fueron el 56,52%. Las mismas cifras pueden traspolarse a la experiencia en Argentina, donde el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional reúne todos los casos de muertes violentas y sospechosas de criminalidad en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Las muertes súbitas del adulto, adolescentes, niños o lactantes, se incluyen, desde un punto de vista médico?legal, en este amplio concepto de las muertes sospechosas de criminalidad, que también se nutre de otros dos sectores, numericamente menos importante: las muertes acaecidas en personas que no han recibido asistencia médica y las que tienen lugar a lo largo de una enfermedad que cursa de modo atípico, inusual o desconcertante.

#### **5.a. Conducta a seguir por el pediatra ante una MSI**

La conducta ante un cuadro de muerte súbita infantil que ingresa a un servicio de urgencias de un hospital o que es asistido por un médico de urgencias domiciliario o bien al médico de cabecera, debe ser:

1. Informar a la familia que la autopsia es imprescindible.
2. Obtener y anotar los siguientes datos, que facilitará a la instrucción para que el médico forense los tenga al momento de realizarla autopsia:

##### **5.a.1. Datos personales del niño fallecido:**

- o Nombre y apellidos:
- o Dirección:
- o Telefono:
- o Fecha de nacimiento:
- o Edad actual:
- o Hora en que fue visto por ultima vez vivo:
- o Hora en la que fue hallado muerto:
- o Antecedentes familiares: MSI enfermedades hereditarias.
- o Antecedentes personales: Pretérmino (si / no).
- o Antecedentes patológicos: Apnea / cianosis / hipotonia/ vomitador.
- o Antecedentes de internaciones previas:
- o Lo notaban enfermo: CVAS / febril / otros,
- o Tomaba medicamentos: (nombre / dosis).
- o Alimentación seguida: Materna artificial / mixta.

##### **5.a.2. Circunstancias del fallecimiento:**

- o Lugar: Domicilio propio /familiar / guardería.
- o Sitio: cuna / cochecito cama de los padres / vehiculo /otros. Posición en que fue encontrado: prono / supino / lateral.

Había restos de alimentos en el sitio donde fue hallado: Si / no. Estaba cubierto por la ropa de cama: Si / no.

Temperatura ambiente: Calor frio.

Color: Pálido / cianótico livideces.

Intentaron reanimarlo: Si / no.

Tipo, de reanimación: Masaje cardíaco / boca a boca / intubación. Duración de la reanimación en domicilio:

### **5.a.3. Datos del Hospital (si fue trasladado):**

Nombre del hospital: Dirección:

Teléfono:

No de historia clinica del paciente:

Jefe de Guardia/ Pediatra interviniente:

Hora de ingreso:

Resumen del examen físico:

Se le practicó reanimación?: Si / No

En caso afirmativo describir tipo y duración:

### **5.b Conducta Médico Legal ante una MSI**

Desde el punto de vista forense en los casos de smsl deben tenerse en cuenta fundamentalmente el lugar donde ocurrió el hecho, los hallazgos de la autopsia y el resultado de los estudios complementarios para descartar otra patología dado que el diagnóstico se hace por exclusión.

Una de las principales responsabilidades del patólogo en relación al smsl consiste en establecer el diagnóstico, descartando fundamentalmente toda forma de violencia. Esto es de importancia crítica, en primer término para los padres del bebé, que necesitan saber por qué su hijo, aparentemente sano, murió de manera repentina e inesperada. En segundo lugar, la validez de toda investigación en el área, ya sea epidemiológica, microbiológica, bioquímica o anatómica, depende de la precisión del diagnóstico de necropsia. Es el anatomopatólogo forense quien decide en cada caso en particular, si la muerte súbita ha sido o no explicada en forma adecuada.

Todos los estudios e investigaciones deben perseguir aclarar dos puntos claves:

**5.b.1. Descartar la muerte violenta:** La autopsia debe ser completa, minuciosa, sistemática e ilustrada, estando indicados todos los estudios complementarios, con el objeto de investigar:

1. Los orificios respiratorios y cuello para descartar los mecanismos asfícticos externos. Siendo de suma importancia el examen del contenido gástrico, esófago, tráquea y bronquios, para descartar una aspiración que provoque una sofocación.
2. Análisis toxicológico con determinación de carboxihemoglobina y tóxicos orgánicos.
3. Descartar signos de malos tratos, antiguos o recientes.

**5.b.2. Diagnóstico de la causa de muerte:** Si todo lo anterior resulta negativo, hay que inclinarse por un mecanismo de muerte natural, del que se procurará encontrar la etiología, hecho que no siempre es posible. De la exploración y análisis de los hallazgos de la autopsia y los exámenes complementarios, se podrá arribar a una de las siguientes conclusiones:

1. Diagnóstico claro de la causa de muerte. A él se llega generalmente cuando un único hallazgo tiene suficiente entidad como para explicar la causa de la muerte sin lugar a dudas (malformaciones cardíacas, bronconeumonía).
2. Presencia de varios signos, ninguno de los cuales explicaría la muerte por sí solo y de forma aislada, pero que en su conjunto hablan de un estado general patológico que explica una muerte funcional en un momento dado (congestión y edema pulmonar, trastornos infecciosos de la vía respiratoria).

3. Autopsia negativa, por algunos autores denominada blanca, sin ningún signo evidente de patología que explique el mecanismo de la muerte.

Existen varios problemas especiales que merecen mención a este respecto. Se refieren a distinguir entre **smsl** y:

**1. Asfixia:** Es frecuentemente difícil distinguir en la necropsia entre la asfixia accidental o deliberada por un objeto blando y el **smsl**, dado que los datos obtenidos tanto macro como microscópicos son similares. Es por esa razón que la nueva definición incluye la necesidad del examen cuidadoso de las circunstancias en que se produjo la muerte del lactante.

**2. Traumatismo de cráneo:** Con alguna frecuencia no hay evidencias externas de traumatismo de cráneo de un lactante cuando de hecho, ha muerto a consecuencia de uno o mas golpes en ese sitio. La hemorragia extensa por debajo del cuero cabelludo, fractura de cráneo y hematomas subdurales, pueden pasar inadvertidos en lactantes, a menos que se realice una autopsia.

**3. Hemorragias retinianas y el "síndrome del niño sacudido":** Se han asociado hemorragias retinianas durante algún tiempo con el llamado síndrome del niño sacudido; muchos patólogos forenses estaban convencidos que eran patognomónicas de maltrato. No obstante debe tenerse en cuenta que dichos estigmas pueden observarse en la reanimación cardiopulmonar, infecciones, el ahogamiento consumado, el asma, envenenamiento y aspiración.

#### **5.c. Conducta ante la familia que sufre un una MSI**

La familia en la que se produce una muerte súbita de un lactante necesita el apoyo médico y psicológico. Son aspectos de gran importancia a este respecto:

- 5.c.1. Explicar que este cuadro existe.
- 5.c.2. Que no se conoce bien su etiología.
- 5.c.3. Que no se ha debido a desatención o negligencia.
- 5.c.4. Explicándoles en forma clara que:
  - NO** existen medios de prevención
  - NO** hay forma de predecirlo. **NO** es contagioso.
  - NO** es hereditario.
  - Ocurre en forma rápida y sin sufrimiento.
- 5.c.5. El estado aparente es saludable antes del hecho.
- 5.c.6. No es causado por sofocación o aspiración de vómitos.

De esta forma pueden prevenirse las secuelas psíquicas que con frecuencia se producen en los familiares del niño y en los padres. En la entrevista se debe obtener como información: edad y sexo del niño, peso al nacer, quien fue la última persona que vio al niño con vida (fecha y hora), quién lo descubrió muerto (fecha y hora), cual fue el lugar de la muerte (cuna, cama de los padres, etc.), posición en que lo encontraron, si fue cambiado de posición (porqué y por quién), si se intentó alguna forma de resucitación (método) y quien fue la persona, última consulta a un médico, estado de salud en el último tiempo, tipo de alimentación (mamadera? pecho, etc.), hora de la ultima comida, tipo de comida, si hubo otros casos de **smsl** en la familia.

Por otra parte el pediatra de cabecera debe conocer los resultados de la autopsia, ya que los resultados serian de gran importancia en la atención de otros hijos y en futuros embarazos.

#### **6. CONCLUSIONES**

Aunque la muerte en la edad pediátrica es sólo un pequeño componente de la práctica médico legal, el **smsl** constituye en los países occidentales desarrollados, la mayor parte de las defunciones dentro del primer año de vida.

La muerte súbita infantil es un problema médico legal con evidentes repercusiones a nivel clínico, sanitario y social que continúa siendo un reto para la medicina en general y para la medicina forense en particular. La única manera de ampliar nuestros conocimientos sobre este tema es realizar un abordaje multidisciplinario de todos los casos con la participación de las especialidades relacionadas (médicos forenses, pediatras, patólogos, neuropatólogos, epidemiólogos, toxicólogos, etc), como se hace en la mayoría de los países desarrollados. Sólo de esta manera se podrá conocer los múltiples mecanismos que influyen en este tipo de casos tan dramáticos, haciendo posible su prevención. Asimismo deben desterrarse de la práctica médica los certificados de complacencia, que tan negativos han resultado no sólo para la Justicia, sino también para la ciencia. Para ello, dada la multifactorialidad del problema, es necesario un cambio de actitud en la práctica médica relacionada con esta patología, debiendo tener en cuenta para determinar la causa y manera de la muerte:

1. Evaluación del sitio y las circunstancias de la muerte, llevado a cabo por personas entrenadas y competentes.
2. Revisión de la historia médica, incluyendo otros casos reportados en la familia.
3. Comprensión exhaustiva de la autopsia con estudios apropiados y detallados, con reserva de muestras de tejidos, con el objetivo de mejorar la investigación y contribuir a una mejor comprensión del grupo familiar.
4. Una revisión completa y multidisciplinaria del caso.

Debe recordarse que este síndrome no es una entidad nosológica por lo que el diagnóstico se realiza por exclusión.

En los últimos años, es cada vez mayor la toma de conciencia en el ámbito forense, sobre la repercusión social que tiene el problema de la muerte súbita infantil y de la necesidad de contribuir en la medida de nuestras posibilidades a su conocimiento, como paso previo y obligado a la prevención de dichas muertes.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. AAP task force on infant positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992; 89:1120-26.
2. Sturmer WQ. Pediatric autopsy in the forensic setting. *Pediatr Dev Pathol* 2000; 3 (1): 111-2.
3. Reed G. Changing landscape of pediatrics. *Pediatr Dev Pathol* 2000; 3 (1): 111.
4. Davis J.A. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999; 81: 96-9.
5. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999, 80: 7-14.
6. Abramson H. Accidental mechanical suffocation in infants. *J. Pediatr.* 1994, 25:404-413.
7. Bass M, et al. Death scene investigation in sudden infant deaths. *N. Engl. J. Med.*, 315 (1986) 100-105.
8. Bass M. The fallacy of the simultaneous sudden infant death syndrome in twins. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1989; 10: 200-5.
9. Emery J. L. Infanticide, filicide and cot deaths. *Arch. Dis. Child.*, 60 (1985) 505-507.
10. Byard R.W. Hazardous infant and early childhood sleeping environments and death scene examination. *J. Clin. Forens. Med.* (1996) 3, 115-122.
11. Berger D. Child abuse simulating near miss sudden infant death syndrome. *J. Pediatr.*, 95(1979) 554-556.
12. Bacon C.J. Extensive retinal hemorrhages in infancy: An innocent cause. *Br. Med. J.* 1:281, 1978.

13. Beal S. Sudden infant death syndrome in twins. *Pediatrics* 1989; 84: 1038-44.
14. Bauchner H. Risk of SIDS among infants with in utero exposure to cocaine. *J. Pediatr* 113:831, 1986.
15. Cashell A. W. Homicide as cause of the sudden infant death syndrome. *Am. J. Forens. Med. Pathol.* 1987; 8(3): 256-258.
16. Camps F. E. Robinson A. *Gradwohl's legal medicine*. Bristol: John Wright and Sons, 1976.
17. Cleary J. Carbon monoxide and cot death. *Lancet* 1984; 2: 1403.
18. Duhaime A.C. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological study. *J. Neurosurg* 66: 409-15, 1987.
19. D'Orban PT. Women who kill their children. *Br. J. Psychiatry*, 134 (1979) 560-571.
20. Di Maio J. D., Di Maio V.J.M. *Forensic Pathology*. CRC Press, USA, 1993.
21. Derobert L. *Medecine L gale*. Paris: Flammarion M decineSciences, 1974.
22. Ellenhorn M.J., Barceloux D.G. *Medical toxicology*. New York: Elsevier, 1988.
23. Emery J.1. Carbon monoxide and cot death. *Lancet* 1984; 2: 1101.
24. Emery J.L. Child abuse, sudden infant death syndrome and unexpected infant death. *AJDC* 1993; 147:1097.
25. European Union. Biomedical and Health Research. The Biomed. I Program. Edited by A.E. Baert et al. IOS Press, 1995.
26. Ramos V. Simultaneous Death of Twins: An Environmental Hazard or SIDS?. *Am. J. Forensic Med. Pathol* 1997; 18: 75-78.
27. Finkle BS. Taxological analyses in cases of sudden infant death: A national feasibility study. *J. Forens. Sci.* 24: 775-89, 1979.
28. Krous H.F. A necropsy study of distribution of petechias in nonsudden infant death syndrome. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 6:108-115,1984.
29. Venning H., Robertson D. Carbon monoxide poisoning in an infant. *Br. Med. J.* 1982; 284: 651.
30. Ward S.L., Bautista D. SIDS in infants of substance-abusing mothers. *J. Pediatrics* 117:876, 1990.
31. Jaffe F. A. Petechial hemorrhages. A review of pathogenesis. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 15 (3):203-207, 1994.
32. Garf a A., Borondo J.C. Muerte súbita en Patología Forense. *Rev. Esp. Med. Legal* 1989, 58-59:31 43.
33. Lucena J. Importancia de la aportación Médico Forense en la muerte súbita del lactante: Presentación de un protocolo multidisciplinario epidemiológico, clínico, anatomopatológico y médico-legal. *Rev. Esp. Med. Legal* 1992; 69:73-85.
34. Oliveira S\_ Concheiro L. La mort subite. Delimitation conceptuelle. *Problemes Medico-Legaux. Actes XXXVI Congres International de Langue Francaise Med leg. et Med. Sociale. Granada 1980, Vol 1:37.*

35. Kirschner R.H., Stein RJ. The mistaken diagnosis of child abuse. *Am. J. Dis. Child.* 139: 873-875,1985.
36. Lucena J. Non accidental injury in children. *Neuropathol. Applied. Neurobiol.* 1995; 21 (suppl) 1:13-15.
37. Meadow R. Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J. Pediatr* 117: 351-357, 1990.
38. Hartmann H., Molz G. Unexpected deaths of newborns. *J. Forensic Sci. Soc.*, 10, 324-329, 1979.
39. Luke J. L. Correlation of circumstances with pathological findings in asphyxial death by hangin: a prospective study of 61 cases from Seattle WA. *J. Forensic Sci.* 1985; 30:1140-7.
40. Lucena J, Furriols C. Muerte violenta versus muerte subita en el lactante: Exposicion de dos casos. XXIV Reunion Anual de la Asociacion Española de Pediatria. Murcia 9-11 Octubre 1993.
41. Siek J, Rieders E Determination of carboxyhemoglobin in the presence of other blood hemoglobin pigments by visible spectrometry. *J. Forensic Sci.* 1984; 29:39-54.
42. Woolley PV. Mechanical suffocation during infancy. *J. Pediatr*; 1945, 26:572.
43. Schmidt P, Grab H. Child homicide in Cologne (1985-94). *F. Sci. Int.* 79 (1996) 131-144.
44. Rodriguez Pazos M, Lucena Romero J. Consideraciones medicolegales en la Muerte Subita Infantil. *An. Esp. Pediatr.* 1991; 35 Sup. 47:68-70.
45. Perrot L.J., Nawojczyk S. Nonnatural death masquerading as SIDS (sudden infant death syndrome). *Am.J. Forensic Med. Pathol.* 1988; 9:105-11.
46. Minford A. Child abuse presenting as apparent near miss sudden infant death syndrome. *Br. Med.* 1, 282 (1981) 521.
47. Moore L. Pathological findings in hanging and wedging in infants and young children. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1993; 14(4): 296-302.
48. Stanton A.N. Overheating and cot death. *Lancet* 1984; 2: 1199-201.
49. Ludwig S., Kornberg A. Child abuse (a medical reference). Churchill Livingstone Ed.; N. York, 1992.
50. Scott PD. Parents who kill their children. *Med. Sci. Law*, 13 (1973), 120-126.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL Reconocimiento y denuncia**

Por **Jorge Pantin**

Si bien el maltrato al menor se remonta hasta los orígenes de la humanidad, sólo recientemente se ha transformado en una entidad médica y un problema social reconocido y merecedor de sanción de normas jurídicas dirigidas a la protección de las víctimas indefensas.

En los últimos años, las denuncias sobre diferentes formas de abuso infantil han crecido sustancialmente en todo el mundo. No obstante y, muy especialmente en el caso del abuso sexual, gran parte del iceberg sigue sumergido y oculto a pesar de los progresos recientes.

La magnitud del problema supera nuestra imaginación. Se ha estimado que anualmente, el uno por ciento de los niños sufrirá abuso sexual y que el 20% de los niños que alcanzan la vida adulta han experimentado durante su infancia alguna forma de abuso sexual. (American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics 1991; 87:254-9)

Para algunos autores el problema es más frecuente aún: 20-25% de las mujeres y 10-15% de los varones han sido abusados durante la infancia (Finkelhor, D. (1979). Sexually victimized children. New York: The Free Press. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia, PA: W.B.. Saunders. Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and White American women in childhood. Child Abuse & Neglect, 9, 507-519)

Otros estudios resultan más preocupantes: hasta el 98% de los casos de abuso no son denunciados (Arnold, R. P., Rogers, D., & Cook, D. A. G. (1990). Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. British Medical Journal, 300, 705-708. Markowe, H.I.J. (1988). The frequency of childhood sexual abuse in the UK. Health Trends, February, 276. Russell, D. E. H. (1986). The secret trauma: Incest in the lives of girls and women. New York: Basic Books)

Son varios los factores que confluyen para que un problema tan grave no resulte diagnosticado por los profesionales de la salud y quede oculto bajo un cono de sombras.

Uno de los más importantes es su carácter secreto, que celosamente debe guardarse de manera reservada y oculta, como ocurre con el abuso intrafamiliar. Otro, es que por sus características, el diagnóstico de abuso sexual rara vez puede hacerse sobre la base exclusiva de evidencias obtenidas durante el examen físico del menor. La mayor parte de los niños abusados no presentan signos físicos. La proporción varía con el tipo de abuso y, más importante aún, con el tiempo transcurrido desde el último episodio al momento del examen.

**La ausencia de signos o evidencias físicas no es sinónimo de ausencia de abuso. No puede dejar de recordarse que el relato claro y preciso del niño es el único y más importante elemento con que se cuenta para efectuar el diagnóstico de abuso sexual infantil.** (Physical signs of sexual abuse in children Second edition. Royal College of Physicians of London. 1997. Introduction. pag. 3)

Por otra parte, el examen de un niño en busca de **signos o evidencias físicas de abuso sexual** es sumamente complejo y requiere un vasto conocimiento y experiencia en el tema. La mayoría de los profesionales médicos, aún los especialistas en pediatría, no se encuentran capacitados para practicar este tipo de exámenes y expedirse con conclusiones valederas y confiables.

Cuáles son las consecuencias médicas del abuso sexual durante la infancia? Pueden estas consecuencias continuar manifestandose durante la vida adulta?

Los pediatras inicialmente hemos circunscripto el problema del abuso sexual infantil en el área de las lesiones genitales, las enfermedades de transmisión sexual y los trastornos de conducta. Sin embargo, las secuelas a largo plazo son numerosas y frecuentemente devastadoras.

Se han descrito diversos problemas clínicos y psicológicos como: cuadros depresivos severos, desórdenes en la alimentación, en especial bulimia nerviosa, ansiedad en todas sus formas, consumo de drogas de abuso, somatización, stress post-traumático, trastornos múltiples de la personalidad, disfunción sexual, dolor pelviano crónico, promiscuidad, prostitución, incapacidad para establecer relaciones de pareja con la madurez suficiente, dificultad en las relaciones interpersonales, trastornos gastrointestinales como dispepsia, colon irritable, dolores abdominales crónicos e inespecíficos, dismenorreas, irregularidades menstruales, cefaleas crónicas, etc. (Berkowitz-CD (1998) Medical consequences of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 22: 541-550)

Muchas de estas consecuencias podrían evitarse si se efectuara un diagnóstico precoz del abuso sexual y se iniciara un tratamiento oportuno.

Hoy nadie ignora que desde el punto de vista jurídico, nuestro país ha tornado conciencia de los problemas que afligen a los niños, e incorporar a nuestra Ley Suprema, a través de la reforma del año 1994 y, como complemento de los Derechos y Garantías, a la Convención de los Derechos del Niño, que de esta manera ha adquirido raigambre y supremacía constitucional.

Sin embargo, esta valiosa actitud declamativa del constituyente, carece de vigor si no es acompañada por una acción legislativa concordante y práctica.

No basta con proclamar a los cuatro vientos el interés superior del niño. Es necesario plasmarlo en nuestras acciones cotidianas.

Quién sino el médico, particularmente el pediatra, es el ciudadano indicado para denunciar estos terribles casos de abuso sexual?

Quién sino el docente, que convive muchas horas diarias con el menor?

La sociedad debe reconocer que abandona a sus niños en estado de indefensión cuando el abuso se comete en el ambiente intrafamiliar. Cuando se superpone la figura del perpetrador con la del obligado a salvaguardar los derechos del infante.

No basta con obligar a denunciar a quienes, por su actividad cotidiana, son los primeros en sospechar un posible abuso. Es necesario protegerlos una vez consumada la denuncia.

De lo contrario, serian tantas las exigencias para que una sospecha se transforme en denuncia, que tan solo llegarían a los estrados judiciales los casos hartamente evidentes. Este es un vacío legal que merece ser llenado a la brevedad para que nuestros actos resulten coherentes con nuestro discurso.

El niño es incapaz de autoprotegerse. Las leyes de obligatoriedad de denuncia deben ser generosas en beneficio del menor. Solo ante un exceso de denuncias se podrá evitar la actual subdetección del problema.

Así lo han comprendido países que se encuentran a la vanguardia en los sistemas de protección infantil. En ellos, el legislador ha comprendido que los médicos y todo aquel que por su trabajo está obligado a denunciar estos hechos aberrantes, no puede tener la certeza absoluta de que el abuso realmente ha ocurrido. Sus denuncias de sospecha constituyen el mecanismo que permite poner en marcha la investigación por parte de los

sistemas de proteccion de la infancia y, de esta manera salvaguardar al niño en situacion de riesgo e indefension.

Que este tipo de legislacion permitira la aparicion de falsas denuncias? Seguramente.

Sin embargo la experiencia de los mas adelantados en el tema es bastante clara. La mayoría de los estudios al respecto han demostrado que entre el 50 al 70% de las denuncias efectuadas por los profesionales obligados a hacerlas, fueron posteriormente confirmadas. De las restantes, solo algunas fueron falsas o inconsistentes, mientras que muchas otras, si bien constituyeron casos reales de abuso, no contaron con los elementos de prueba suficientes. (Kornberg AE. Recognizing and Reporting Child Abuse. In: Ludwig S & Kornberg AE (Eds) CHILD ABUSE. A medical reference. Churchill Livingstone. New York, 1992)

Resulta evidente que para denunciar la sospecha de abuso sexual, es menester contar con normas que otorguen un minimo de jerarquia a la sospecha. En nuestro medio las mismas aun no han sido elaboradas.

Por dicho motivo, parece de utilidad divulgar las que fueron realizadas por la Academia Americana de Pediatria en 1991 y, posteriormente actualizadas en 1999 (Tablas 1 y 3).  
Alguna efectuada por el Real Colegio Médico de Londres en 1997, respecto a las enfermedades de transmision sexual (Tabla 2) Las mismas han sido adaptadas ya que nunca fueron publicadas en español. Por otra parte y, teniendo en cuenta que los trastornos de conducta y comportamiento del menor suelen ser una de las manifestaciones iniciales del abuso, que muchas veces suelen, por desconocimiento, pasar desapercibidas, se efectuara una enumeracion de estos trastornos, recogido de la bibliografia mas conspicua sobre el terna y ordenadodo por grupo de edades.

**INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

**Indicadores en la edad preescolar**

- Llanto excesivo en lactantes, sin razon aparente.
- Conducta irritable o agitacion extrema en lactantes.
- Regresion de alguna fase del desarrollo que ya se habia alcanzado: por ejemplo, enuresis, encopresis, succion del pulgar, utilizacion del tono de voz del bebe.
- Miedos excesivos: por ejemplo, miedo a la oscuridad, a irse a la cama, a quedarse con ciertas personas.
- Juegos sexuales repetitivos con los compañeros, con muñecos, juguetes o animales. Estos juegos suelen ser muy especificos debido a que el niño intenta reproducir en ei juego lo que le ocurrio realmente. Este tipo de juego excede la exploracion sexual normal adecuada a la fase de desarrollo.
- Masturbacion excesiva hasta el grado de producir irritacion genital, o bien masturbacion cornpulsiva incluso en publico.
- Trastornos del sueño, incluyendo pesadillas, miedo a irse a la cama, miedo a estar solo en el dormitorio.
- Dependencia excesiva, especialmente con respecto a ciertos adultos y en respuesta a otros.
- Retraccion. Dificil socializacion. Modificacion en los habitos alimentarios, por aumento o disminucion.
- Conocimiento explicito de los actos sexuales mas alla de los niveles normales de desarrollo.

**TABLA 1**  
Importancia de las enfermedades de transmisión sexual encontradas en lactantes y niños prepúberes y su utilidad para el diagnóstico y la denuncia del abuso sexual

| ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL CONFIRMADA | ABUSO SEXUAL<br>utilidad para el diagnóstico | ACCION RECOMENDADA |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Gonorrea o blenorragia*                     | Diagnóstico                                  | Denunciar          |
| Sífilis o lúes*                             | Diagnóstico                                  | Denunciar          |
| HIV**                                       | Diagnóstico                                  | Denunciar          |

|                                               |                      |                                 |
|-----------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Chlamydia*                                    | Diagnóstico          | Denunciar                       |
| Trichomonas vaginalis                         | Altamente sospechoso | Denunciar                       |
| Condiloma acuminata* (verrugas ano-genitales) | Sospechoso           | Denunciar                       |
| Herpes de localización genital                | Sospechoso           | Denunciar***                    |
| Vaginosis bacteriana                          | No concluyente       | Continuar el seguimiento médico |

\* Descartar previamente que hubiese sido adquirida en la etapa perinatal  
 \*\* Descartar que hubiese sido adquirida perinatalmente o con el empleo de transfusiones  
 \*\*\* Salvo que exista una clara historia de auto-inoculación

Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review  
 American Academy of Pediatrics - Committee on Child Abuse and Neglect  
 Pediatrics, 1999; 103: 186-191

**Indicadores en la edad escolar**

Problemas escolares, incluyendo fobias escolares (pueden iniciar abuso por parte de algun trabajador de la escuela), ausencias frecuentes, miedo a volver a casa tras el colegio, modificaciones importantes en el rendimiento escolar. Abundantes temas de violencia en los dibujos o trabajos escolares.  
 Alejamiento de los compañeros. Desarrollo de relaciones de amistad inadecuadas para la edad, especialmente con niños mis pequeños que pueden ser controlados.  
 Distorsion de la imagen corporal y problemas relacionados, como miedo a ducharse tras la gimnasia, miedo a que otros le vean desnudo, ponerse abundante ropa para ocultar el cuerpo.  
 Conocimientos sexuales avanzados.  
 Cambios excesivos de humor.  
 Expresion inadecuada de rabia o angustia extrema.  
 Depresion e ideas o intentos de suicidio.  
 Inicio subito de enuresis. Trastornos alimentarios, incluyendo bulimia, anorexia o ingestion compulsiva de comida.  
 Comportamiento sexualmente manifiesto hacia los adultos, como intentar gustar, flirtear y realizar insinuaciones de tipo sexual (como una forma aprendida de comportarse con los adultos).  
 Simulacion de actividad sexual sofisticada con niños mis pequeños.  
 Juegos sexuales. Conductas sexuales abusivas sobre otros niños.  
 Terror a ser rechazado.  
 Actitud de duda, desconfianza y sospecha.  
 Sentimientos de culpa.

**TABLA 2**  
 Enfermedades de transmisión sexual: período de incubación y probabilidad de haberse originado en una situación de abuso sexual infantil

| ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL CONFIRMADA | PERIODO DE INCUBACION | PROBABILIDAD DE ABUSO          |
|---------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Gonorrea o blenorragia                      | 3-4 días              | *** (si es menor de 2 años**)  |
| Chlamydia                                   | 7-14 días             | ** (si es mayor de 2 años ***) |
| Herpes de localización genital              | 2-14 días             | **                             |

|                                              |                                                   |                                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Trichonomas vaginalis                        | 1-4 semanas                                       | *** (si es un niño mayor de 6 meses)    |
| Condiloma acuminata (verrugas ano-genitales) | 1 a varios meses o más                            | *                                       |
| Vaginosis bacteriana                         |                                                   | *                                       |
| Sífilis o lúes                               | hasta 90 días                                     | *** (excluyendo la infección congénita) |
| HIV                                          | la mayoría se seroconvierte dentro de los 3 meses | * (excluyendo la infección materna)     |
| Hepatitis B                                  | hasta 3 meses                                     | * (excluyendo la infección materna)     |

\* posible  
 \*\* probable  
 \*\*\* muy probable

Physical signs of sexual abuse in children , second edition. Royal College of Physicians of London, 1997. Appendix 4b, pag.47.

**Indicadores en la adolescencia**  
 Falta importante de confianza y autoestima.  
 Malas relaciones con los companeros.  
 Escapismo. Fuga del hogar. Vivir en la calle.  
 Trastornos del sueño, incluyendo pesadillas, inquietud al dormir, sueño excesivo.  
 Problemas escolares, incluyendo modificaciones importantes en el rendimiento academico y ausencias excesivas de la escuela.  
 Retraimiento y aislamiento de amigos o compañeros.  
 Consumo de drogas o alcohol  
 Automutilacion, incluyendo tatuajes, quemaduras o cortes en el cuerpo (con frecuencia para 'liberar' un dolor interno).  
 Multiples contactos sexuales. Comportamiento promiscuo.  
 Prostitucion.  
 Depresion, ansiedad, irritabilidad, ideas obsesivas, sentimientos displacenteros.  
 Ideacion suicida, conductas o intentos.  
 Conducta antisocial.

**TABLA 3**  
 Normas para la toma de decisión con respecto a la denuncia del abuso sexual infantil

| DATOS DISPONIBLES                     |                      |                                 | RESPUESTA                                            |                                                                                   |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Anamnesis e interrogatorio</i>     | <i>Exámen físico</i> | <i>Hallazgos de laboratorio</i> | <i>Nivel de preocupación por el posible abuso</i>    | <i>Decisión de denunciar</i>                                                      |
| ninguno                               | normal               | ninguno                         | ninguno                                              | no denunciar                                                                      |
| cambios de conducta y comportamiento* | normal               | ninguno                         | variable, dependiendo del tipo de cambio de conducta | valorar la posibilidad de denunciar, seguir muy de cerca, hacer evaluación por el |

|                                                                          |                                            |                                                                                                                         |                            |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                            |                                                                                                                         |                            | psiquiatra infantil                                      |
| ninguno                                                                  | signos inespecíficos                       | ninguno                                                                                                                 | bajo (pero no preocupante) | valorar la posibilidad de denunciar, seguir muy de cerca |
| historia inespecífica del niño o sólo historia narrada por el/los padres | signos inespecíficos                       | ninguno                                                                                                                 | intermedio                 | valorar la posibilidad de denunciar, seguir muy de cerca |
| ninguno                                                                  | signos específicos                         | ninguno                                                                                                                 | alto                       | denunciar                                                |
| historia consistente                                                     | normal                                     | ninguno                                                                                                                 | alto                       | denunciar                                                |
| historia consistente                                                     | signos específicos                         | ninguno                                                                                                                 | alto                       | denunciar                                                |
| ninguno                                                                  | normal, signos inespecíficos o específicos | cultivo positivo para gonorrea, serología positiva para HIV o sífilis, presencia de semen, presencia de fosfatasa ácida | muy alto                   | denunciar                                                |
| cambios de conducta y comportamiento*                                    | signos inespecíficos                       | otras enfermedades de transmisión sexual                                                                                | alto                       | denunciar                                                |

**\* algunos cambios de conducta pueden ser inespecíficos y otros pueden resultar mas preocupantes**

Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review  
American Academy of Pediatrics - Committee of child abuse and neglect  
Pediatrics, 1999, 103: 186-191

**Lecturas recomendadas**

Rapley M. and Speare K.H. PRIMARY CARE Family violence and Abusive Relationships.

W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1993.

Friedrich W.N., Fisher J\_ Broughton D\_ Houston M\_ Shafran G.R. Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. Pediatrics 1998; 101(4): e9.

Jenny C. Medical issues in sexual abuse. In: Briere J, Berliner L, Buckley JA, Jenny C, Reid T (Eds.). The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks, California:

Sage Publications, 1996: Chapter 11, 195-205.

Botash AS Evaluating Child Sexual Abuse. Education Manual for Medical Professionals. The Johns Hopkins University Press. Baltimore & London. 2000.

Ludwig S. Special Problems in Caring for the Sexually Abused Child in: Ludwig S & Kornberg AE (Eds) CHILD ABUSE. A Medical Reference. Churchill Livingstone. New York. 1992.

## **Daño psíquico.**

### **Delimitación y diagnóstico. Fundamento teórico y clínico del dictámen pericial**

por Ricardo Ernesto Risso

#### **1) CONCEPTO**

En principio, todo trastorno emocional ocasionado por un acontecimiento disvalioso (enfermedad profesional, accidente, delito), puede dar origen a daño psíquico. Como veremos mas adelante, para que un trastorno emocional llegue a ser considerado como Daño Psíquico deberá reunir determinadas características. *No todo trastorno psíquico es Daño Psíquico.*

#### **II) CUALES SON LOS TIPOS DE RESARCIMIENTO QUE INTERESAN AL PERITO?**

- El "Daño Moral.
- El "Daño Psíquico".

#### **III) EL DAÑO MORAL DEBE SER DICTAMINADO POR PERITOS?**

**NO.** Pero si el perito, en función de la actividad requerida por el juez, y de los recursos técnicos que posee para explorar la mente humana, encuentra *elementos que puedan integrar el Daño Moral*, debe señalarlos al juez para que *él decida si incluye o no* estos hallazgos en la indemnización por "Daño Moral, así como su monto. De este modo, el perito no decide nada sobre la existencia y/o monto del "Daño Moral, pero ilustra al juez sobre la existencia de datos verosímiles, aunque pretéritos e imprecisos, que sólo pueden obtenerse en el examen por expertos.

#### **IV) LOS DATOS QUE, SIN CONSTITUIR "DAÑO PSIQUICO", INTERESAN AL JUEZ**

Son todos aquellos que constituyen el llamado "sufrimiento normal". Es decir, aquellos trastornos emocionales que han sido transitorios y han cursado *sin dejar secuelas incapacitantes*.

Los sufrimientos normales, o sea los que no han dejado incapacidad psíquica residual, pero que verosimilmente han sido padecidos, también pueden resarcirse (aunque no sea a título de "Daño Psíquico"). Por eso, cuando el perito los detecta debe señalarlos al juez para que los tenga en cuenta en el momento de regular el "Daño Moral. Aquí se incluyen los dolores intensos, los temores prolongados a la invalidez, los padecimientos propios de la rehabilitación, los sufrimientos por el desamparo familiar, la pérdida de autoestima por la transitoria deserción del rol paterno, etc.

Es importante destacar que el sufrimiento Psíquico normal (no incapacitante), detectado e informado por el perito, es sólo uno de los muchos elementos que el juez podrá incluir o no en el "Daño Moral".

#### **V) OTROS REASARCIMIENTOS**

El lucro cesante y otras peticiones que habitualmente se incluyen en las demandas, referidas a lo que el sujeto perdió y/o dejó de ganar durante el tiempo de su enfermedad, **NO son cuestiones que deban ser resueltas en el dictamen pericial**, aunque con frecuencia

la demanda solicita que el perito se expida al respecto. Su procedencia y monto son determinados y regulados exclusivamente por el juez.

## VI) LAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN ESTA ENTIDAD NOSOLOGICA

La existencia de "Daño Psíquico" debe acreditarse utilizando la misma metodología diagnóstica que para cualquier otro cuadro de la patología médica. No será *convinciente* un diagnóstico impreciso y aproximativo, pero tampoco será suficiente con lograr un acertado diagnóstico de la enfermedad actual. Tratándose de una entidad *médica y legal*, será necesario considerar *otros ejes* en la configuración de esta entidad:

- a) una dimensión **clínica**: culmina con el diagnóstico del estado actual.
- b) una dimensión **psicopatológica**: siguiendo los conceptos jasperianos de "proceso" y "desarrollo" debemos investigar si el estado actual es una enfermedad que aparece como consecuencia de un evento (proceso) o una mera continuación de un estado mórbido previo (desarrollo).
- c) una dimensión **vincular**: establece o descarta la relación entre el estado actual y el evento dañoso,
- d) una dimensión **práctica**: se refiere a las cualidades, habilidades y aptitudes mentales del sujeto, y a su conservación, disminución o pérdida.
- e) una dimensión **cronológica o temporal**: aquí hemos de determinar la transitoriedad o perdurabilidad de los trastornos mentales diagnosticados, así como los límites que la ley establece para considerar que una enfermedad pasa a ser crónica (consolidación jurídica), aun cuando desde el punto de vista clínico sea todavía esperable la mejoría o la curación.

Estos vectores axiales permiten, con una correspondencia punto a punto, definir los siguientes:

## VII) CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL DAÑO PSIQUICO Fórmula Diagnóstica de los 5 elementos.

### -Síndrome Psiquiátrico Coherente.

Según este criterio, el Daño Psíquico no es otra cosa que una enfermedad mental. Las enfermedades mentales no pueden ser diagnosticadas en base a *un solo síntoma* o a algún síntoma aislado. Los síntomas deben poder ser coherentemente agrupados en *algún cuadro clínico*, cualquiera sea la nosografía que utilice el perito.

### -Novedad.

Esta enfermedad psíquica debe ser **novedosa** en la biografía del paciente, ya sea porque antes no estaba (inérita), o porque a causa del evento se han acentuado significativamente los rasgos previos, de modo tal que ahora pueden ser valorados como "enfermedad" o trastorno" nuevo.

### -Nexo.

La enfermedad psíquica que se diagnostique debe tener una relación con el trabajo o con el accidente invocados. Nexo que puede ser directo CAUSAL (*etiológico, cronológico, topográfico*), o indirecto CONCAUSAL (*acelerar, agravar o evidenciar lo previo*).

### - Secuela Incapacitante.

El trastorno detectado debe ocasionar algún grado de *incapacidad*, minusvalía o disminución *respecto de las aptitudes mentales previas*.

### - Irreversibilidad -Consolidación.

La incapacidad que se determine deberá ser irreversible o, al menos, estar *jurídicamente consolidada* (es decir, que hayan transcurrido **dos años** desde su comienzo a causa del evento que origina el juicio, en el fuero, civil, o **un año** en el fuero laboral).

## VIII) DEFINICION DE DAÑO PSIQUICO

Con esta **fórmula de 5 elementos** puede definirse el Daño Psíquico, desde el punto de vista médico?legal, como sigue:

*Síndrome psiquiátrico coherente* (enfermedad psíquica), *novedoso en /a biografía, relacionado causal o concausalmente con el evento de autos* (accidente, enfermedad, delito), *que ha ocasionado una disminución de /as aptitudes psíquicas previas* (incapacidad), *que tiene carácter irreversible* (cronicidad) *o al menos jurídicamente consolidado* (dos años).

## IX) CRITERIOS DE EXCLUSION

Ellos se desprenden de la formula del apartado VII).

**NO** deben considerarse como "Daño Psíquico":

- Los síntomas Psíquicos aislados que **no constituyen una enfermedad**.

- Aquellas enfermedades que **no han aparecido ni se han agravado** a causa del evento de autos. Puede estar enfermo ahora, pero su estado actual puede no ser mas que otro momento evolutivo de su vieja enfermedad.

- Obviamente, aquellos cuadros que -aunque constituyan una verdadera enfermedad- **no tengan relación** (ni causal ni concausal) con el acontecimiento.

- También es evidente que deben ser excluidos aquellos cuadros **no incapacitantes**, es decir, los que no han ocasionado un desmedro de las aptitudes mentales previas. Los criterios de incapacidad que aquí se sostienen, son detallados en el siguiente apartado.

- No es "Daño Psíquico" aquello que **no está cronificado y/o jurídicamente consolidado**. Los trastornos mentales transitorios son susceptibles *de tratamientos y licencias, no de indemnización*. En medicina legal, la incapacidad indemnizable es tributaria de la **cronicidad**.

## X) A QUE FUNCIONES DEBE REFERIRSE LA INCAPACIDAD?

La enfermedad psíquica que el perito diagnostique debe *dañar de manera perdurable* una o varias de las siguientes funciones del sujeto:

- Incapacidad para **desempeñar sus tareas habituales**.
- Incapacidad para **acceder al trabajo**.
- Incapacidad para **ganar dinero**.
- Incapacidad para **relacionarse**.

## XI) COMENTARIO

La propuesta de limitar las secuelas "incapacitantes" está dirigida a la difundida pretensión de conceptualizar el Daño Psíquico como una entidad tan amplia y abarcativa que, prácticamente, cualquier síntoma desagradable podría significar alguna incapacidad.

Por ejemplo: en un caso el damnificado de un accidente no puede salir a la calle, o sólo puede hacerlo acompañado de otra persona, y en otro caso, al hacerlo siente una desagradable inquietud o debe mirar varias veces antes de cruzar la calle. En los dos casos podemos hablar de "*agorafobia*". Pero en el primer caso existe una *verdadera incapacidad* (tanto para continuar desempeñando sus actividades habituales como para relacionarse), que nosotros debemos valorar como Daño Psíquico y graduar de acuerdo a un baremo. En cambio, en el segundo hay un disconfort o desasosiego que no genera ningún tipo de incapacidad (aunque podamos informárselo al juez para que él decida si lo incluye en el Daño Moral).

El concepto de "**tareas habituales**" es mas útil que el de "trabajo", o de "tareas para las que se ha especializado" toda vez que permite determinar incapacidad en personas que *no realizan actividades con recompensa económica y/o en relación de dependencia* (v.gr.: jubilados, niños, amas de casa).

Lo mismo puede decirse de la incapacidad **"para relacionarse"**. Las personas que no han perdido un trabajo (porque nunca trabajó), ni la posibilidad de ingresar a un empleo (porque no iban a hacerlo), ni la de ganar dinero (porque nunca lo habían ganado), pueden haber perdido la aptitud para los vínculos interpersonales (por una fealdad sobreviniente, la inhibición, la depresión, etc.), *perdiendo así una dimensión (la social) de sus facultades yóicas*.

La dificultad para **"acceder al trabajo"** está referida, obviamente, a sortear exámenes preocupacionales, selecciones, ingresos, etc.

## XII) LA CAUSA Y LA CONCAUSA EN PSIQUIATRIA

A diferencia de lo que ocurre en la medicina somática, donde los factores concausales (preexistentes o sobrevinientes) son mas obvios, en la medicina mental suele ser bastante difícil delimitar y separar los rasgos previos del carácter, de los síntomas que constituyen el estado actual.

Es conocimiento consagrado (*"locus minore resistentix"*, *"series complementarias"*) que el Yo no se restringe (caracteropatía) ni se escinde (neurosis) ni se fragmenta (psicosis) de manera arbitraria, sino **siguiendo siempre los "planos de clivaje"** (o *"líneas de fractura"*) preestablecidos por su constitución y por la forma en que tramitó sus experiencias infantiles.

Por eso, con mucha frecuencia pueden hallarse *"antecedentes"* del estado actual en los pacientes que examinamos. O dicho de otra manera, en Psiquiatría los síntomas del estado actual difícilmente sean por completo *ajenos al carácter previo*. Cada individuo responde al conflicto y al trauma con sus recursos yóicos y sus defensas, y no de otra manera.

Será raro que no encontremos antecedentes paranoides e histéricos en la anamnesis de una neurosis de renta, o antecedentes fóbicos en alguien que padece ataques de pánico, o tendencias depresivas en el actual melancólico. Esto plantea un problema delicado para nuestras pericias de Daño Psíquico porque muchas de las impugnaciones que ellas reciben (sobre todo cuando hay en autos algún antecedente o historia clínica) provienen, precisamente, de que el impugnante considera que el sujeto *ya padecía antes del evento* la enfermedad que ahora nosotros describimos.

Es algo obvio ¿para nosotros, pero no para todos los que intervienen en una litis judicial? que la enfermedad actual será de la *misma serie psicopatológica* que los síntomas o rasgos anormales, del carácter previo, precisamente por aquello de que el Yo no se quiebra por cualquier parte sino por sus planos de clivaje.

Pero esto no significa **que la estructura del carácter deba considerarse, automáticamente, como concausa preexistente**. Un individuo ha tenido siempre una personalidad pesimista, entonada a la amargura, la desilusión y la queja. Alguna vez pudo haber consultado por un estado depresivo clínico. Pero ahora, luego de una importante pérdida, padece una depresión severamente inhibitoria, con desolación, desesperanza e inercia. Debe considerarse su carácter previo como una concausa preexistente?

Conviene recordar la respuesta que Freud daba a quienes le preguntaban en qué consistía el beneficio de la terapia psicoanalítica: "convertir el sufrimiento neurótico en el infortunio cotidiano". Es decir que el estado de bienestar Psíquico es una deseable utopía que dista mucho de la realidad clínica. Todos sufrimos padeceres Psíquicos e inevitablemente nuestros padecimientos se expresan con nuestra modalidad *psicopatológica*, y no de otra manera.

El perito, apelando a su conocimiento y experiencia, deberá *valorar la intensidad de los trastornos previos, y de esa valoración surgirá cual es el tipo de nexa* (causal o concausal) entre el evento de autos y el estado actual. Si los trastornos previos han sido de significativa importancia, y vienen entorpeciendo el desarrollo vital desde mucho tiempo atrás, podrá decir con fundamento que el hecho traumático "agravó, aceleró o evidenció" una enfermedad que ya existía, y que esta constituye una verdadera concausa preexistente. Si a pesar de su carácter, o incluso de sus disturbios Psíquicos previos, el

sujeto logró un devenir estable y consistente ?aun dentro de la mayor modestia? entonces puede decirse que sus eventuales antecedentes psicopatológicos son irrelevantes como concausa preexistente, y corresponderá establecer un nexo causal directo.

Una situación particularmente delicada para el perito es la de las personas definidas por los ingleses como "personalidades sobreadaptadas" y por los franceses como "normópatas". El rasgo mas notable de estos sujetos es el de *carecer de registro mental tanto del sufrimiento psíquico como de la fatiga física*. La consecuencia habitual de esto es que las tensiones y angustias se descarguen por vía corporal, transformándolos en los típicos *enfermos psicósomáticos*. Pero en la entrevista psiquiátrica se presentan como sujetos escasamente afectados por lo que les ocurrió, ya sea una pérdida o una injuria narcisista (ver mas abajo).

Para coartar la llegada de sensaciones penosas al registro consciente, los normópatas o sobreadaptados recurren habitualmente a mecanismos de defensa tempranos y masivos, sobre todo del tipo de la *disociación* y mecanismos *maníacos* (omnipotencia, desvalorización, negación). La especializada labor del perito consiste, en estos casos, en determinar cuando la ausencia de afectación corresponde a una satisfactoria elaboración del duelo por la pérdida o la ofensa, **y cuando es una "normopatía", es decir una normalidad aparente, consecuencia de un reforzamiento de mecanismos de defensa patológicos.**

Cuando se llega a este diagnóstico pueden predecirse con seguridad dos situaciones disvaliosas: en primer lugar, estos mecanismos obturan el camino para la elaboración del duelo, por lo que éste seguirá pugnando por abrirse paso hacia la conciencia y requerirá ser sofocado apelando a mis de lo mismo. En segundo lugar, será cada vez " mas psicósomática ", por decirlo así.

Y también vemos casos en los que una persona con antecedentes psicopatológicos significativos sufre, a causa del hecho que se estudia, una pérdida *irreparable y/o inelaborable*: muerte de un hijo, castración o esterilidad, parálisis en plena edad activa, etc.

Debemos aquí considerar sus antecedentes como una concausa preexistente o, por el contrario, debemos considerar que ante semejante trauma *lo previo pierde valor concausal*, porque cualquier persona podría enfermar a causa de eso, aun sin antecedentes?. Esta última parece ser la postura correcta, porque si una situación traumática es inelaborable, es en si misma generadora de enfermedad.

Si se trata de una *pérdida objetal irreemplazable* (padres, hijos, cónyuge), a menudo una parte del Yo se pierde junto con el objeto muerto ("Identificación Proyectiva", M. Klein, "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", 1946), o bien el objeto perdido se incorpora al Yo como un introyecto parasitario ("identificación introyectiva", ibidem/// Tambien: la sombra del objeto cae sobre el Yo", S. Freud, "Duelo y Melancolía", 1924).

Si se trata de una *injuria narcisística irrecuperable* (parálisis, esterilidad, etc.), entonces la "amenaza de castración" se habrá materializado y, ante esa realidad, sobreviene el derrumbe de todo el sistema narcisista con la consiguiente pérdida de autoestima, inseguridad y despersonalización.

Aun cuando el sujeto haya logrado preservar buena parte de sus actividades o su integración ?como se ve, por ejemplo, cuando se pierde a un hijo? la exploración de su dinámica intrapsíquica demostrará las mas de las veces, una regresión a mecanismos de defensa arcaicos, rigidos y masivos (disociación, negación, omnipotencia, quizás delusión). Cuando estos fracasan ?lo que ocurre casi siempre, porque estos mecanismos están destinados al fracaso, por impedir la adaptación? sobreviene la depresión.

Se trate de una pérdida objetal o de una afrenta narcisista -estos son los dos grandes *duelos* que por lo general observamos en los pericliados- cuando la situación traumática *adquiere esta magnitud* lo

habitual es que el Yo del sujeto demuestre algún tipo de afectación en su *plasticidad, adaptación o vinculación*.

### XIII) DISTRIBUCION DE PORCENTAJE EN LAS CONCAUSAS

Del total de la incapacidad determinada, qué porcentaje corresponde atribuir al evento Dañoso, y cuanto a la personalidad previa del actor? Esta pregunta constituye un punto de pericia cuando se trata de enfermedades que reconocen una concausa previa, y es frecuente motivo de cuestionamiento.

Debe quedar claro para las partes y para el juez que, desde el punto de vista científico, **es imposible establecer estos porcentajes con total exactitud**. El perito estudiará con cuidado la importancia de los trastornos previos, y distribuirá la carga **siempre con un sentido de orientación para el juez**.

Es estéril discutir si la enfermedad previa ha incidido en un treinta o en un cuarenta por ciento de la incapacidad actual, **simplemente porque no hay forma de medirlo con precisión**.

### XIV) LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO

Cuando el perito determine que el trastorno mental que presenta su examinado amerita un tratamiento por especialistas, lo indicará al juez. El damnificado puede percibir ese monto, como un rubro más del resarcimiento, *incluso en el caso de que decida no hacer ningún tratamiento*, y cargar con el peso de su malestar (en este caso, tendrá luego dificultades para argumentar, en un eventual juicio de reagravación).

La frecuencia y duración siempre serán estimativas, *y también tendrán el sentido de una orientación para el juez*. Está claro que nadie puede predecir con certeza cuándo se curará una persona, o cuándo la mejoría que ha obtenido ya es suficiente. Al decir: "dos veces por semana durante dos años", simplemente se le está sugiriendo al tribunal que se le paguen doscientas sesiones; *no otra cosa*.

Del mismo modo, cuando se estipula el costo por sesión no deben consignarse ni altos honorarios privados, ni la gratuidad de los hospitales públicos. Los honorarios que percibe un terapeuta en alguna empresa seria de medicina prepaga (actualmente, alrededor de \$25) **es un razonable promedio** para la asistencia (psicoterapéutica o farmacoterapéutica).

Los dos últimos puntos (XIV y XV) marcan una diferencia con todos los demás temas. Casi no hay demandas por Daño Psíquico que no los tengan incluidos. Pero aquí, aunque sea implícitamente, **no se apela tanto a la ciencia como a la experiencia del perito**. Lo científico llega hasta el momento de establecer que, por la patología que el perito ha detectado, la persona necesita o puede beneficiarse con un tratamiento. A partir de ese momento, se pone en juego un criterio de apreciación, tanto para la distribución de los porcentajes, como para la duración y costos del tratamiento.

No es una mera conjetura, porque hay elementos clínicos que la convalidan, *pero tampoco es una opinión científicamente demostrable*. Por ello, hacen mal los abogados al impugnar estas apreciaciones exigiendo una acabada demostración científica de estas opiniones periciales. Pero también hacen mal los peritos que, acicateados por el cuestionamiento, tratan de sostener su opinión con pretendidas argumentaciones "científicas" las que, siendo obviamente indemostrables, conspiran contra la seriedad del dictamen.

Es preferible decirle al juez que *en este punto preciso -no en los otros-* **lo estamos ilustrando de acuerdo a nuestra experiencia**, y no de acuerdo a nuestra ciencia, simplemente porque esto último es imposible.

Después de todo, no es obligación de la Medicina encontrar un andamiaje científico para cada una de las figuras creadas por el Derecho. Y por añadidura, al reconocer con sencilla honestidad los límites de la ciencia ¿que en estas dos o tres cuestiones, son obvios? también

se facilita la decisión del juez, que ante recomendaciones basadas en la experiencia, puede consentirlas o disentir con ellas sin necesidad de extensas fundamentaciones.

## XVI) EL SENTIDO "ESTRICTO" Y EL SENTIDO "AMPLIO" DEL DAÑO PSÍQUICO

Cuando se utiliza un criterio "amplio" para establecer el Daño Psíquico tienden a incluirse en esta nosografía cuestiones tan imprecisas y difusas como la "aptitud para el goce", el "disconfort", una "disminución del hedonismo", un tenue "incremento de las precauciones o seguridades", los "recuerdos penosos", etc.

Es obvio que esto no puede ser *constatado*, ni *aseverado*, ni *cuantificado* con la mínima rigurosidad científica exigible a un dictamen pericial. Además, al no estar tabulados en ningún baremo, son elementos muy susceptibles de una *valoración subjetiva* por parte del perito (es decir, cuanto le molestaría al evaluador sufrir esos "disconforts"). Pero sobre todo, estos síntomas menores *casi nunca originan una desadaptación o una incapacidad*.

En cambio, el **sentido "estricto"** del Daño Psíquico proviene de equiparlo al **"Daño Físico"**. Tanto el cuerpo como el aparato mental están naturalmente dotados para amortiguar las injurias y, al menos hasta cierto punto, pueden poner en marcha sus mecanismos de restauración destinados a recuperar el "statu quo ante" al cabo de cierto tiempo. La mente humana también posee su "fisiología reparatoria", *principalmente a través del olvido y de la elaboración*.

Se sugiere que es posible -y además, conveniente- equiparar el Daño Psíquico al Daño Físico como *metodología para el dictamen medico-legal*. Ambos territorios -psique y soma- aunque no sean isomórficos **son especializaciones de la organización biológica** que están dotados de funciones idóneas para obtener la "restitutio ad integrum", y también tienen en común que a veces fracasan en el intento y permanecen con secuelas discapacitantes.

## XVII) LA CREDIBILIDAD DEL DICTAMEN PERICIAL

Cuando los jueces deben fundamentar una sentencia recolectan las pruebas conforme las pautas que les imponen los códigos, pero al valorarlas pueden recurrir a conceptos tales como... *"el leal saber y entender"*... *"las reglas de la sana crítica"*... *"una razonable prudencia"*... *"el plausible sentido común"*... Naturalmente estos conceptos, que no son otra cosa que una actitud mental y ética ante el problema a resolver, también deben estar presentes en nuestra tarea.

Pero, a diferencia de los jueces, **nosotros no podemos** elaborar nuestras conclusiones sobre estas bases. El dictamen pericial ¿también en el terreno psicológico? es básicamente un informe técnico, *con apoyatura científica demostrable, conocida y de amplia (aunque no universal) aceptación*. Pese a que todos conocemos la intrínseca insuficiencia de los esquemas diagnósticos para dar cuenta de la complejidad humana, debemos recurrir a baremos consensuados y nosografías consagradas, **y valernos de ellos obligatoriamente**.

El derecho que tienen las partes a controlar la prueba pericial nos exige *diagnosticar* agrupando los síntomas hallados en algún cuadro clínico conocido (nosografía), y luego valorar nuestro propio diagnóstico ubicándolo en algún lugar de la tabla que estemos utilizando (baremo). De lo contrario, el dictamen de peritos se convertiría en un *dogma de fé*.

Una de las razones por las que pienso que el "criterio restrictivo" *es más confiable*, es porque **limita la influencia de la ideología del perito**. Tratemos de darle un valor porcentual de incapacidad a referencias tales como: ... "cuando me acuerdo, me conmuevo" ... "hay épocas en que no duermo bien" ... "no puedo cruzar la calle sin mirar dos o tres veces antes" ... "en la cama, con mi mujer, las cosas ahora son distintas" ... etc. Si queremos incluir estos síntomas -incomprobables, difusos, y casi siempre de etiología multideterminada- en el rubro de Daño Psíquico, insertándolos en alguno de los cuadros clínicos que figuran en un baremo, y otorgarles un porcentaje de incapacidad, inevitablemente estaremos poniendo en juego nuestra *ideología (o nuestra empatía, o nuestra contratransferencia)*, y con razón seremos impugnados.

En cambio, la forma de dictaminar que aquí se sugiere habrá de darle **mayor credibilidad a nuestros dictámenes**, por una vía doble:

a) Restringir el Daño Psíquico a enfermedades mentales, novedosas, incapacitantes y permanentes o consolidadas (ver puntos VII a IX) nos permite mayor rigor científico en el diagnóstico, otorgamiento de incapacidad y graduación de esa incapacidad (además de permitirnos sostener nuestras conclusiones con menos refutabilidad).

b) Todo aquello que no sea estrictamente incapacitante **no tiene por qué quedar afuera de la indemnización**. Será indemnizado, pero no como Daño Psíquico, sino como Daño Moral, si es que así lo considera el juez a partir de nuestro aporte. Será una indemnización no sujeta a tabulaciones, porcentajes ni baremos, sino sujeta a las reglas ... "de la sana crítica y la razonable prudencia" ...

## UNA LESION DE IMPORTANCIA MEDICO LEGAL GRAVE

por Ricardo Juan Boccacci y Daniel Adrián Crescenti.

Durante muchos años la calificación médico legal de la extirpación del bazo como lesión del Código Penal fue objeto de permanentes discusiones, que oscilaron entre considerarla como una lesión grave, o, por el contrario, colocarla entre las lesiones leves. Uno de los motivos que apoyaban este último criterio era la vida aparentemente normal que llevaba el sujeto luego de la pérdida del órgano. Sin embargo, los conocimientos actuales han arrojado una nueva luz en la definición del tema.

El bazo, órgano ubicado en el hipocondrio izquierdo del abdomen y protegido por la pared costomuscular de la base del tórax, es el componente mayor del sistema linfático. Sin embargo, no es solamente un ganglio grande, sino que cumple múltiples funciones, algunas sin relación con las propias del tejido linfático:

- 1) forma parte del sistema inmune y es uno de los lugares más importantes de depuración de bacterias y de antígenos particulados del torrente sanguíneo y de producción de respuestas humorales y celulares a los antígenos extraños al organismo ;
- 2) constituye un filtro para la sangre, secuestrando y eliminando a los glóbulos rojos viejos, y a células hemáticas o tisulares cubiertas con inmunoglobulinas ;
- 3) su vasculatura juega un rol en la regulación de la circulación portal ; y ,
- 4) en condiciones patológicas cuando la médula ósea esta reemplazada, por ejemplo en la mielofibrosis , se erige en un foco muy importante de hematopoyesis extramedular.

Desde el punto de vista de sus funciones inmunes, el bazo es el único productor de la fracción de la inmunoglobulina G (Ig G) leucopática específica llamada **tufsina** , péptido que es esencial para estimular la capacidad fagocítica de los neutrófilos de sangre periférica. Participa en la regulación de los linfocitos B y T, en la regulación de la vía alternativa del complemento, en la síntesis de properdina y en la remoción de la sangre de organismos que han sido opsonizados por el complemento. La falta del bazo por cualquier mecanismo que sea trae aparejada la falta de síntesis de tufsina y una disminución en la producción de inmunoglobulinas, sobre todo Ig M e Ig G (opsoninas).

La mayoría de los pacientes sin bazo son susceptibles de contraer infecciones muy severas e inclusive mortales, en especial por organismos encapsulados tales como el *Streptococcus pneumoniae*, la *Neisseria meningitidis*, el *Haemophilus influenzae* y la *Escherichia Coli*. El riesgo global de contraer una sepsis bacteriana en los pacientes esplenectomizados se ha estimado en un 7% en un período de 10 años. En los menores de 3 a 5 años la posibilidad de la septicemia es tan grande que la operación debe ser evitada, a menos que exista peligro real de vida. Las infecciones ocurren generalmente dentro de los dos años de la esplenectomía, siendo su incidencia posterior muy rara. Además la ausencia del bazo favorece infestaciones por parásitos tales como el *Plasmodium malariae* y la *Babesia microti*, agentes del paludismo y la babesiosis.

En los casos de esplenectomías programadas se deben aplicar tres o más semanas antes de la intervención, la vacuna antineumocócica polivalente, y en el caso de niños las antimeningocócica y la anti *Haemophilus influenza B*. Además algunos grupos preconizan el uso de antibióticos específicos para estos gérmenes en el preoperatorio y en el postoperatorio inmediato. Cuando la extirpación del bazo es de urgencia, generalmente por ruptura del mismo, se debe proteger al paciente durante dos a tres años con una antibióticoterapia profiláctica, la que consiste en la administración de penicilina oral diaria o penicilina de depósito (penicilina benzatínica, 2.4 millones de unidades) en una sola dosis

mensual intramuscular.

Las causas de ausencia o hipofunción severa del bazo son:

a) La asplenia o falta congénita del órgano.

b) La hiposplenia ocasionada por reiterados infartos del bazo en la infancia, tal como ocurre en la drepanocitosis, o por la irradiación del mismo, con fines terapéuticos.

c) La esplenectomía con fines diagnósticos sobre todo en pacientes adultos con esplenomegalia, sintomáticos, en los que es necesario conocer la causa del proceso para poder establecer un tratamiento adecuado. En cambio se han ido abandonando, por superar las desventajas al beneficio del procedimiento, la extirpación del órgano para la estadificación de un linfoma, y la operación realizada para la investigación de una esplenomegalia aislada asintomática. En este último caso se prefiere hacer un seguimiento clínico y hematológico.

d) La esplenectomía con fines terapéuticos, en raros casos de tumores de bazo o en procesos más frecuentes como el hiperesplenismo, la púrpura trombocitopénica autoinmune que no responde a los otros tratamientos, las anemias hemolíticas congénitas (esferocitosis o eliptocitosis hereditarias) o adquiridas (anemia hemolítica autoinmune), la leucemia a células vellosas, etc.

e) La esplenectomía de urgencia como tratamiento de la ruptura traumática de bazo en uno o dos tiempos, o de la lesión accidental del mismo durante una cirugía. Desde el punto de vista médico legal interesan solamente dos de las situaciones mencionadas anteriormente:

1) La ruptura traumática del bazo en uno o dos tiempos: en el primer caso el traumatismo abierto o cerrado sobre el hipocondrio izquierdo, con o sin fractura de costillas, provoca el estallido del órgano, lo que lleva inmediatamente a un cuadro de shock hipovolémico y de peritonismo, con dolor intenso, contractura, íleo paralítico, etc. Cuando el cuadro se presenta en dos tiempos el paciente tiene solamente dolor, pero no existen el shock ni el peritonismo; se va formando lentamente un hematoma subcapsular en el bazo, hasta que por su tamaño se produce la rotura de la cápsula y, entonces sí, aparecen los signos de descompensación señalados.

2) La esplenectomía debida a una negligencia, impericia o imprudencia de un cirujano. Por ejemplo puede darse que el profesional esté realizando una hemicolectomía izquierda y produzca una lesión del bazo con el bisturí o con un separador, que no la advierta, que cierre los planos y que después, al aparecer el shock y el peritonismo tenga que reoperar y extirpar el órgano.

La ruptura del bazo con necesidad de posterior esplenectomía, en estas circunstancias de interés médico legal, es siempre una lesión de importancia grave, pues si bien sus tiempos de curación e incapacidad son en general menores de un mes, siempre produce un debilitamiento permanente de la función de un órgano, el sistema inmunológico. Desde ya que, si se produjo además un shock hipovolémico como consecuencia de la lesión se estará frente a un peligro de vida real y efectivo, con lo cual se tendrá una segunda causa para calificar a la lesión como de importancia médico legal grave.

### **Lecturas Recomendadas**

- de Tezanos Pinto, Miguel. "Informe de la Academia Nacional de Medicina del 22/6/95 para el Juzgado de 1a. Instancia Civil y Comercial de Reconquista".
- Isselbacher, Braunwald et al., "Harrison's Principles of Internal Medicine", Mc Graw- Hill, U.S.A., 1994.
- Goldman, Lee, Bennet, Claude, "Cecil's Textbook of Medicine", W.B. Saunders, U.S.A., 2000.-

## SIMULACION EN PSIQUIATRIA FORENSE

por Antonio H. Bruno y Javier Cabello

### I) Introducción

El presente trabajo pretende clarificar un aspecto importante de la psiquiatría forense, la "SIMULACIÓN".

No es infrecuente que los señores magistrados, y desde ya los psiquiatras forenses se enfrenten con la duda que pueda transmitir la conducta, sea a través de gestos y/o expresiones verbales, de una persona cuyos intereses se encuentran judicialmente cuestionados, ello en la búsqueda, conciente o inconsciente, de evitar el perjuicio, apelando a través de esa conducta al engaño. Y ello sin saber muchas veces que su estado psíquico de por sí tiene un carácter mórbido.

La simulación, como expresión psicosocial de la naturaleza humana en su contexto médico legal, es una de las tantas alternativas periciales que por su complejidad diagnóstica obliga al experto, no solo a implementar con habilidad los conocimientos e instrumentos técnicos afines a su disciplina, sino también a internarse en una peculiar relación interraccional, donde el examinado intentará emplear todos los recursos psicológicos a su disposición para engañar a su interlocutor y obtener así los mayores beneficios legales posibles.

Enunciaremos en el desarrollo del tema: cómo definimos este proceso, abordando luego su etiología, sus modalidades, sintomatología y formas de presentación, el diagnóstico, conclusiones, y para finalizar exponemos ejemplos prácticos de las distintas modalidades de simulación, según nuestra experiencia.

### II) Definición

**Podemos concebirla** como la actitud psíquica consciente y voluntaria donde se representa plásticamente un determinado evento mórbido con la intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar a un tercero.

Los rasgos distintivos señalados en la definición se pueden sintetizar de la siguiente manera, a saber:

**a) Actitud psíquica:** se caracteriza por una activa disposición mental cuya motivación radica en obtener un beneficio secundario a través del engaño.

**b) Conciente y voluntaria:** vale decir la capacidad psíquica para discernir y ejecutar un acto previamente elaborado y planificado.

**c) Representación plástica:** consiste en hacer presente por medio de la expresión psicomotriz el evento mórbido que se utiliza para el engaño.

**d) Evento mórbido:** es decir la patología que se desea representar.

**e) Intencionalidad y finalidad utilitaria de engañar:** es la actitud utilizada por el simulador para obtener un beneficio legal vinculado a su situación jurídica.

La diferencia con la mentira o mendacidad utilitaria consiste en que en ésta falta la representación plástica, engañando a un tercero utilizando como único instrumento el lenguaje verbal.

En el vocabulario cotidiano generalmente se homologa sin distinciones a la simulación con el fingimiento, lo que obliga a establecer sus diferencias.

Si bien parecieran contener el mismo sentido, fingir implicaría la ejecución de un acto consciente y voluntario, a igual que en la simulación, pero no con la intención de engañar a un tercero, sino en representar un rol ya estipulado, donde el engaño no se utiliza con fines utilitarios. Lo dicho lo ejemplifican magníficamente José Sanchez y Pedreño Martínez, quienes comparan aquel que finge con un actor, señalando que aquel que representa una obra de teatro, finge pero no simula, puesto que su intención es dar vida a las ficciones creadas por el autor, sin pretender el engaño con fines utilitarios.

### III) Etiología

La simulación no es competencia solo del enfermo mental o de aquel que tiene una cierta predisposición natural para expresarla, cualquier persona mientras existan intereses en juego puede convertirse en simulador.

En el terreno psiquiátrico forense la idea puede surgir en un sujeto mentalmente enfermo para así simular un falso bienestar para con ello lograr su pronta alta médica o en un sujeto sano para obtener un beneficio indemnizatorio o para eludir la responsabilidad penal de su conducta.

### IV) Modalidades de simulación

Dentro de los objetivos a establecer en el desarrollo del tema, podemos nominar las siguientes modalidades de simulación.

Son aquellas que se llevan a cabo por una persona con la finalidad de obtener un beneficio secundario relacionado al proceso judicial en curso.

#### **Disimulación**

Es aquella donde el enfermo oculta la patología que padece con el fin de obtener cierto beneficio personal o de convalidar futuros actos jurídicos. Surge con mayor asiduidad en pacientes internados y que desean lograr el alta médica

#### **Parasimulación ( Para: junto o al lado)**

Esta modalidad se da cuando el individuo representa un evento mórbido distinto al que ya padece. Sobre este punto cabe señalar que se utiliza el término "parasimulación" para diferenciarlo de la sobresimulación, entendiendo que esta última es una variante de aquella .

Esta modalidad, de relativa relevancia médico legal, suele verse en pacientes internados y que desean obtener beneficios secundarios por medio de simular síntomas ya padecidos o vistos en terceras personas.

Ejemplo de ello podemos encontrarlo en aquellos pacientes que además de padecer su cuadro psicótico, simulan síntomas extrapiramidales con la intencionalidad de obtener algún beneficio asistencial, generalmente para que le retiren o cambien la medicación.

#### **Sobresimulación ( Sobre: además de o encima de)**

Como se ha dicho, es una variante de la anterior donde se exagera o sobreactúa la sintomatología de un evento mórbido que padece o que está simulando.

Es posible detectarla en la población carcelaria que desea ser trasladada al Hospital o a la U 20 con el fin de mejorar sus condiciones de reclusión o en aquellos internos que intentan modificar su calificación penal y ser declarados inimputables en instrucción o durante el juicio oral.

#### **Metasimulación ( Meta: más allá o después)**

Se caracteriza por la actitud psíquica voluntaria e intencional de sostener en el tiempo la sintomatología del cuadro psiquiátrico ya desaparecido.

Se observa con mayor frecuencia en el Fuero Civil cuando debe determinarse el porcentaje de incapacidad

#### **Presimulación ( pre: antelación o prioridad)**

Consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de poder liberarse de la responsabilidad legal que en tal sentido le cabe. Si bien no es frecuente se puede llegar a advertirse en causas penales.

### V) Síntomas y sus formas de presentación

Los síntomas simulados según los intereses jurídicos en juego pueden ser representados de múltiples formas, pero en general se tienden a manifestarlos como síntomas aislados o agrupados en síndromes psiquiátricos..

**Entre los primeros**, encontramos aquellos que por su supuesta simpleza escenográfica para llevarlos a cabo se realizan sin un mayor conocimiento ni preparación previa, por fuera de todo contexto patogénico y sin entidad psiquiátrica que los avale; recreando por ello síntomas poco creíbles y muchas veces risibles.

Por la creencia de su fácil reproducción se tiende a elegir alteraciones que toman funciones cognitivas aisladas, tales como amnesias parciales o globales, alucinaciones preferentemente auditivas o visuales, ideas delirantes de persecución o fantásticas, mutismo, desorientación temporo espacial, robo y sonorización del pensamiento, sin dejar de lado, aunque en menor medida, trastornos de la esfera afectiva y volitiva, como compulsiones, impulsividad e indiferencia afectiva.

**Entre los segundos**, se sitúan aquellos síndromes que el futuro simulador ha observado en

otros o se ha informado por terceros o por medio de la lectura para su representación, intentando llevarlos a cabo mediante cierta elaboración y planificación previa. Aunque se utilicen los mejores recursos teatrales, lo que mayormente se obtiene son burdas copias de enfermedades mentales que por su complejidad y heterogeneidad son difícilmente simulables, más aún para aquel que jamás la ha padecido. Entre los más habituales se ubican los episodios de excitación psicomotriz, de confusión mental, brotes esquizofrénicos, de episodios delirantes, depresiones, insuficiencia mental y crisis convulsivas.

Vale recordar que la sintomatología utilizada se encuentra generalmente relacionada al perfil caracterológico del simulador, conformando en su psicodinamia con el medio diferentes formas clínicas de presentación, tal cual señalan algunos autores , a saber:

**1 ) Formas Clínicas pasivas**

Dominan en ellas todos aquellos procesos psicopatológicos que implican inhibición psicomotriz, predominando el mutismo y los fenómenos psíquicos relacionados a la depresión.

**2) Formas clínicas activas**

Predominan en ellas los cuadros de excitación psicomotriz que no guardan correlación con ningún tipo de nosología que las sustenten, como la verborragia, manía, brote psicótico y sintomatología de intoxicación.

**3) Formas clínicas estuporosas**

Consideradas por su rareza menos frecuentes y que serían una variante de las primeras.

**VI) Diagnóstico psiquiátrico de simulación**

Por la particularidad interaccional y los intereses puestos en juego, en la práctica pericial la franqueza y la confianza, indispensable en todo vínculo asistencial, no deben tomarse como supuestas; es más, ante la posibilidad del engaño, el experto debe obligarse a alcanzar la verdad diagnóstica-pericial y, por ende, facilitar la adecuada ponderación del caso conforme al proceso judicial en curso.

Para tal fin, el perito deberá contar con afianzados conocimientos de la especialidad psiquiátrica y también vasta experiencia asistencial y médico legal, teniendo en cuenta, además, que tendrá que actuar sin apartarse de los principios éticos-metodológicos inherentes a la práctica médica-pericial

Resulta importante señalar que el marco donde se desarrolle el examen debe ser el adecuado a la relevancia del estudio, es decir, fuera del ámbito presidiario y domiciliario, contando el mismo con los dispositivos técnicos apropiados para arribar al diagnóstico semiológico de simulación, evitando con ello innecesarias demoras procesales. No obstante, en algunas ocasiones, ante lo persistente y complejo del cuadro psicopatológico que se presume simulado, consideramos conveniente utilizar la observación continua del sujeto en instituciones asistenciales preparadas para tal fin.

Para el adecuado estudio del caso, creemos valioso tomar conocimiento de las circunstancias de la causa que fueron colectados en autos. En lo penal habrá que tener especialmente en cuenta lo referente a la criminogénesis y criminodinamia delictiva; en lo civil a los certificados médicos y los pedidos de las partes que puedan definir las características del accionar del sujeto; y en lo laboral las pruebas documentales registradas en las causas.

Para un acertado diagnóstico de simulación, tal cual hemos señalado, el perito debe contar con amplios conocimientos de la especialidad y honestidad personal y profesional suficientes para admitir las dudas y solicitar la intervención de otras disciplinas, y en su interdisciplinariedad alcanzar la verdad médico legal.

En este contexto, consideramos indispensable que el experto se interiorice de los pormenores de la causa y de los eventuales intereses jurídicos puestos en marcha a partir de la demanda, donde en muchos casos, el examen pericial, como último eslabón de la cadena jurídica, podría perjudicar o beneficiar al examinado ya sea con la pérdida u obtención de la libertad o con el logro de beneficios indemnizatorios o jubilatorios. En efecto, el perito tendrá que realizar una detallada y metodológica lectura de las circunstancias obrantes en la causa, donde no solo se evaluarán las declaraciones de los testigos o las del propio actor, sino también todas aquellas pruebas documentales que junto a otros datos de interés permitirán arribar a un diagnóstico retrospectivo de la enfermedad que se refiere padecer.

Una vez concluido con tal procedimiento, se ingresará al terreno de la diagnóstico presencial;

es decir, habrá que realizar el examen actual de las facultades mentales con el fin, no solo de comprobar la existencia de alguna enfermedad mental en curso, sino también de establecer la correlatividad entre el diagnóstico actual y la afección registrada en autos (en su patogenia, sintomatología y secuelas), o con la referida por el interesado durante el proceso judicial.

Consideramos de rigor médico legal acompañar al examen psiquiátrico con los estudios complementarios que se consideren indispensables para esclarecer el cuadro supuestamente representado, más aun cuando el mismo se ha caracterizado por su complejidad y dificultad diagnóstica.

Existen y existirán sujetos, que, pese a la experiencia clínica-psiquiátrica del experto, pondrán en duda sus conocimientos, engañándolo o al menos haciéndolo dudar pese a los adecuados procedimientos semiológicos utilizados para su cometido.

### **Formas defensivas de engaño**

Bajo la premisa de que la "simulación no se adivina sino que se diagnostica" ( Lopez Gomez), cuando se examina a un presunto simulador hay que tener en cuenta las diversas formas defensivas de engaño que surgen en la dinámica interaccional y que pueda adoptar ante el entrevistador, las que podríamos señalar, a saber:

- 1) Cuando representa síntomas aislados, estos carecen del contexto patogénico y sindromático que caracteriza a la enfermedad mental, no coincidiendo la conducta general con la esperable al síntoma simulado. Uno de los síntomas aislados que más se intenta simular es la falta de memoria ( amnesia ), para lo cual el simulador tiende a representarla sin darse cuenta que conforma parte de un conjunto de signos y síntomas procedentes de una afección mucho más compleja, recreando una forma de conducirse totalmente paradójica y absurda. Tal es así que el simulador pese a no recordar ni siquiera su propia identidad, se ubica temporalmente sin ningún tipo de inconveniente, se orienta adecuadamente en el ambiente en que se encuentra, responde a las consignas, etc, mostrando con su actitud lo inverosímil y engañoso de su conducta.
- 2) Cuando se intenta simular síndromes mentales, de por sí pocos frecuentes, su heterogeneidad sintomatológica y sus complicaciones evolutivas, tal cual hemos señalado en párrafos anteriores, hacen que sea muy dificultosa su representación plástica, mostrando al entrevistador una conducta grotesca y por momento payasesca. Aquí el perito no debe caer en la suficiencia médica de creer que toda persona anormal demasiado afectada o incongruente en su decir y accionar sea por ello un simulador.

### **Se sospecha simulación, cuando:**

- a) se detectan numerosas pararrespuestas fuera de todo contexto psicopatológico que las avalen.
  - b) no se comprueba una etiología ni patogenia acorde a la enfermedad representada.
  - c) se pone demasiado énfasis en resaltar síntomas de enfermedad mental
  - d) existe profusión de respuestas evasivas ante la eventualidad de ser descubierto en su farsa.
  - e) la teatralidad y aparatosidad de la conducta no coinciden con la esperable a la patología mental.
  - f) se presentan cuadros psiquiátricos sin la correspondiente respuesta vivencial
  - g) se dan respuestas tendientes a resaltar sintomatología multisindromática.
  - h) no existe correlatividad entre la sintomatología psiquiátrica y la expresión somática del trastorno.
- El simulador tiende a no tomar en cuenta los trastornos somáticos que acompañan a las afecciones psiquiátricas, olvidándose de su representación corporal. Ejemplo de ello, entre otros cuadros, tenemos la depresión profunda, la cual se intenta representar síntomas afectivos conservando un estado corporal sin los signos somáticos propios de dicha afección (adelgazamiento, hipotonía muscular, avejentamiento, etc)
- i) pese a su adecuada implementación subsiste refractariedad a los diferentes tratamientos instituidos, faltando en muchas oportunidades la espontánea remisión evolutiva que se observa en muchos cuadros psiquiátricos.
  - j) la enfermedad se muestra únicamente durante los vaivenes e intereses inherentes al proceso judicial.
  - k) la actividad gestual no corresponde a la enfermedad que se intenta simular
  - l) las posibilidades del beneficio jurídico disminuyen, la simulación suele desaparecer.

Ante la duda diagnóstica consideramos prudente entrevistar al presunto enfermo mental todas la veces que sea necesario, buscando con ello, no solo confirmar la existencia de la etiología, patogenia y semiología que categoriza a la afección, sino también corroborar la permanencia, coherencia y estabilidad de la fenomenología psíquica a través del tiempo. La ausencia de esta cadencia fenomenológica y evolutiva apoya aun más el diagnóstico de simulación.

El antecedente de una personalidad premorbida tendiente a la mendacidad (de tipo sociopática, límite o necesitada de estima) podría evaluarse como un indicador más de diagnóstico de simulación. En este caso, vale advertir que el perito no debe tentarse a utilizar solamente el hallazgo de la personalidad premorbida como único instrumento diagnóstico, ya que por un lado se correría el riesgo de estigmatizar a todos sus portadores y, por otro, vale recalcarlo, se omitirían aquellos elementos semiológicos recogidos durante las entrevistas y que conforman el cuerpo diagnóstico principal de las diferentes formas de simulación.

En imposible predecir con rigor médico legal cuanto tiempo va a durar la conducta simuladora. En general es muy variable, va a depender de las características inherentes a la personalidad del actor y de los intereses jurídicos existentes, y, desde luego, del tiempo en que el perito demore en descubrir el engaño.

Nuestra experiencia indica que la mayoría de las simulaciones son episodios que duran días o semanas, siendo raros aquellos intentos que perduran meses.

## **VII) Conclusiones**

Cuando el hombre de derecho solicita el asesoramiento especializado y se sospeche simulación, el perito, basado en sus conocimientos médicos y jurídicos, debe realizar un exhaustivo examen que involucre no solo el estado de las facultades mentales del peritado, sino también a todos aquellos elementos registrados en la causa que formen parte de los intereses puestos en marcha por la demanda judicial. Para luego, evaluando los datos aportados durante las diferentes etapas del proceso pericial, efectuar el diagnóstico de simulación en sus diferentes modalidades, recordando que por su complejidad no debe desecharse la interconsulta y todos aquellos estudios complementarios que apoyen el diagnóstico clínico de simulación.

## **VIII) Ejemplos prácticos de las distintas modalidades de simulación**

### **a) Simulación propiamente dicha**

J.C.CH, argentino, de 48 años de edad, soltero, ingresa a la U. 20 del S.P.F el 7/7/76, proveniente del cárcel de Villa Devoto, detenido por robo y secuestro, cuya víctima sin su intervención, es ultimado. El no quiso recibir, por tal motivo ningún dinero, repitiendo que los autores de dicho episodio lo obligaron a destruir el arma homicida. con una "lanza térmica", momento en que se encontraba, según sus dichos, afectado por alucinaciones del oído.

En oportunidad de su ingreso a la U 20 refiere que ha sido trasladado por "problemas psiquiátricos", señalados como dificultad en el pensar, dolor de cabeza, como si tuviera varias ideas al mismo tiempo, oyendo voces de mujeres que le hablan ( en la historia clínica el entrevistador anota que todo lo referido por el interno es dicho sin convicción). Se le solicita E.EG y test de personalidad, medicándolo con Neuleptil y Artane. En fechas posteriores consta en la Historia Clínica de la U 20 que "presenta una evolución estacionaria, sin trastornos sensorio-perceptivos", para luego de sucesivos exámenes y estudios complementarios diagnosticársele "personalidad psicopática esquizoide sin componentes psicóticos".

Tres juntas médicas participaron del examen de J.C.Ch, elevando sendos informes, donde el primero de ellos con fecha del 16/12/76 se informa que el interno es "un alienado mental, demente en el sentido jurídico bajo la forma clínica de síndrome esquizofrénico". La segunda de ellas, con fecha del 16/5/77, los expertos establecen que "el estado de las facultades mentales son normales y al momento del hecho ha podido apreciar el disvalor de sus actos y dirigir sus acciones". Más tarde, con fecha del 30/8/78 se menciona en la Historia clínica del U.20 del S.P.F que "de los exámenes practicados se puede arribar al diagnóstico de simulación".

En la actuación pericial de la tercera junta médica del 4/4/79, luego de un exhaustivo examen se constata un funcionalismo psíquico donde existe, entre otras características: una meticulosa elaboración de sus respuestas, narrativa calculada y ausencia absoluta de

sintomatología delirante, la existencia de fonemas auditivos (alucinaciones), de por sí erráticos y manipulados, con ausencia de la tríada psicopatológica que las acompaña, (estesia, espacialidad y temporalidad), permaneciendo conservada la capacidad judicativa. Los últimos profesionales intervinientes descartan el cuadro de psicosis esquizofrénica, avalándose el de "personalidad psicopática esquizoide", cuadro que no implica estado de alienación mental.

Lo expuesto nos permite establecer que los síntomas que surgen de sus manifestaciones clínicas, especialmente aquellos relacionados a los trastornos sensorio-perceptivos relatados por el interno, fueron la expresión de un acto consciente y voluntario de representar una alteración mórbida con la intención de obtener ventajas en su proceso penal.. Como colofón, vale recordarlo, el actor fue condenado y trasladado a una prisión bajo régimen común.

### **b) Disimulación**

E.M. de 57 años de edad, casado, padre de tres hijos, todos ellos mayores e independientes, ingresa a la clínica privada por amenazas de muerte en la figura de su esposa A.B de 45 años de edad, totalmente convencido de la infidelidad de aquella, siendo su diagnóstico presuntivo de ingreso el de "Delirio Crónico Celotípico", con severos indicadores de peligrosidad fundamentalmente para terceros. Internado por el Art 482 del C.C

Durante su internación a través de sucesivos exámenes se corrobora el cuadro psicopatológico de ingreso, infiriéndose por la fijación e irreductibilidad delirante que lo afecta un mal pronóstico evolutivo, sumando a ello los factores mesológicos intervinientes en la amenaza de muerte ( conflictiva relación con su esposa, incomprensión, miedo y rechazo familiar)

Pese al tratamiento realizado persiste la sintomatología celotípica con evidente refractariedad a la terapéutica instituida hasta ese momento.

Inesperadamente, sin que hubiere una vinculación directa con el tratamiento psicofarmacológico indicado, el paciente modifica su actitud interaccional, se muestra amable, colaborador, dispuesto al diálogo, rectificando inesperadamente la temática celotípica, aceptando el hecho de estar enfermo y de la necesidad de estar internado. Tal suficiencia en su conducta hace dudar a los médicos sobre la veracidad del diagnóstico de ingreso o que realmente el cuadro hubiere remitido.

Por dichos motivos se profundiza el estudio semiológico, mediante el cual se manifiesta la persistencia de interpretaciones delirantes relacionadas a su esposa, que para aquella época se le había permitido la visita, demostrando mantener vigencia la patología de base, más allá que reiteradamente la intentara minimizar .

La subsistencia del delirio, pese a pretender disimularlo, se evidencia aun más, con toda su anómala convicción "tal cual artículo de fe", cuando se niega rotundamente a rubricar un escrito donde se le otorga el alta médica si acepta la fidelidad de su mujer y que el engaño conyugal era solo producto de su imaginación o de su enfermedad.. De más está decir que a partir de allí se mantiene la internación y se le ajusta la medicación con el fin de disociar el núcleo ideo-afectivo que alimentaba al sistema delirante interpretativo.

### **c) Sobresimulación**

M.N.J cuenta con 34 años de edad, de nacionalidad argentina soltero, quien se encuentra detenido en la Unidad 2 del SPF por robo reiterado, previo paso por la U 20 del S.P.F. El magistrado solicita examen de las facultades mentales y que se responda sobre las causales previstas en el Art 34 inciso 1ero del C.P., teniendo en cuenta los antecedentes de traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento padecidos por el actor antes del hecho y por el marcado déficit psíquico que muestra en su lugar de detención, especialmente la pronunciada amnesia que lo afecta..

Al examinar las circunstancias obrantes en autos surge que la conducta del imputado no refleja patología psiquiátrica ni alteraciones cognoscitivas que interfieran con su capacidad de comprensión y voluntariedad.

Los antecedentes registrados en la Historia Clínica indican que el actor fue internado unos meses antes del hecho por traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento con fractura y hundimiento óseo en región occipital, con intervención posterior y extracción de un hematoma extra y subdural, con buena evolución post quirúrgica.

Reinternado en el mismo nosocomio, también antes del hecho, por politraumatismo en riña

con pérdida de conocimiento y consumo de cocaína, Rohypnol y alcohol. En esa oportunidad se lo encuentra con fractura bilateral de maxilar inferior, moderadamente confuso, con una buena evolución posterior, sin secuelas cognitivas. Se le efectúa tomografía de cerebro para control, siendo normal, al igual que el examen neurológico. Al ser examinado en el CMF llama notablemente la atención los trastornos mnésicos referidos por el imputado, los que por su extensión, profundidad y ausencia de patogenia que los sustenten, se interpretan como un fenómeno psíquico simulado o sobresimulado, adaptado a las circunstancias y conveniencias procesales.

Durante las numerosas entrevistas realizadas el actor muestra una amnesia absoluta, no recordando su edad ni fecha de nacimiento, el año en que vive, ni el lugar donde residía, así como su estado civil, no evocando en que unidad se encuentra detenido, borrándose de su memoria la mayor parte de sus antecedentes histobiográficos, tanto de su pasado como de su presente, hasta alcanzar a su propia identidad yóica (quien es y su conexión con el mundo), aunque más de una vez se contradecía y recordaba con detalles hechos de su historia vital que en otras oportunidades las negaba o refería no poder evocar, acompañando sus dichos con expresiones gestuales que imitaban una torpe perplejidad mental.

Es decir, por la magnitud y profundidad de la amnesia, tal cual la exhibía el imputado, la misma se asimilaría nosográficamente a un severo cuadro de confusión mental, homologable desde el Art 34 inc 1º del C.P. como estados de inconsciencia de probable etiología psicoorgánica postraumática.

Lo llamativo de dicho estado surgía en advertir que la sintomatología esperable para el estado de confusión mental no se evidenciaba en el imputado. Es decir, solo surgía la amnesia pero como síntoma aislado, sin detectarse aquellos otros signos y síntomas, principales y secundarios, que invariable y ostensiblemente acompañan y la identifican como tal.

Ante los profesionales el actor se encuentra vigil, lúcido, deambulando con buena estabilidad y coordinación motora, no mostrando desorientación temporoespacial, ubicando y dirigiéndose a los profesionales con respeto y atención, reconociéndolos como tales, sin mostrar su conducta signos de alucinaciones, delirios, perplejidad psíquica ni interferencias en su actividad motriz. Solamente surge la amnesia, como único síntoma, sin estar acompañado por el resto de la sintomatología esperable para dicha afección. Los estudios complementarios han sido normales, tanto el neurológico, como el Electroencefalograma, la tomografía computada, surgiendo leve deterioro en el psicodiagnóstico.

Es decir, los exámenes realizados no han revelado lesiones encefálicas ni sintomatología clínica neurológica que fundamenten el severo cuadro de amnesia que refiere el encausado; pudiéndose interpretar que la misma se generaría como una actitud voluntaria, consciente y actuada de engañar con la finalidad de obtener algún tipo de beneficio secundario, no encontrándose explicación científica a la amnesia, salvo que el actor, tal cual se presume, la simule, y, en el supuesto de que existiera algún síntoma de etiología psicoorgánica, aunque mínimo, lo esté sobresimulando.

El cuadro psíquico que ha mostrado el imputado, conforme a los estudios realizados, no se consagra con patología psiquiátrica que científicamente la avale tanto en su calidad como en su intensidad, por lo que se infieren como utilitarias.

#### **d) Metasimulación**

CMW, se trata de un adulto de 34 años de edad, argentino, casado, quien refiere haber padecido un accidente de tránsito con traumatismo de cráneo y pérdida de conocimiento, fobia posterior, depresión y ansiedad que perdura hasta la actualidad, hecho ocurrido 4 años antes del examen pericial.

El magistrado del Fuero Civil solicita si el demandante padece de incapacidad laboral causal o concausal al accidente invocado.

Como antecedentes de interés Médico Legal constan en autos certificados médicos de especialistas en neurología y psiquiatría donde dejan constancia para la época del infortunio de los síntomas aludidos por el actor, sin que surjan otras pruebas documentales que informen sobre la evolución ni tratamiento posterior de los trastornos mencionados. Durante el examen presencial, el actor relata la permanencia del cuadro psiquiátrico registrado en autos, agregando, como causa del infortunio, la profunda depresión y fobia en la que se encuentra y la imposibilidad de realizar cualquier tipo de actividad laboral, no pudiendo asimismo desempeñarse como jefe de hogar, esposo y padre de sus hijos,

circunstancias que lo atormentan aun más agravando su estado de ánimo. Desde el punto de vista físico resalta la fractura del cúbito, sin secuelas en el funcionalismo del brazo ni complicaciones encefálicas producto del traumatismo del cráneo, siendo normales todos los exámenes complementarios realizados a tal efecto.

Durante el proceso diagnóstico no se evidencia signos y/o síntomas que revelen depresión ni fobias. Su actitud, más allá de mostrarse apesadumbrado y triste, es tranquila y colaboradora, sin compromiso depresivo en su discurso. No presenta ideación depresiva minusválida, autodespreciativa, de ruina moral ni autoagresiva, mostrando un pensamiento libre de patología psiquiátrica. La tristeza que refiere padecer es totalmente intelectualizada al igual que la angustia y fobia, sin que se acompañen de sentimientos de culpa, de conductas evitativas, dependencia fóbica y objetos contrafóbicos ni correlato neurovegetativo de especie alguna.

La esfera afectiva no denota sentimientos de culpa, pesadumbre y tristeza, como así tampoco disminución de la energía vital en la esfera voluntaria.

Niega alteraciones en el apetito, libido sexual y sueño

El psicodiagnóstico no revela síntomas de la serie depresiva o fóbicas.

Como podrá observarse, la depresión severa y fobias no se comprueban durante el examen pericial, no presentando incapacidad en su vida de relación y en sus tareas cotidianas; interpretándose el caso como un acto voluntario de sostener en el tiempo síntomas que ya habían desaparecido con una finalidad utilitaria.

#### **e) Presimulación**

R.C.A se trata de un adulto de 21 años de edad, argentino, soltero, quien se encuentra detenido a disposición de la Justicia Penal por intento de robo a un almacén. Atento al cuadro de intoxicación etílica que refiere el encausado el magistrado solicita si se lo incluye en las causales previstas en el Art 34 del C.P inc. 1ero.

Como antecedentes de valor médico legal es dable señalar lo referido por sus familiares horas antes del hecho imputado, donde lo notan al actor en un estado de somnolencia, como si estuviera ebrio, confirmado por sus propios dichos al reconocer que había ingerido bebidas etílicas y se sentía descompuesto, muy mareado por lo cual saldría a dar una vuelta. En su declaración indagatoria, explica que al salir de su casa se sentía muy mal por el alcohol ingerido, no recordando más nada de lo sucedido, desconociendo donde estuvo esa noche, despertándose en la comisaría sin entender por que lo detuvieron.

El testigo del hecho identifica al imputado como la persona que ingresa al almacén, luego de cerciorarse que nadie lo observara levanta la cortina y se introduce por un tiempo largo, para luego salir con una bolsa llena de objetos que presume repleta de artículos para hogar. Al ver que se acerca el móvil policial el sujeto emprende rápidamente la huida con los objetos en su poder, tratando de ocultarse agachándose detrás de los automóviles, hasta ser visto y detenido. Ninguno de los testigos luego de su detención como los policías intervinientes refieren la existencia de síntomas de ebriedad, como tampoco el médico legista que lo examina en la comisaría dos horas después del hecho. En esa circunstancia el imputado se niega a la extracción de sangre y orina.

Durante el examen psiquiátrico no surgen elementos psicopatológicos de interés pericial, negando abuso de bebidas etílicas y consumo de estupefacientes, aunque reconoce que en algunas oportunidades se ha embriagado, reaccionando muy mal ante la bebida, de similar manera a la noche en que fue detenido. Ante lo expuesto por el actor se infiere como hipótesis criminogenética la existencia de trastorno de la conciencia causado por un severo cuadro de intoxicación etílica, configurando la amnesia el eje de su relato.

Luego del análisis pormenorizado de las circunstancias obrantes en autos, se llega a la conclusión de que el estado de sus facultades mentales no se compadece con el cuadro de intoxicación etílica que refiere el imputado, no reflejando su conducta el grave trastorno de la conciencia que deja traslucir y que se esperaría encontrar en este caso, faltando en su psicodinamia el habitual complejo sindromático relativo a los estados de ebriedad. Médico Legal, conformado, entre otros síntomas, por desorientación témporo espacial, amnesia, impulsividad, automatismos, incoordinación motora, síntomas somáticos, etc. Es decir, se presume que el actor habría intentado simular una intoxicación etílica antes del hecho con el fin de mejorar su situación legal en el caso de ser detenido, tal cual ocurrió.

A través de lo expuesto estimamos haber aportado con fines clarificadores, aquellos referentes que resultan necesario conocer para descartar situaciones de simulación que

pueden desviar la adecuada aplicación de las normas legales.

#### **Lecturas recomendadas**

Bonnet, E. F. P., Psicopatología y Psiquiatría Forense. Lopez Libreros Editores S.R.L, Bs As 1983, Tomo II, Cap I.

Delgado Bueno, S. y otros, Psiquiatría Legal y Forense. Editorial Codex, Madrid 1994, Volumen I, Cap. 46, 47 y 48.

García Andrade, J. A., Psiquiatría Criminal y Forense. Editorial Centro de Estudios R. Avasos S. A., Madrid 1993, Cap III.

Gisbert Calabuig, J. A., Medicina Legal y Toxicología. Editorial Salvat, Madrid, 5º Edición 1998.

Ingenieros J., Simulación de la locura. Editorial Meridión, Bs As 1953.

Reichardt, M., Psiquiatría general Especial. Editorial Grados, Madrid 1958.

Sánchez, J. y Pedreiro Martínez, Problema de la Sinceridad y sus derivaciones, Psiquiatría y Derecho Penal. Editorial Tecnos, Madrid 1965.

Simonin, C., Medicina Legal Judicial. Editorial Jims, Barcelona 1962, Cap I.

Marcó Ribe, J.L. Martí Tusquets, R. Pons Bartrán, Psiquiatría Forense, Cap. 29. Editorial Salvat, Madrid 1990.

## PSEUDODISCREPANCIAS Y DISCREPANCIAS EN LOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

por Néstor Ricardo Stingo y María Cristina Zazzi

El disentimiento, la desigualdad o la diferencia que algunas veces puede observarse en los diagnósticos psiquiátricos, expresados en las pericias judiciales solicitadas por camaristas, jueces, defensores y fiscales pueden deberse en ocasiones a lo que denominamos pseudodiscrepancias. Estas surgen, en su gran mayoría por la utilización de vocablos distintos para delimitar un mismo cuadro clínico y en otros casos por hallarse el paciente en momentos evolutivos diferentes de un mismo cuadro.

Con el objetivo de aclarar estas falsas discrepancias mencionaremos algunos conceptos que nos permitirán allanar esta dificultad y así evitar malos entendidos.

La psiquiatría como rama de la medicina, se define como la disciplina que estudia las alteraciones psíquicas, mentales o de la conducta desde el punto de vista de su etiología, su patogenia y su terapéutica.

El objeto de estudio de la psiquiatría es el enfermo psíquico y sus alteraciones mentales, es decir su conducta psicopatológica. Las teorías que tratan de explicitar los componentes observables de la conducta, son de categoría explicativa, mientras que los que conciernen a los procesos inferibles, aquellos que no se pueden observar, son de categoría interpretativa.

Esto constituye un salto epistemológico, por una parte lo observable y la dilucidación de los mecanismos que lo determinan, es posible captarlo a través del método de las ciencias naturales, el método científico natural, basado en la observación y la explicación. Los procesos inferibles, el sentido, el propósito, la intencionalidad o la significación de la conducta, en cambio, pueden ser aprehendidos por las denominadas ciencias humanas, basadas en la observación y la interpretación, cuyas hipótesis hermenéuticas no son unívocas, pues el contexto sobre el que se sustenta es axiomático y está determinado por supuestos teóricos.

La conducta psicopatológica, desequilibrio, o trastorno psíquico al que se hace referencia, se define como tal cuando puede provocar en los pacientes, según

Alonso.Fernández:(modificado)

- 1) La pérdida de libertad frente a sí mismo.
- 2) La aparición de estructuras psíquicas cuantitativas o cualitativamente distintas de las registradas en los sujetos sanos.
- 3) El desgarramiento o ruptura psicológica del desarrollo biográfico.
- 4) El descenso del bienestar y/o el desajuste social.

La interacción de las esferas biológica , psicológica y sociocultural configuran el desarrollo de la personalidad, la alteración en alguna de éstas dimensiones puede provocar el surgimiento de trastornos en la salud mental, es decir la presencia de síntomas que se manifestaran en el psiquismo, en el cuerpo y repercutirán en el área social.

Los trastornos psíquicos son conceptualizados por la Asociación Americana de Psiquiatría como el **síndrome o perfil conductual o psicológico con relevancia clínica que se observa en un sujeto y se asocia con un problema actual que provoca aflicción o invalidez ( deterioro de una o más áreas de actividad importantes) o incremento significativo del riesgo de muerte, dolor, incapacidad o pérdida de la independencia.**

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el vocablo **Trastorno** no es muy preciso y lo usa para señalar **la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la practica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.** Aclara que las disfunciones o

conflictos sociales no son trastornos por si mismo en ausencia de trastornos individuales. El trastorno psíquico es manifestación de una disfunción conductual, biológica o psicológica del sujeto, independientemente de cual sea su etiología. Cuando la alteración se encuentra limitada a un conflicto entre el sujeto y la sociedad se hablará de desviación social y esto no implica un trastorno psíquico.

Los trastornos psíquicos se manifiestan a través de síntomas y signos que configuran las principales categorías de los fenómenos clínicos. Los síntomas son los fenómenos que el paciente revela y no siempre son observable por el profesional, son de carácter subjetivo. Los signos, también denominados síntomas objetivos, son las alteraciones conductuales, anatómicas o fisiológicas manifestadas exteriormente y registradas por el profesional. Los límites entre ambos no son precisos y hoy existe la tendencia hablar sólo de síntomas. Hablamos de síntomas cuando, desde el punto de vista cuantitativo, las manifestaciones son continuas y sobrepasan los límites de la variabilidad normal. Estas alteraciones se expresan por exceso o déficit de la amplitud, duración, frecuencia e intensidad de las funciones fisiológicas, percepciones, emociones, pensamientos y/o actividades motoras. Desde el punto de vista cualitativo aparecerán fenómenos nuevos a nivel de las ideas, las percepciones y los afectos, muchos de los cuales están supeditados a las variaciones del contexto sociocultural.

Los signos y síntomas de los trastornos psíquicos pueden evaluarse a través del examen psiquiátrico cuya etapa fundamental la constituye la entrevista psiquiátrica.

La conducta psicopatológica se conoce a través de la evaluación y comprensión exhaustiva del contexto sintomático.

La naturaleza y la forma de expresión de los síntomas y signos dependerá de la estructura de la personalidad y de los mecanismos defensivos de que ésta disponga para enfrentar y resolver las problemáticas que le plantea la vida.

La dificultad estriba en que la psiquiatría basa su diagnóstico en experiencias o fenómenos de índole subjetiva, esta subjetividad será tanto desde la perspectiva del entrevistado como del entrevistador, y determinará que los síntomas psiquiátricos sean menos confiables que los datos cuantificables.

Al conjunto de signos, síntomas y modificaciones morfológicas, funcionales o bioquímicas del organismo, que parecen estar relacionados, se lo denomina síndrome

Los grandes síndromes psiquiátricos que surgen como reacciones de la personalidad ante diferentes estímulos nocivos son :

**El Síndrome ansioso o de angustia**, que se caracteriza por la presencia de ansiedad. Esta es una señal de alarma, con sensación subjetiva de temor o aprensión, o bien un sentimiento de catástrofe inminente, inseguridad, incertidumbre y desasosiego. Se acompaña de una respuesta vegetativa, neurohumoral, que se expresa por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Se encuentran en la ansiedad, componentes psicológicos y somáticos. Dentro de estos podemos destacar algunos tales como: aprensión, disnea, inquietud, irritabilidad, mareo, náuseas, nudo en la garganta, opresión precordial, palpitaciones, parestesias, sudoración, taquicardia, temblores, tensión, urgencia urinaria y vértigo, entre otros.

Suele presentarse como episodios breves, que aparecen súbitamente, y que alcanzan en pocos minutos una gran intensidad, desapareciendo en media o una hora y que surgen espontáneamente o ante situaciones conflictivas. Cuando la ansiedad alcanza tal intensidad que lleva al individuo a una desorganización de su yo con pérdida de control e invadido por el miedo a enloquecer y/o morir, estamos en presencia de lo que actualmente denominamos: ataque de pánico. La despersonalización, la desorientación y la desrealización son frecuentes, así como las conductas de fuga, ataque o inhibición.

**El Síndrome de excitación psicomotriz** se caracteriza por la presencia de agitación o aceleración de las funciones psíquicas y de la motricidad, que puede tener diversos grados de intensidad. En casos extremos los movimientos tempestuosos no tienen freno, e invaden toda la escena del cuadro clínico, éstos corresponden a la dimensión psicótica, sin control y sin contacto con la realidad; en el otro extremo nos encontraremos con las manifestaciones de orden neurótico, más atenuadas y con conciencia de su estado.

En algunos casos de excitación pueden sobrevenir conductas violentas, condicionando peligrosidad, sin embargo debemos aclarar que la excitación no es sinónimo de violencia.

Un paciente puede estar agitado sin llegar a ser violento. Según T. Jove y J. Winner, la violencia tiene tres características: brusquedad, agresividad y destructividad.

**El Síndrome depresivo** se caracteriza por presentar como síntomas fundamentales: un particular estado de ánimo, descrito por algunos autores como tristeza vital, siendo éste el síntoma cardinal al que acompañan una marcada disminución o pérdida del interés, inhibición o agitación motriz, trastornos del peso corporal, insomnio o hipersomnia, autodesvalorización, pesimismo, sentimiento de desesperanza e ideación de temática depresiva (pensamientos suicidas, ideas de culpa, autorreproches e hipocondría). Los síntomas principales suelen presentarse acompañados por trastornos vegetativos. (disminución de las secreciones, sequedad de boca, constipación).

**El Síndrome maniaco:** se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas: euforia, fuga de ideas y agitación psicomotora. El pensamiento es acelerado, versátil y superficial, su contenido mostrará ideas de grandeza, megalómanas, eróticas y en ocasiones místicas. El ánimo es alegre, exultante, con sentimientos de omnipotencia; por momentos se puede tornar irascible y hasta agresivo. Suelen presentar conductas de desinhibición, con desbordes éticos y sexuales. El cuadro psíquico se acompaña de un componente fisiológico, disminución de la necesidad de dormir, aumento del apetito y de la ingesta de líquidos, sudoración, taquicardia, aceleración de los ritmos metabólicos. El tiempo vivido es el presente que arrasa con el pasado y el futuro, no se contacta con la realidad y no posee conciencia de su situación.

**Síndrome delirante y/o alucinatorio:** Se trata de un síndrome clínico que puede ser producido por distintas entidades, tales como manía, uso de drogas, episodio esquizofrénico, factores de agresión encefálica (traumáticos, infecciosos, vasculares, metabólicos, endocrinos, medicamentosos, tumorales). Estas últimas causas, por lo general, se caracterizan por presentar, combinado con este cuadro, un síndrome confusional.

El típico episodio delirante agudo es el trastorno psicótico breve, también denominado clásicamente boufée delirante o reacción paranoide.

Los síntomas fundamentales son: alucinaciones, predominantemente visuales y auditivas con un alto grado de sensorialidad e ideas delirantes, que son polimorfas, a predominio de mecanismo interpretativo, alucinatorio o intuitivo.

Acompañando a estos síntomas, se puede observar: un marcado compromiso afectivo y una total adhesión al delirio. El humor se adapta a las sucesivas fluctuaciones de las oleadas delirantes, puede aparecer una hipersensibilidad e hipervigilancia, reticencia y desconfianza dentro de una actitud sobrevalorada.

**Síndrome de inhibición psicomotriz:** Este cuadro se encuentra caracterizado por el marcado enlentecimiento psíquico y motor. Puede estar determinado por diferentes entidades psicopatológicas. Ya nos referimos a los cuadros depresivos, en los cuales la máxima expresión de la inhibición es la melancolía inhibida o estupor melancólico. Otras etiologías posibles son: la esquizofrenia, en su forma catatónica, la neurosis histérica, las catatonías de origen orgánico (tumorales, encefalíticos, degenerativos, medicamentosos, como lo es el síndrome neuroléptico maligno, entre otros).

**Síndrome confusional** Se trata de cuadros en los cuales el síntoma predominante es el trastorno de la conciencia que se manifiesta por embotamiento intelectual, en lentecimiento de las percepciones y de los procesos de orientación o de identificación, pudiendo estar presente el onirismo de intensidad variable. El episodio confusional se manifiesta por un disturbio en la claridad, el orden y la coherencia del pensamiento. La confusión es el síntoma cardinal de los desórdenes orgánicos con sufrimiento cerebral, aunque puede presentarse, también, en otras patologías, tales como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, y los de etiología emocional como por ejemplo el stress post traumático agudo en caso de catástrofes. Las causas más frecuentes son: la tóxica exógena (alcohol y otras sustancias psicoactivas), la tóxica endógena (trastornos metabólicos: diabetes, hipo o hiperglucemia, hipercalcemia, porfiria aguda intermitente, encefalopatía hepática; endocrinas: las crisis de hiper e hipotiroidismo, síndrome de Cushing), las infecciosas, tumorales y vasculares.

**Síndrome demencial** se caracteriza por un déficit cognitivo, cuya gravedad no permite adaptarse a las exigencias y vicisitudes de la vida social, laboral y familiar. El deterioro psíquico es persistente en el tiempo produciendo el debilitamiento de la capacidad de juicio de realidad, y un menoscabo en la capacidad ejecutiva y en la abstracción. Siempre se encuentra comprometido el encéfalo, la lesión puede ser de origen externo o genético, debiéndose a distintas etiologías. El deterioro, que afecta más de una función psíquica, es crónico, progresivo e irreversible.

**Síndrome de insuficiencia mental:** consiste en un menoscabo global de las funciones psíquicas, fundamentalmente de la inteligencia. El origen es congénito, o adquirido por enfermedades o lesiones cerebrales acaecidas en la primera infancia. El funcionamiento intelectual está por debajo del término medio y coexiste con deficiencias de adaptación que se manifiestan durante el período de desarrollo. Suele acompañarse de alteraciones en la conducta como la hiperactividad, la evitación, la irritabilidad y la agresividad. Existe una disminución en la capacidad de abstracción y en la generalización a partir de la experiencia. El pensamiento posee menor plasticidad y creatividad.

Otra forma de aproximarnos al estudio de los trastornos psíquicos es el enfoque diacrónico, desde cuya perspectiva nos permitirá observar las diversas formas de su curso evolutivo: ataques, fases, brotes, procesos, desarrollos y reacciones:

**Fase:** es una alteración psíquica que dura semanas o meses y luego desaparece, restableciéndose el psiquismo a un estado semejante al previo a la aparición de la fase. Cuando las fases son muy breves se denominan accesos o ataques y si ocurren a intervalos regulares se llaman períodos. Se denomina ciclo al tiempo que va desde el comienzo de una fase al comienzo de otra, e intervalo al que media entre el final de una fase y el comienzo de otra.

**Brote:** es una alteración psíquica aguda, a veces tumultuosa, que puede durar semanas o meses, que deja una perturbación permanente de la personalidad, que se denomina defecto.

Las fases y los brotes suelen durar entre 3 y 6 meses.

**Desarrollo anormal:** es un modo de respuesta a vivencias psíquicas únicas o repetidas que dura meses o años, que origina cambios en la forma, pero no en el fondo de la personalidad, al decir de Jaspers, tiene sentido y es comprensible psicológicamente.

**Reacción anormal:** es la respuesta a un estímulo vivencial que guarda vinculación estrecha con la biografía del individuo y con su situación contextual. Se caracteriza por ser de breve duración: horas, días o un par de meses y una vez concluida no deja rastros.

Jaspers considera, para hablar de reacción, los siguientes principios: El estado reactivo no hubiese aparecido sin la vivencia causante; el contenido de la reacción debe estar en relación comprensible con la vivencia causante; y, finalmente, el estado reactivo es dependiente, en su sucesión temporal, de la vivencia y sus relaciones.

La reacción anormal se aparta en amplitud, intensidad, duración y calidad de lo que parece corriente y adecuado.

**Proceso:** es el cambio psíquico totalmente nuevo de larga duración. El proceso orgánico corresponde a las enfermedades cerebrales y se acompañan de una debilitación psíquica, resultante de una destrucción anatómica encefálica. El proceso psíquico no necesariamente se acompaña de lesiones cerebrales y a diferencia del desarrollo no es comprensible psicológicamente.

**Defecto:** constituye una disminución duradera de las funciones psíquicas y el descenso global de la personalidad, con cierta indemnidad de algunas áreas intelectuales y que sobreviene luego de un episodio psicótico o brote.

**Deterioro:** constituye el debilitamiento global de las funciones psíquicas (habilidades intelectuales según Wechsler), producto de una causa orgánica y que puede ser consecuencia de diferentes etiologías.

Para describir el curso evolutivo de los trastornos psíquicos hemos tomado como modelo el de las psicosis esquizofrénicas y los trastornos bipolares.

El comienzo de la esquizofrenia se caracteriza por la presencia de pródromos cuya duración puede ser de meses a años. Estos se manifiestan por marcado retraimiento social, conductas sociales distantes, emociones aplanadas e ideas o pensamientos extravagantes.

Luego de los pródromos aparece el período de estado, donde predominan los síntomas psicóticos, que permite hacer el diagnóstico. El estado residual resultante sigue al cuadro florido de ideas delirantes y alucinaciones, pareciéndose a la etapa prodrómica con persistencia, algunas veces, de síntomas psicóticos de menor intensidad. Los síntomas de la etapa activa pueden darse episódicamente ( crisis, exacerbaciones agudas ), la frecuencia y la duración de estas exacerbaciones es impredecible. Los síntomas positivos, tales como: alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento, conductas bizarras, predominan en las etapas iniciales y en las etapas residuales aparecen los denominados síntomas negativos: abulia, indiferencia, retraimiento social, aplanamiento afectivo. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la esquizofrenia presenta un mayor defecto en tanto presente mayor cantidad de descompensaciones agudas (brotes). Donald W. Black y Nancy C. Andreasen, psiquiatras americanos, mencionan en su trabajo sobre Esquizofrenia, el seguimiento de pacientes a largo plazo denominado Iowa 500, donde 186 pacientes que habían ingresado entre 1934 y 1944 en los hospitales de la Universidad de Iowa fueron seguidos hasta finales de la década de 1970 . **El 20% de los pacientes se mantuvieron libres de síntomas psiquiátricos durante el seguimiento,** mientras que el 54% presentó síntomas incapacitantes; El 21% estaban casados o viudos, mientras que el 67% nunca se había casado; el 34% vivía en su propia casa o con un familiar y el 18% residía en instituciones psiquiátricas; el 35% era laboralmente productivo, mientras que el 58% nunca había trabajado.

En un nuevo análisis de este estudio Winokur y Tsuang (1996), manifestaban **que sólo dos pacientes estaban libres de síntomas** , considerando que los pacientes pueden mejorar y estabilizarse, trabajar y vivir en forma independiente, pero **difícilmente estén libres de síntomas**. Por su naturaleza sindrómica , los signos y síntomas podrían surgir en el transcurso de cualquier patología cerebral, desde situaciones tóxico- ambientales hasta lesiones anatómicas específicas.

En la mayoría de los casos, se alcanza una relativa estabilidad del curso, en otros se presentan fluctuaciones u ondulaciones francas, de la sintomatología.

En un trabajo de investigación de Carlos A. León denominado "Curso Clínico y Evolución De La Esquizofrenia en Cali, un estudio de seguimiento de diez años, pone de manifiesto que el curso clínico puede clasificarse dentro de tres tipos genéricos: episódico, mixto y continuo. El **Episódico** está caracterizado por la presencia de síntomas de psicosis, en períodos de hasta seis meses de duración, seguidos por un retorno al estado normal. Estos episodios pueden ser, único, ocasionales o recurrentes.

El **Mixto o intermedio**, se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos durante períodos de más de seis meses, los cuales pueden alternar con episodios de menor duración y pueden evolucionar hacia la remisión, a la repetición de episodios o a la desintegración.

El **Continuo** presenta el trastorno psicótico en forma persistente por períodos de más de dos años, con los siguientes subtipos: fluctuante (con agravación o mejoría relativa de los síntomas), estacionario (con un nivel de funcionamiento que no llega a la desintegración psicótica total), constante severo (progresión hacia el defecto).

La estabilidad de las diversas formas clínicas de esquizofrenia a lo largo del tiempo es muy baja, sólo la forma clínica paranoide exhibe un alto índice de estabilidad. Como podemos observar el paciente presenta una sintomatología muy diversa tanto desde el punto de vista del curso como en su presentación clínica.

**El Trastorno bipolar** es el cuadro típico dentro de los llamados Trastornos afectivos o Trastornos del estado de ánimo, ya que presenta los dos tipos de episodios característicos: manía y depresión. Los cuadros de manía y melancolía (depresión), fueron reunidos en una entidad clínica con la denominación de Psicosis Maníaco depresiva, por Kraepelin , basándose en que tenían rasgos comunes, se presentaban en fases, evolucionaban en forma cíclica , eran reversibles y alteraba la afectividad. Incluía: las manías , las psicosis periódicas y circulares y la mayoría de las depresiones. La ordenación nosológica moderna de este grupo de trastornos las dividió en unipolares y bipolares . Las primeras comprenden sólo episodios de manía o depresión mientras los bipolares presentan episodios de ambos tipos.

El primer episodio suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida, aunque se han comunicado casos de inicio tardío, en la quinta década. La duración media de un episodio maniaco es de 5 a 10 semanas y el de un episodio depresivo es de 19 semanas. Los episodios bipolares mixtos tienen una duración media de 36 semanas.

La sintomatología que caracteriza el episodio depresivo es: tristeza vital, pérdida del interés, abatimiento, pesimismo, sentimientos de fracaso, quejas físicas, malestar general, alteraciones del apetito, del sueño y de la libido, autodevaluación, sentimientos de inferioridad y pérdida de la autoestima, sentimientos de culpa (autoacusación, vergüenza o remordimiento), dificultad en la concentración y pérdida de memoria . En los casos graves aparecen síntomas psicóticos: éstos pueden hallarse relacionados con el contenido depresivo del pensamiento y se denominan congruentes con el estado de ánimo, tales como culpa, ruina, hipocondría y muerte o suicidio; y los no relacionados o no congruentes con el estado de ánimo, donde la temática será de perjuicio, de influencia, de inserción del pensamiento, etc.

La sintomatología del episodio maníaco está caracterizada por: estado de ánimo eufórico, excitación psíquica con aceleración de los procesos intelectuales, fuga de ideas, verborrea, distraibilidad con perturbación de la atención y la concentración. Inquietud o agitación motriz con participación en actividades placenteras o de alto riesgo Hay una hipertimia expansiva con ansiedad y disforia, euforia mórbida y labilidad emocional que puede conducir de la risa a las lágrimas. Ideas cuasi delirantes o delirantes de temática megalómana con proyectos faraónicos, de infalibilidad, de descubrimientos científicos y eróticas o de reivindicación

A nivel somático aparecen: insomnio sin sensación de fatiga, disminución del apetito e hipersexualidad

La presencia de recaídas y remisiones es frecuente, y la mayor parte de los pacientes van a recaer si no siguen un tratamiento adecuado. Hoy existe la tendencia a considerar el carácter crónico y recidivante del trastorno, con deterioro socioambiental; a diferencia de los estudios de los autores clásicos quienes destacaban la falta de deterioro en estos pacientes.

Los trastornos afectivos que mencionamos suelen encontrarse complicados por abuso de sustancias , conflictos familiares, disfunciones cognitivas y deterioro del funcionamiento sociolaboral.

En ambos trastornos descriptos es posible observar la sintomatología cambiante y las modificaciones del curso, en algunos casos en términos de horas ( como ejemplo paradigmático lo observamos en los trastornos bipolares I, que luego de una noche de insomnio comienza un cuadro de manía dramático).

En lo atinente al diagnóstico sabemos que, diagnosticar es conocer y consiste en averiguar la naturaleza, las cualidades y relaciones de un objeto, en otras palabras clasificar al objeto, reconocerlo en su categoría de pertenencia a una clase. Arribar a un diagnóstico es una necesidad epistemológica y pragmática.

El diagnostico en psiquiatría constituye un proceso en el cual se describe lo sustancial de la condición del paciente . El mismo comprende la organización de la información clínica de una manera coherente y precisa, que permite una comunicación clara para la elección de estrategias terapéuticas y la posible predicción del curso clínico.

El proceso del diagnóstico se hace en tres niveles .:

- a) El de los síntomas y signos, que representan una anormalidad específica discernible.
- b) El del conjunto de los síntomas y signos que, agrupados, constituyen un síndrome, y que pueden formar parte de procesos diferentes.
- c) El de las entidades nosológicas, cuando existe la posibilidad de encuadrar los síntomas dentro de un proceso patológico específico, es decir conociendo su patogenia , sin necesidad de conocer su causa (etiología).

Con el objeto de aumentar la fiabilidad y validez de los diagnósticos la Organización Mundial de la Salud ha realizado a través de un grupo de expertos una revisión de la clasificación de los trastornos mentales CIE10, quienes luego de 10 años de trabajo han incluido definiciones por categorías con tres niveles específicos diferentes. El primero es un glosario abreviado destinado a la codificación, el segundo corresponde a las descripciones clínicas y el tercero a los criterios diagnóstico específicos, de especial interés para la investigación, con una mayor precisión y rigor en las definiciones.

Los criterios diagnósticos permiten una aproximación a la clínica psiquiátrica, independiente de posiciones doctrinales, e incluso sin implicaciones de procesos

etiológicos, fisiopatológicos o psicológicos que no estén comprobados de una forma metodológicamente correcta.

Indudablemente con el tiempo, algunos trastornos de actual etiología desconocida, serán pasibles de contar con una causa específica, ya sea biológica, consecuencia de hechos psicológicos o bien, cosa mucho más probable, el resultado de una particular interrelación de factores biológicos psicológicos y sociales

En las clasificaciones modernas se marcan criterios con el fin de disminuir la subjetividad y así evitar la influencia del contexto sociocultural.

Hasta que los avances científicos le permitan a la Psiquiatría disponer de pruebas diagnósticas confiables para definir entidades nosológicas, continuará construyendo y utilizando categorías diagnósticas. Las alteraciones mentales podrán ser validadas en el futuro con los aportes de la genética o las investigaciones psicodinámicas

A continuación resumimos las 10 categorías diagnósticas que define la OMS:

**1- Trastornos mentales orgánicos y sintomáticos:** comprenden aquellos trastornos agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebrales u otra afección causante de disfunción cerebral. Comprenden: las demencias (Alzheimer, vascular, Pick, Creutzfeld Jacob, Huntington, Parkinson, HIV), Síndrome amnésico orgánico, Delirium o síndrome psicoorgánico agudo, alucinosis orgánica, Trastorno catatónico orgánico, Trastorno del humor orgánico, Trastorno orgánico de la personalidad, Síndrome postencefalítico y Síndrome postconmocional.

**2- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas:** estos se clasifican de acuerdo a la sustancia involucrada y van desde la intoxicación aguda al síndrome de dependencia y abstinencia; comprende los trastornos psicóticos inducidos (alucinosis alcohólica, celotipia y paranoia), Síndrome amnésico y Trastornos de la personalidad inducidos por el consumo.

**3- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y Trastornos de ideas delirantes:** La esquizofrenia es el cuadro más frecuente e importante de este grupo, el trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que esté relacionado genéticamente con ellos. La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia aunque puede ser difícil diferenciarlos en la clínica, en especial en los estadios iniciales. Forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado, por su duración pueden distinguirse un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios.

**4- Trastornos del humor (afectivos):** en estos la alteración fundamental es a nivel del humor o la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes. Comprende trastorno bipolar, episodios depresivos, episodios de manía, ciclotimia y distimia.

**5- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos:** Estos tres trastornos se agrupan debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos se relacionan con motivos psicológicos. Comprenden los trastornos de ansiedad fóbica, de pánico, obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés agudo, los trastornos de adaptación, los trastornos postraumáticos, los disociativos, de personalidad múltiple y los de somatización.

**6- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos:** se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia, el insomnio y la hipersomnia, el sonambulismo, los terrores nocturnos y las disfunciones sexuales no orgánicas.

**7- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto:** incluye las diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Comprende los trastornos específicos de la personalidad y las transformaciones persistentes

de la misma tras experiencias catastróficas o enfermedad psiquiátrica; también se incluye en esta sección el trastorno de los hábitos y el del control de los impulsos y los trastornos de identidad e inclinación sexual.

**8- Retraso mental:** está definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Se lo clasifica como leve, moderado, grave o profundo, de acuerdo al coeficiente intelectual.

**9- Trastornos del desarrollo psicológico:** tienen en común las siguientes características: comienzo en la primera o segunda infancia, deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central y un curso estable. Comprenden: los trastornos específicos del habla y del lenguaje, afasia adquirida con epilepsia, trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, del desarrollo psicomotor, trastornos generalizados del desarrollo (autismo).

**10- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia:** comprende los trastornos hiperkinéticos, los trastornos disociales, trastornos de ansiedad de separación y fóbica; trastornos del comportamiento social (mutismo, desinhibición), trastornos de los tics, enuresis y encopresis no orgánica; trastornos de la conducta alimentaria.

Los diferentes marcos teóricos desde los cuales se expresa el diagnóstico, pueden producir falsas discrepancias; al usar distintos vocablos o términos para designar al mismo fenómeno, sea éste un síntoma, una fase o un episodio, del trastorno psíquico.

Como ejemplo podemos mencionar:

El Trastorno orgánico de la personalidad, el cual puede ser denominado: Síndrome del lóbulo frontal, Trastorno de la personalidad de la epilepsia límbica, Síndrome postlobotomía, Personalidad orgánica pseudopsicopática, Personalidad orgánica pseudorretrasada y Estado postleucotomía refiriéndose en todos los casos a la misma entidad patológica.

El término Esquizofrenia catatónica que incluye: el Estupor catatónico, Catalepsia esquizofrénica, Catatonía esquizofrénica, Flexibilidad cerea esquizofrénica.

El Trastorno Bipolar se denomina también: Trastorno maniaco-depresivo, Psicosis maniaco-depresiva, Reacción maniaco-depresiva.

El concepto Distimia incluye: El Trastorno de personalidad afectiva, la Personalidad cicloide y la Personalidad ciclotímica, también existen varios autores que incluyen este trastorno dentro de los trastornos borderline.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo incluye, la Neurosis obsesivo compulsiva, la Neurosis obsesiva y la Neurosis anancástica.

El trastorno paranoide de la personalidad incluye, la Personalidad expansiva, Personalidad paranoide, Personalidad sensitiva paranoide, la Personalidad querulante, trastorno expansivo de la personalidad, trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.

El Trastorno antisocial de la personalidad, incluye el trastorno asocial, disocial y la llamada clásicamente personalidad psicopática, amoral y sociopática.

Así mismo un episodio psicótico se puede expresar como síndrome delirante, reacción esquizofrénica, reacción psicótica, depresión psicótica, excitación psicomotriz, delirio parafrénico, delirio paranoide, episodio alucinatorio, entre otros.

Como podemos observar existe un gran número de términos técnicos para expresar el mismo concepto.

En los trastornos esquizofrénicos tal como hemos descripto, pueden observarse variaciones en la presentación: con síntomas diferentes que determinaran formas clínicas variadas (las cuales a su vez se denominan de distintas formas de acuerdo a las diferentes escuelas), en la evolución: con remisiones parciales, estados con persistencia de una sintomatología residual leve o cursos evolutivos catastróficos con disolución de la personalidad; ésto nos da una idea de la heterogeneidad del proceso esquizofrénico, que puede derivar en

diagnósticos sindromáticos diferentes, de acuerdo al momento evolutivo, pero pertenecientes al mismo trastorno.

En los trastornos bipolares también se observan variaciones en la presentación de las fases, cuadros depresivos que suceden a cuadros maníacos o hipomaníacos, o fases depresivas seguidas de estados de aparente normalidad psíquica, perteneciendo al mismo trastorno afectivo.

Una forma de entender estas **pseudodiscrepancias** es clasificarlas de acuerdo a su génesis en:

- 1- semánticas
- 2- evolutivas
- 3- terapéuticas
- 4- contextuales

Las pseudodiscrepancias de origen **semántico** se encuentran determinadas por el marco teórico o la escuela a la que pertenezca el profesional, la cual incide en el uso de la terminología. Las diversas escuelas utilizan vocablos diferentes para designar al mismo conjunto de síntomas

Las pseudodiscrepancias de origen **evolutivo** se encuentran delimitadas por la dimensión temporal: los cambios bruscos (descompensaciones), las oscilaciones o fluctuaciones del cuadro sintomatológico, las estabilizaciones y la aparición de deterioro, que pueden darse en horas, días o semanas.

Las pseudodiscrepancias de origen **terapéutico**, se observan generalmente con el uso de psicofármacos, cuya efectividad ha sido fehacientemente demostrada, al modificar, atenuando o haciendo desaparecer los cuadros psicopatológicos ya sean de la dimensión neurótica o de dimensión psicótica (mutación posterapéutica)

Las pseudodiscrepancias de origen **contextual** se registran cuando se modifican los marcos de pertenencia y de referencia, cuya influencia provoca la aparición o supresión de los síntomas psicopatológicos. (entrada y salida de instituciones carcelarias, transculturalización).

Los profesionales utilizan distintos términos técnicos para denominar el mismo fenómeno, es decir que expresan o describen el cuadro clínico con nombres diferentes.

Hoy la mayoría de las manifestaciones psíquicas, los síntomas, se consideran inespecíficos, con el agravante que muchas manifestaciones psiquiátricas, tal como hemos descrito, son **intermitentes** (vocablo que engloba la discontinuidad), el trastorno se interrumpe o desaparece para más tarde repetirse.

Otro elemento a destacar son las **discrepancias y la fiabilidad del diagnóstico**. Este es un problema que se suscita con frecuencia al comparar los resultados de diferentes estudios, en los cuales se observan diferencias significativas en cuanto a las categorías nominales, como es el diagnóstico y las ordinales, como la gravedad del cuadro psicopatológico. Spitzer y Fleiss revisaron varios estudios de fiabilidad interjuicios, si bien en estos se utilizaron categorías diagnósticas similares, el grado de acuerdo alcanzó valores satisfactorios sólo en tres categorías: deficiencia mental, síndrome cerebral orgánico y alcoholismo. En psicosis y esquizofrenia sólo se alcanzó un acuerdo moderado; y en el resto de las categorías fue escaso. Se debe destacar que en estos estudios participaron profesionales con una formación y preparación semejantes e incluso en algunos casos se intentó que los diagnosticadores llegaran a algún acuerdo previo con respecto a los principios de diagnóstico. Se realizaron estudios con el fin de identificar las fuentes de desacuerdo y se identificaron causas específicas de desacuerdo que se agruparon en tres grupos principales de categorías:

**1-inconsistencia por parte del paciente:** diferencias en la información suministrada por el paciente y en el momento evolutivo. Las respuestas de los pacientes a preguntas directas a cerca de sus síntomas varían de acuerdo con la manera de preguntar, sus sentimientos de confianza y seguridad, si contestaron antes a esas preguntas, las pistas percibidas que indicarían las respuestas deseadas y el agotamiento. Esta categoría se va a encontrar marcadamente incrementada en la situación pericial, donde lo aportado por el entrevistado estará influido en mayor medida que en el área clínica asistencial. En esta se observará con mucha mayor frecuencia la simulación, la sobresimulación y la disimulación, según las

circunstancias.

**2-inconsistencia por parte del diagnosticador:** influirán las diferentes técnicas de entrevista, la valoración de los síntomas observados y relatados y la parcialidad del entrevistador. Las inferencias clínicas precisas o no, se basan en suposiciones, muchas veces inconscientes, comparaciones con otros pacientes o recuerdos clínicos adecuados o distorsionados según sus experiencias personales.

**3-insuficiencia de la nosología:** los criterios poco claros especificados por el sistema nosológico y en ocasiones la ambigüedad de la nomenclatura.

De la tarea pericial realizada en el Cuerpo Médico Forense, hemos tomado algunos casos que pueden servir como ejemplos clínicos paradigmáticos, para comprender con más claridad los conceptos teóricos vertidos acerca de las discrepancias y pseudodiscrepancias.

### Observación 1

H.E.E, varón de 31 años, argentino, soltero, comerciante.

Detenido por amenazas, lesiones y resistencia a la autoridad.

El entrevistado presenta un cuadro de excitación y confusión mental caracterizado por expansión, locuacidad, gesticulación desordenada, desconfianza y suspicacia, lucidez disminuida, incertidumbre de las percepciones y de los recuerdos. Fallas marcadas en la etapa crítica del juicio, ideas de perjuicio y de persecución, con tendencia a las ilusiones y a las interpretaciones erróneas. Agresividad latente, proclive a las impulsiones (personal de penitenciaría debe contenerlo). Con disminución de su autonomía psíquica, no posee dominio sobre su voluntad ni tiene conciencia de la gravedad de sus actos. Se registra marcado aliento etílico.

Se diagnóstica como Episodio psicótico. (también se lo podría diagnosticar como Síndrome de Excitación Psicomotriz, Síndrome confusional, Reacción psicótica, Embriaguez complicada, Intoxicación alcohólica aguda)

Se indica su internación en el Servicio de Observación y Evaluación del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda, para su estudio y tratamiento. Luego de las 48 hs, es nuevamente examinado por el Médico Forense, quien lo observa lúcido, coherente, con trastornos de la memoria, recuerda parcialmente los hechos acaecidos, no puede comprender como actuó así con sus clientes. La terapéutica instituida y el descanso suprimieron la sintomatología psicopatológica. Los estudios de los antecedentes personales, clínicos, neurológicos y los exámenes de laboratorio y electroencefalográfico, permiten descartar un Trastorno psicótico debido a enfermedad Clínica o Neurológica.

Diagnóstico probable: Episodio psicótico por abuso de sustancias ( alcohol y drogas), remitido.

### Observación 2

H.M.K., mujer de 42 años, argentina, casada, comerciante.

Causa: robo y estafa.

Se solicita su evaluación por la causa descripta ya que debía presentarse en el tribunal para declarar. Concorre con su letrado patrocinante, quien adjunta certificado de atención psiquiátrica desde hace varios meses.

En el momento del examen se presenta lúcida, orientada, coherente, sin trastornos de la sensopercepción, pensamiento organizado sin ideas patológicas, leve exaltación anímica hacia el polo placentero a pesar de la situación que atravesaba. Negaba los hechos de autos (sus amigas habían denunciado sustracción de sus tarjetas de crédito y utilización de las mismas para realizar múltiples compras, tales como: una heladera, un lavarropas, un secaplatos, más de 100 C.D., ropa de todo tipo, las que solicitaba le fueran enviadas a su domicilio).

Se realizaron varias entrevistas con evaluación psicodiagnóstica en las cuales se detectan elementos compatibles con trastorno de la personalidad: impulsividad, egocentrismo, trastornos de la identidad, tendencias distímicas, sin indicadores de psicosis.

De los antecedentes de autos se destaca: declaración de algunos de los vendedores de los lugares donde realizó las desmesuradas compras quienes la describen como una persona exaltada, expansiva, acelerada y sumamente simpática.

Eran llamativas las características de la conducta desplegada en ocasión de los hechos: exagerada, inconveniente, inadecuada y absurda, esto sería un indicio de que actuó bajo

los efectos de algún trastorno psíquico.

Lo descripto, sumado a los antecedentes personales aportados por los familiares, quienes manifestaban la alternancia exageradas en el humor y en la actividad tales como: atravesar por períodos de gran tristeza, falta de interés, desgana, baja de peso, reclusión en su domicilio; con otros de euforia, exaltación afectiva, fugas del hogar, actividad exagerada e implicarse en situaciones de riesgo permite inferir el diagnóstico de Trastorno Bipolar. Debemos destacar que en el momento de ser evaluada, tanto por su conducta como por sus dichos (negaba los hechos, así como los antecedentes) no presentaba signosintomatología que permitiera arribar al diagnóstico.

Estos pacientes pueden ser diagnosticados según el momento evolutivo como: depresivos, maníacos, hipomaníacos, trastornos de la personalidad, síndrome distímico, distimia.

### Obsevación 3

P.E.S. 39 años, argentino, comerciante, soltero.

Hecho: Lesiones y daño.

Es remitido a los 27 días de los sucesos de autos, para su evaluación a fin de determinar el estado actual de sus facultades mentales y su capacidad para comprender y/o dirigir sus acciones al momento del hecho.

En la entrevista se lo observa levemente ansioso en relación a la situación que debe atravesar, orientado, lúcido, relata los hechos con claridad aunque no logra el registro exacto en la cronología de los mismos. Acompañando al relato se detecta una leve exaltación afectiva, la cual no impide que realice una crítica adecuada. No presenta ideación delirante ni alteraciones de la sensorpercepción, sí cierta tendencia a la suspicacia, pero que no lo aparta de la normalidad. Informa que ha realizado tratamientos psiquiátricos anteriores, en los que ha sido medicado con anticonvulsivos por su impulsividad y trastornos del aprendizaje, Poco tiempo antes de los hechos había perdido algunos clientes, se había separado de su pareja, se habían reducido notablemente sus ingresos y se hallaba más irritable y con trastornos en el sueño. Justifica, en parte la situación aduciendo haber sido provocado por el otro conductor quién según sus dichos lo habría "encerrado" en varias oportunidades, "burlándose". Luego de su detención fue derivado a tratamiento, siendo medicado con psicofármacos y que continúa a la fecha con buena respuesta.

De las declaraciones de autos realizamos la siguiente síntesis: El imputado detiene su vehículo delante de otro al que le impide continuar su marcha, baja del mismo, se acerca e increpa al conductor. Posteriormente se retira hacia su automóvil de donde toma un aerosol paralizante, regresa al lugar encontrando el vehículo con los vidrios de la ventanilla levantados, pateo la puerta, rompe el vidrio con el pie y arroja aerosol en los ojos del conductor, quien enceguecido sale del auto y es golpeado nuevamente por el imputado. El personal policial interviniente describe el cuadro de excitación que presentaba el reprochado, quien es evaluado por médico legista y remitido a un Hospital donde es medicado.

Se realizó evaluación psicodiagnóstica y EEG sin alteraciones significativas.

Se concluye que se trata de una persona portadora de un trastorno de la personalidad proclive a las descompensaciones, favorecido por las circunstancias vitales y ambientales que atravesaba, que condicionaron la aparición de lo que denominamos psicosis reactiva breve, reacción paranoide, episodio psicótico transitorio, episodio de excitación psicomotriz, que respondió rápidamente a la medicación instituida.

### Observación 4

O.F.G., 67 años, argentino, viudo, jubilado, cuidador en un garage.

Hecho: homicidio

En la entrevista (a las 48 hs. del hecho), se lo observa deprimido, hipolúcido, parcialmente orientado, embargado por una gran conmoción afectiva, recuerda parcialmente lo sucedido, presenta fallas en la memoria de fijación y evocación, su pensamiento se encuentra lentificado a tal punto que le impide responder a las preguntas que se le realizan. Su atención se fatiga muy rápidamente y se dispersa. Impresiona como un síndrome depresivo, que podría estar acompañado del comienzo de un proceso demencial. Ante el cuadro que presentaba se decide suspender la entrevista y realizar estudios

complementarios y nueva entrevista a los 20 días.

En la nueva entrevista se presenta lúcido, orientado, coherente, eutímico, manifestando que se había integrado al pabellón donde se encontraba alojado, realizando tareas y manteniendo un buen trato con los demás internos. Es de destacar que el imputado no tenía familia, había enviudado dos meses antes del hecho, sus ingresos apenas le alcanzaban para pagar el hotel donde vivía y los alimentos, el arma había sido procurada para eliminarse. En esta entrevista pudo relatar lo acontecido con precisión: encontrándose en su trabajo, un individuo estaciona su camioneta bloqueando la salida del garage, ante la solicitud de retirar el vehículo de este lugar, responde que es por poco tiempo y se retira dejándolo. Se dirige al interior del garage, toma el arma, espera el regreso del conductor y le dispara.

Se concluye que se trata de una persona que cursaba un estado depresivo, ante la muerte de su único familiar y conmocionado por los sucesos acontecidos, que modifica el cuadro psicopatológico depresivo ante su inclusión en un medio que le brindó contención afectiva y seguridad. El contexto produjo una mutación de su cuadro.

El hombre trata de reducir las complejidades y fenómenos de la naturaleza a través de su ordenamiento, clasificándolos, agrupándolos en clases y categorías, siguiendo criterios convencionales, con la finalidad de conocer y transmitir esa información. Si existiera una clasificación única y universal, todo sería más sencillo y posiblemente no habría alteraciones en la comunicación como las pseudodiscrepancias. Sin embargo, la realidad clínica de la individualidad de los seres humanos y la pluralidad de escuelas psiquiátricas nos indican el alejamiento del horizonte de la univocidad. El intercambio fluido entre los representantes del Derecho y la Medicina legal, nos puede permitir salvar estos inconvenientes y así facilitar la labor e interpretación del campo pericial.

Los diagnósticos en Medicina y en particular en Psiquiatría distan de la certeza, se acercan a las probabilidades y siendo el objeto de estudio la conducta psicopatológica, más que en ningún otro conocimiento humano, se hacen presentes los conceptos de B. Russell, cuando expresaba que *Todo conocimiento humano es incierto, impreciso e incompleto*.

#### **Bibliografía :**

- Akiskal, H.S., Mood Disorders: Clinical Features. in Kaplan, H.I., Saddock, B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. VI. Baltimore. Williams and Wilkins.1995
- Alonso Fernández Francisco. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. 4° Edición. Madrid. Editorial Paz Montalvo. 1979
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, Fourth Edition. Washington DC. American Psychiatric Press. 1997.
- Ayuso Gutierrez, J.L., Carulla, L.S.; Manual De Psiquiatría. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana De España.
- Castilla del Pino, C. Introducción a la psiquiatría. Madrid. Alianza Editorial, S.A. 1980.
- Hales, R.E., Yudofsky, Sinopsis De Psiquiatría Clínica. 3° Edición. Barcelona. Masson. 2000
- Keller M.B., Lavori Ph.W., Coryell W., {et alter}Trastorno Bipolar I : A five-year follow-up. J. Nev. Ment. Dis. 1993.
- Leon, Carlos A. Curso Clínico y Evolución De La Esquizofrenia En Cali, un estudio de seguimiento en diez años. Acta psiquiátr. Psicol. Amér lat.,1986, 32, p.95-136.
- Organización Mundial de la Salud . Décima Revisión De La Clasificación Internacional De Las Enfermedades. CIE 10. Trastornos Mentales Y Del Comportamiento. Madrid. Meditor.1992.
- Schneider, K. Conferencias Psiquiátricas Para Médicos. Madrid. Editorial Pace. 1944
- Vidal,G., Alarcón R.D., Lolas Stepke, F. Enciclopedia Iberoamericana De Psiquiatría. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 1995
- Vieta E. Trastornos Bipolares. En Vallejo Ruiloba J. Gastó Ferrer C., Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona. Masson, 2000.
- Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional

## ESTADISTICA ANUAL DE CONSULTAS POR EXPOSICION A TOXICOS

por Osvaldo H. Curci y Alejandro Posadas

### INTRODUCCION

La Toxicología es la ciencia que estudia los tóxicos y/o venenos, siendo ésta la definición etimológica.

En la actualidad la Toxicología ha alcanzado un desarrollo muy importante a tal punto que algunos de sus aspectos como el clínico, ambiental y social, son la emergencia hospitalaria, la catástrofe ecológica y la noticia de primera plana casi a diario.

Por lo tanto la Toxicología debe definirse como la ciencia que no sólo investiga los tóxicos y/o venenos, en tanto y en cuanto afecten a los seres humanos, sino que además estudia: las propiedades químicas y físicas de los mismos, su concentración en el ambiente, su vía de ingreso al organismo, su distribución, metabolismo, biotransformación, vida media, acumulación y eliminación (toxicocinética), etc.

Basadas en estas premisas surgen las siguientes especialidades:

Toxicología Clínica: Estudia los pacientes intoxicados niños, adolescentes y adultos en las exposiciones agudas y crónicas, su diagnóstico, sus signos, síntomas y aplica el tratamiento específico. Implementa las medidas más rápidas y convenientes para evitar las complicaciones y/o muerte, como así también realiza Programas de Prevención Primaria con educación para la salud, para disminuir la incidencia de intoxicaciones accidentales y sociales.

La Toxicología Forense o Legal fue una de las primeras especialidades de la Toxicología, ya que la Justicia reclamó a los médicos el diagnóstico médico-legal en las intoxicaciones agudas y crónicas, y el hallazgo de la causa de muerte por envenenamiento accidental y/o criminal en las necropsias. Esto unido a una sistemática y correcta Toxicología Analítica permiten en la actualidad determinar con certeza Muertes por Causas Dudosas de origen químico.

La Analítica también, como ya veremos, tiene importancia en la determinación en las personas expuestas por su oficio y/o profesión a sustancias químicas peligrosas, controlando y evaluando los riesgos para la Salud no sólo en las muestras biológicas (sangre/orina), sino también en el Ambiente Laboral.

La Toxicología Industrial o Laboral (clínica y analítica) es una especialidad médica y bioquímica de gran importancia que se ocupa de prevenir, diagnosticar, tratar y evitar las secuelas e incapacidades por intoxicaciones agudas y crónicas en las exposiciones a sustancias químicas peligrosas, debiendo también el toxicólogo laboral conocer todo lo que atañe a la manufactura, el transporte y el tratamiento de los residuos industriales a fin de evitar su incorporación al medio ambiente.

Por último, debemos referirnos a la Toxicología Experimental, poco desarrollada en nuestro medio. En otros países, la investigación de nuevas drogas (medicamentos, plaguicidas, etc.) es efectuada por Toxicólogos que realizan estudios de toxicidad aguda, subaguda y crónica en animales de experimentación, de las dosis letales medias, los hallazgos histopatológicos, etc., como así también las alteraciones mutagénicas, carcinogénicas y teratogénicas para incorporar conocimientos nuevos en dos ramas importantes y de múltiples aplicaciones en el campo de la Medicina como son la Toxicología Genética y la Inmunotoxicología.

### FORMAS DE INTOXICACION

En Toxicología Clínica podemos ver las siguientes formas de intoxicación:

1) Accidentales: más frecuentes en los niños entre los 12 meses y los 3 años.

- 2) Intencionales: Tentativas de suicidio, Homicidio, Uso Indebido de Drogas y Alcohol.
- 3) Laborales o Industriales.
- 4) Alimentarias.
- 5) Iatrogénicas. Automedicación y Efectos Adversos.
- 6) Intoxicaciones por Plantas Tóxicas.
- 7) Ponzoñas y Venenos de Animales.
- 8) Ecotoxicología: Ambientales.

Todas estas formas de intoxicaciones pueden ser agudas y crónicas, para tener un conocimiento práctico detallaremos a continuación las estadísticas del Centro Nacional de Intoxicaciones del Hospital Posadas

El **CENTRO NACIONAL de INTOXICACIONES** fue creado el 21 de Octubre de 1.976 por Decreto Ministerial. No obstante, desde el año 1.971 registra actividad como Sección de Toxicología, dentro del Servicio de Pediatría del Hospital Posadas.

Brinda servicio de información y asesoramiento toxicológico a profesionales, instituciones y público en general de todo el país, y servicio de asistencia toxicológica a la población del gran Buenos Aires principalmente. Todos los servicios son brindados las 24 horas del día, los 365 días del año, tanto telefónica como personal (modalidades ambulatoria e internación), y a una población de adultos y niños.

Está ubicado en el Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas, el cual es un hospital de alta complejidad con: Terapias de Cuidados Intensivos (Pediatría, Adultos, Neonatal), Unidad Coronaria, Centro de Hemodiálisis, Centro Obstétrico, Quirófanos, Internación en Sala de Clínica Médica, Pediatría, Especialidades Quirúrgicas y Gineco-Obstetricia, Imagenología (TAC, RNM, Rx, etc.), Laboratorio Central General y Especializado, que incluye Sección de Toxicología Analítica.

Cuenta con las Secciones de Adicciones con manejo ambulatorio, y es nodo periférico del Programa de Farmacovigilancia del ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica).

Las autoridades de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y el Ministerio de Salud, le reconocen capacidad técnica para llevar a cabo tareas docentes tanto de pregrado, como de postgrado: carrera de Médico Especialista en Toxicología de la UBA y 1º Residencia en Toxicología Clínica del país, creada en el año 1.998 contando con una asignación anual de 2 cargos.

Así mismo, existen rotaciones permanentes de profesionales de todo el país (Pediatras, Clínicos, Médicos de terapia intensiva, Bioquímicos, Farmacéuticos)

El reconocimiento internacional de la calidad asistencial del Centro hace que permanentemente concurren becarios y visitantes extranjeros para formarse y perfeccionarse en la especialidad.

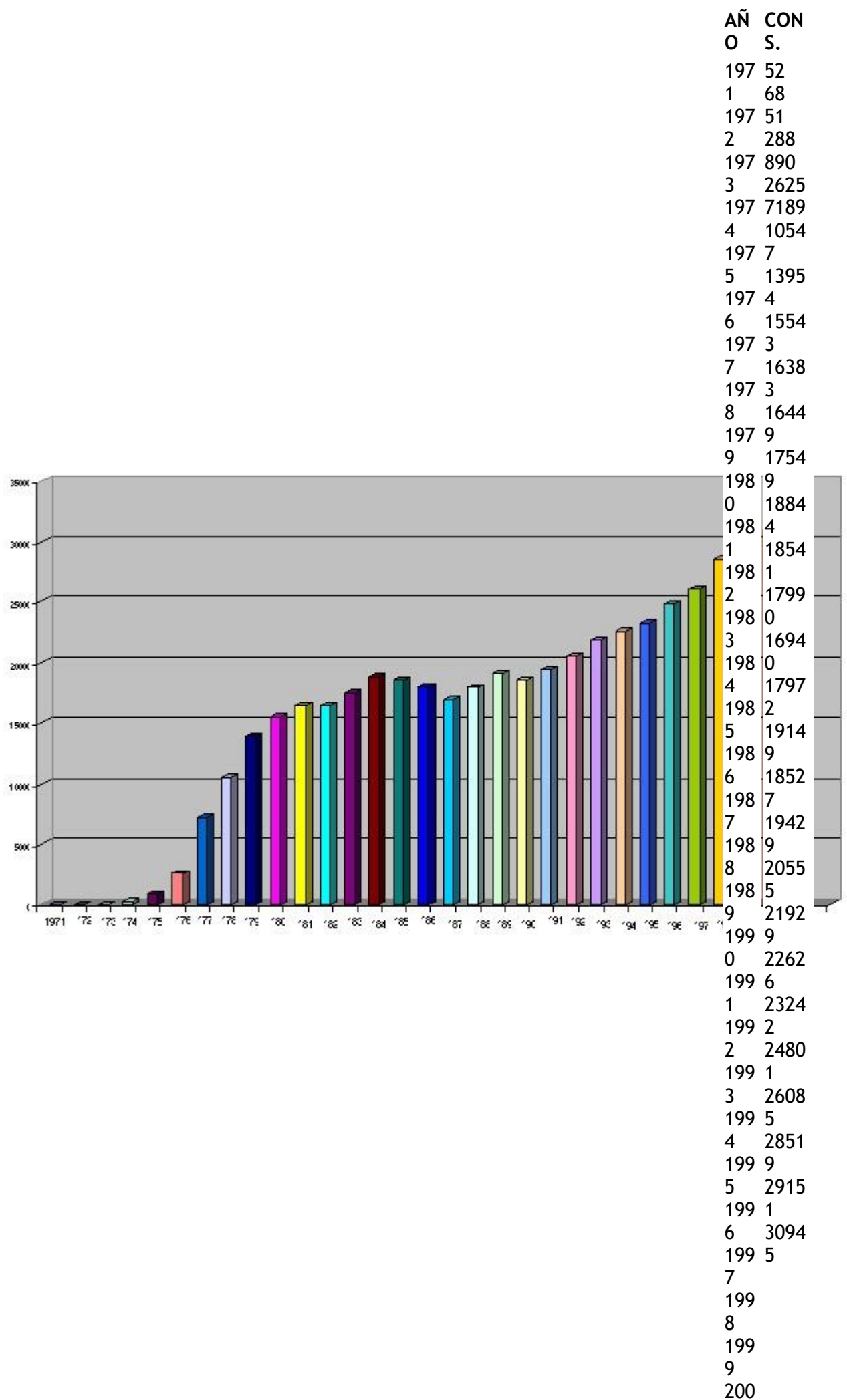
Ha sido centro de referencia para el Ministerio de Salud en numerosas situaciones de alerta toxicológica, y participa de un gran número de comisiones nacionales vinculadas a la gestión de riesgos químicos y a la prevención de intoxicaciones. Así mismo integra la Red Argentina de Toxicología (REDARTOX) desde su creación en el año 1.999.

Desde el año 1.971 hasta el 2.000, el Centro ha atendido un volumen de 476.833 consultas (Ver Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Consultas totales al CNI según año de ocurrencia.

Centro Nacional de Intoxicaciones - CIAAT

Hospital A. Posadas. Buenos Aires, Argentina. 1971 - 2000



La República Argentina abarca una superficie territorial total de 3.761.274 km2, y la proyección de población para el año 2.000 fue de 37.031.802 habitantes. El país cuenta con 18 Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica (CIAAT) distribuidos en 6 regiones geográficas: Metropolitana, Central, Noroeste, Nordeste, Nuevo Cuyo y Patagónica.

El Centro Nacional de Intoxicaciones - CIAAT Hospital A. Posadas está ubicado en la región geográfica Metropolitana (Capital Federal y Gran Buenos Aires), mas exactamente en el Gran Buenos Aires. Comparte esta región con 5 CIAATs más, los cuales están ubicados en la Capital Federal: CIAAT- Hospital de Niños R. Gutierrez, CIAAT-Hospital de Niños P. de Elizalde, CIAAT-Hospital de Agudos Fernández, CIAAT-Hospital de Clínicas Gral. San Martín, CIAAT-Hospital Italiano.

La población para esta región es de 17,261.364 habitantes (Capital Federal 3,046.663 y Gran Buenos Aires aprox. 9,808.143) lo que equivale al 46.6% de la población total del país.



- a) CAPITAL FEDERAL
- b) PARTIDOS del GRAN BUENOS AIRES

- 1° CORDON:  
AVELLANEDA  
GRAL SAN MARTIN  
HURLINGHAM  
ITUZAINGO  
LANUS  
MORON  
SAN ISIDRO  
TRES DE FEBRERO  
VICENTE LOPEZ
- 2° CORDON  
ALMIRANTE BROWN  
BERAZATEGUI  
ESTEBAN ECHEVERRIA  
EZEIZA  
FLORENCIO VARELA  
JOSE C. PAZ  
LOMAS DE ZAMORA  
MALVINAS ARGENTINAS  
LA MATANZA  
MERLO  
MORENO  
PRESIDENTE PERON  
QUILMES



Las variables y categorías aquí notificadas fueron armonizadas con los estándares internacionales, tomadas del Proyecto INTOX del Programa Internacional de Seguridad Química (IPCS) de la OMS, con el objetivo de permitir la comparación de los datos estadísticos tanto a nivel Nacional como Internacional.

Al final del reporte se anexa un Glosario de términos y definiciones, las cuales fueron tomadas del Instructivo para Registro de datos de Intoxicaciones que aparece en la Guía de CIAATs y LACTs de Argentina - 1.999 del Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones del Ministerio de Salud, que fue elaborado dentro del marco de la Reunión de Prevención y Control de Intoxicaciones y Mitigación de Desastres por Sustancias Químicas - Rosario, Abril 1.999.

ANALISIS

En el año 2.000 el Centro Nacional de Intoxicaciones tuvo un total de 30.945 consultas. De estas, el 71% (21.837) fueron telefónicas, el 8% (2.630) personales, y el 21% (6.478) asesoramientos (Ver Tabla 2). De aquí en adelante nuestro Análisis se hará únicamente sobre las consultas Telefónicas y Personales (24.467) ya que involucran pacientes con Exposición a Tóxicos, y se excluirán los Asesoramientos (Ver Glosario al final)

El mayor volumen de consultas provino del Gran Buenos Aires 62% (15.288), que sumado al 21% (5.034) de Capital Federal totalizan el 83% (20.322) de la atención de este CIAAT. Seguidamente, las regiones en orden de demanda fueron: Central 10% (2.393); Patagonia 3% (651); Nordeste 1,3% (316); Nuevo Cuyo 1% (221); Nor-Oeste 0.5% (111). (Ver Tabla 1)

TABLA 1  
Consultas por exposición a tóxicos según  
Provincia de origen de la consulta

| REGION        | PROVINCIA           | Nº    | %    |
|---------------|---------------------|-------|------|
| Metropolitana | Capital             | 20322 | 83   |
|               | Gran Buenos Aires   | 5034  | 21   |
|               |                     | 15288 | 62   |
| Central       | Pcia. Buenos Aires  | 2393  | 10   |
|               | Córdoba             | 1855  | 8    |
|               | Santa Fe            | 474   | 2    |
|               |                     | 64    | 0.3  |
| Noroeste      | Catamarca           | 111   | 0.5  |
|               | Jujuy               | 10    | 00.4 |
|               | Salta               | 34    | 0.1  |
|               | Santiago del Estero | 19    | 0.1  |
|               | Tucumán             | 23    | 0.1  |
|               |                     | 25    | 0.1  |
| Noreste       | Corrientes          | 316   | 1.3  |
|               | Chaco               | 47    | 0.2  |
|               | Entre Ríos          | 25    | 0.1  |
|               | Formosa             | 154   | 0.6  |
|               | Misiones            | 15    | 0.1  |
|               |                     | 75    | 0.3  |
| Nuevo Cuyo    | La Rioja            | 221   | 1    |
|               | Mendoza             | 22    | 0.1  |
|               | San Juan            | 133   | 0.5  |
|               | San Luis            | 23    | 0.1  |
|               |                     | 43    | 0.2  |
| Patagonia     | Chubut              | 651   | 3.0  |
|               | La Pampa            | 84    | 0.3  |
|               | Neuquén             | 65    | 0.3  |
|               | Río Negro           | 110   | 0.4  |
|               | Santa Cruz          | 194   | 1    |
|               | Tierra del Fuego    | 176   | 1    |
|               | Exterior            | 22    | 0.1  |
|               |                     | 2     | 0    |
|               | Sin Registrar       | 451   | 2    |

Total 24467 100

Según el **Tipo de consulta**, de las Telefónicas el 31% (9.674) consultaron desde una Institución Pública, el 28% (8.761) desde del Hogar, el 5% (1.687) desde Instituciones Privadas y el 6% (1.715) desde Otros establecimientos.  
De las **Personales**, el 2.3% fueron pacientes que ingresaron por el Departamento de Emergencia, de los cuales el 2% (770) permaneció en *Guardia* y el 0.3% (104) requirió *Internación*. El 0.1% (28) fueron *Interconsultas* para descartar o confirmar causa tóxica en pacientes internados por otra causa. Las consultas de *Consultorio Externo* constituyeron el 6% (1.728) del total.

**Tabla II**  
Consultas por exposición a tóxicos según tipo de origen de la consulta

| Tipo de Consultas | Origen              | Nº    | %   |
|-------------------|---------------------|-------|-----|
| Telefónicas       | Institución Pública | 21837 | 71  |
|                   | Institución Privada | 9674  | 31  |
|                   | Hogar               | 1687  | 5   |
|                   | Otro                | 8761  | 28  |
|                   |                     | 1715  | 6   |
| Personales        | Guardia             | 2630  | 8   |
|                   | Internado           | 770   | 2   |
|                   | Interconsulta       | 104   | 0.3 |
|                   | Consultorio         | 28    | 0.1 |
|                   |                     | 1728  | 6   |
| Asesoramientos    | Farmacológicos      | 6478  | 21  |
|                   | Toxicológicos       | 1513  | 5   |
|                   | Veterinarios        | 3699  | 12  |
|                   | Otros               | 1128  | 4   |
|                   |                     | 138   | 0.4 |
| TOTAL             |                     | 30945 | 100 |

Con respecto a la **Edad** (Tabla 3) y **Sexo** (Tabla 4), la población infantil (de 0 a 14 años) fue la más afectada, ocupando el 51% de las consultas, siendo el grupo de 1 a 4 años el que está en primer lugar con el 33% (8.188).  
Los adultos entre los 20 y 49 años sumaron el 32% (7.834). Los adolescentes de 15-19 años representan el 8% (1.859).  
Se observó un leve predominio del sexo *Masculino* 50% (12.190) sobre el sexo *Femenino* 48,5% (11.870). En el 1.5% (407) el sexo fue *No Determinado*.

**Tabla III**  
Consultas por exposición a tóxicos según edad

| Origen     | Nº   | %  |
|------------|------|----|
| < 1 año    | 1819 | 7  |
| 1-4 años   | 8188 | 33 |
| 5-9 años   | 1642 | 7  |
| 10-14 años | 1009 | 4  |
| 15-19 años | 1859 | 8  |
| 20-34 años | 4989 | 20 |
| 35-49 años | 2845 | 12 |
| 50-64 años | 1119 | 5  |
| > 65 años  | 997  | 4  |

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| TOTAL | 24467 | 100 |
|-------|-------|-----|

**Tabla IV**  
Consulta por exposición a tóxicos según sexo

| Sexo           | Nº           | %          |
|----------------|--------------|------------|
| Masculino      | 12190        | 50         |
| Femenino       | 11870        | 48.5       |
| No determinado | 407          | 1.5        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>24467</b> | <b>100</b> |

Analizando la **Motivación** (Tabla 5) se observó que ampliamente predominó la No Intencional con el 73% (17.680) de las consultas, y dentro de estas, las *Accidentales* ocupan el primer lugar con el 60% (14.474). En menor proporción encontramos la *Ambiental* con el 6% (1.360), las *Alimentarias* 3% (714) y la *Ocupacional* con el 2% (570). El *Uso Incorrecto* y el *Error Terapéutico* comprometieron sólo el 1% de las consultas (294 y 147 respectivamente)y la *Medicación Folclórica* el 0,4% (86). Entre las *Intencionales*, que reúnen al 20.4% (4.928) de las consultas, la *Tentativa de Suicidio* ocupó un 19% (4500). La *Adicción a drogas* fue del 1.5 % (363). La *Automedicación*, las exposiciones *Maliciosas* o *Delictivas* y las *Tentativa de Aborto* en su conjunto no superan el 0,25% (65). El 6.6% restante de las consultas (1.493) corresponden a *Otras Motivaciones*, siendo el Descartar Tóxico la más frecuente en este grupo con el 4% (889), siguiendo las Reacciones Adversas con un 1% (263).

**Tabla V**  
Consultas por exposición a tóxicos según motivación

| Motivación            | Nº    | %    |
|-----------------------|-------|------|
| <b>No Intencional</b> |       |      |
|                       | 17680 | 73   |
| Accidental            | 14474 | 60   |
| Ocupacional           | 570   | 2    |
| Alimentaria           | 714   | 3    |
| Ambiental             | 1360  | 6    |
| Error terapéutico     | 147   | 1    |
| Med. folclórica       | 86    | 0.4  |
| Acc. quím/transp.     | 2     | 0.01 |
| Iatrogenias           | 3     | 0.01 |
| Uso incorrecto        | 294   | 1    |
| Incendio              | 30    | 0.1  |
| <b>Intencional</b>    |       |      |
|                       | 4928  | 20.4 |
| T. Suicidio           | 4500  | 19   |
| Adicción              | 363   | 2    |
| Automedicación        | 31    | 0.1  |
| Maliciosa/delictiva   | 22    | 0.1  |
| T. Aborto             | 12    | 0.05 |
| Reacción adversa      | 263   | 1    |
| Descartar tóxico      | 889   | 4    |
| Desconocido           | 91    | 0.4  |
| Otro                  | 250   | 1    |

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| TOTAL | 24101 | 100 |
|-------|-------|-----|

En cuanto al **Uso habitual del Tóxico** (Tabla 6), los *Medicamentos* ocuparon el primer lugar con el 33% (8.184), muy seguido de los *Productos de Limpieza del Hogar* con un 29% (7.102). Los *Plaguicidas de Uso Domestico* comprometieron el 14% (3.338). Con menor porcentaje le siguen los *Contaminantes Ambientales* con un 5% (1.177), *Alimentos y Bebidas* 4% (921), *Productos Industrial/Comercial* 4.4 % (1.074); con un 2% *Cosméticos y Productos de Higiene Personal* (589) y *Animales* (477), y con un 1% *Plaguicidas Agrícolas* (292), *Plantas* (263), *Drogas de Abuso* (212) y *Productos Veterinarios* (209). Con menos del 1% se notificaron *Agroquímicos No Plaguicidas* 0.1% (26), *Hongos* 0,1% (13), *Agentes Bélicos* 0,1% (21), *Bacterias* 0,01% (2) y no se registraron consultas por *Protozoarios*. En el 1.5% (359) fue *Desconocido* y finalmente el 1% (208) quedó en el grupo de *Otros no clasificados*.

**Tabla VI**  
Consultas por exposición a tóxicos según uso del tóxico

| USO                        | Nº           | %          |
|----------------------------|--------------|------------|
| Medicamento                | 8184         | 33         |
| Prod. Veterinario          | 209          | 1          |
| Prod. Industrial/comercial | 1074         | 4.4        |
| Prod. Hogar/entretén.      | 7102         | 29         |
| Cosmético/higiene personal | 589          | 2.4        |
| Plaguicida uso doméstico   | 3338         | 14         |
| Plaguicida uso agrícola    | 292          | 1          |
| Agroquímico no plaguicida  | 26           | 0.1        |
| Droga de abuso             | 212          | 1          |
| Alimento/bebida            | 921          | 4          |
| Contaminante ambiental     | 1177         | 5          |
| agente bélico              | 21           | 0.1        |
| Plantas                    | 263          | 1          |
| Hongos                     | 13           | 0.1        |
| Animales                   | 477          | 2          |
| Bacterias                  | 2            | 0.01       |
| Protozoarios               | 0            | 0          |
| Desconocido                | 359          | 1.5        |
| Otro                       | 208          | 1          |
| <b>TOTAL</b>               | <b>24467</b> | <b>100</b> |

La **vía de ingreso** (Tabla 7) que estuvo más involucrada fue la vía *Oral* con el 72% (17.590) de las consultas. En mucho menor porcentaje está la vía *Inhalatoria* 16% (3.890), la vía *Cutánea* 5% (1.265), la vía *Ocular* 2% (455), las *Mordedura/Picadura* 1% (253) y la vía *Parenteral* 0.4% (105). El 3% (727) corresponde a *Otras vías* (Nasal, Vaginal, etc.) y en el 1% (182) fue *No Determinada*.

**Tabla VII**  
Consultas por exposición a tóxicos según vía de ingreso

| Vía de Ingreso | Nº    | %   |
|----------------|-------|-----|
| Oral           | 17590 | 72  |
| Inhalatoria    | 3890  | 16  |
| Cutánea        | 1265  | 5   |
| Parenteral     | 105   | 0.4 |

|                    |              |            |
|--------------------|--------------|------------|
| Ocular             | 455          | 2          |
| Picadura/mordedura | 253          | 1          |
| Otras              | 727          | 3          |
| No determinada     | 182          | 1          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>24467</b> | <b>100</b> |

La **Severidad del Efecto** (Tabla 8) encontrada en el paciente al momento de la consulta, fue Asintomático en el 57% (14.157). El 27% (6.571) presentó un efecto *Leve*, el 9% (2.326) *Moderado* y el 2% (562) *Severo*. Los *óbitos* fueron del 0,1% (14). En el 3% (837) de las consultas, el efecto no tenía relación con el tóxico, y en el 1% (217) fue *Desconocido*.

**Tabla VIII**  
Consultas por exposición a tóxicos según severidad de efecto

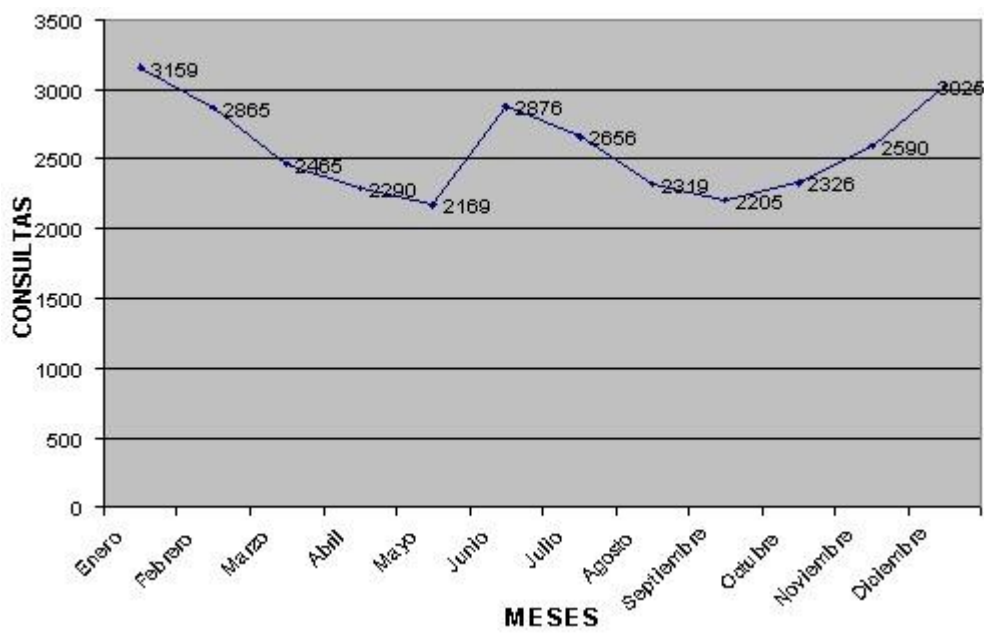
| Efecto       | Nº           | %          |
|--------------|--------------|------------|
| Asintomático | 14157        | 57         |
| Leve         | 6571         | 27         |
| Moderado     | 2326         | 9          |
| Severo       | 562          | 2          |
| Sin relación | 837          | 3          |
| Obito        | 14           | 0.1        |
| Desconocido  | 217          | 1          |
| <b>TOTAL</b> | <b>24674</b> | <b>100</b> |

Con respecto a los **Meses del Año** (Tabla 9 y Gráfico 2), se observó un aumento de las consultas durante los meses de calor si se compara con el resto del año; Diciembre 10% (3.025), Enero 10% (3.159), Febrero 9% (2.865). Luego se observa un pico durante los meses de Junio y Julio del 9% donde hace su aparición el frío, y con esto las intoxicaciones con Monóxido de Carbono.

**Tabla IX**  
Consultas por exposición a tóxicos según meses del año

| Meses        | Nº           | %          |
|--------------|--------------|------------|
| Enero        | 3159         | 10         |
| Febrero      | 2865         | 9          |
| Marzo        | 2465         | 8          |
| Abril        | 2290         | 7          |
| Mayo         | 2169         | 7          |
| Junio        | 2876         | 9          |
| Julio        | 2656         | 9          |
| Agosto       | 2319         | 7          |
| Septiembre   | 2205         | 7          |
| Octubre      | 2326         | 8          |
| Noviembre    | 2590         | 8          |
| Diciembre    | 3025         | 10         |
| <b>TOTAL</b> | <b>24467</b> | <b>100</b> |

**Gráfico 2**  
Consultas por exposición a tóxicos según meses del año



**GLOSARIO**

Las definiciones aquí mencionadas fueron tomadas del Instructivo para Registro de datos de Intoxicaciones que aparece en la Guía de CIAATs y LACTs de Argentina-1.999 del Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones del Ministerio de Salud, que fue elaborado dentro del marco de la Reunión de Prevención y Control de Intoxicaciones y Mitigación de Desastres por Sustancias Químicas - Rosario, Abril 1.999.

Dicho Instructivo, variables y categorías tomaron como base las del Proyecto INTOX del Programa Internacional de Seguridad Química (IPCS) de la OMS, a fin de armonizar categorías y obtener resultados comparables tanto a nivel nacional como internacional; así mismo se efectuaron algunas adaptaciones en función de la experiencia de registro de nuestro país.

**Accidental:** La mayoría de las exposiciones en niños, o adultos con equivocaciones con productos no medicamentosos (o medicamentos que no involucren error en su uso terapéutico).

**Accidente Químico:** Accidente en el cual se vea involucrada una sustancia química durante su embalaje, transporte, carga, descarga o almacenamiento.

**Adicción:** Uso inapropiado o incorrecto de sustancias adictivas para alcanzar un efecto psicotrópico, en forma regular y/o a dosis abusivas.

**Alimentaria:** Intoxicación alimentaria sospechada o confirmada, ingestión de alimentos contaminados con agentes tóxicos incluyendo microbios patógenos o sus productos metabólicos.

**Ambiental:** Cualquier exposición no ocupacional que resulte de la contaminación del agua, aire o suelo.

**Asesoramientos:** Consulta en la que se solicita información sin que exista incidente, evento o paciente expuesto.

**Asintomático:** El paciente no desarrolla signos ni síntomas post-exposición.

**CIAAT:** Centro de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica

**Consultorio Externo Toxicológico:** Paciente ambulatorio para controles o estudiar probable Intoxicación.

**Descartar Tóxico:** Se sospecha la exposición a tóxicos aun cuando no existan antecedentes.

**Desconocido Efecto:** No hay datos registrados o se desconoce signo/sintomatología del paciente.

**Desconocido:** Se desconoce la motivación de la exposición

**Error terapéutico:** El error es cometido por el paciente, familiar o tercera persona, y puede ser por equivocación en la dosis, intervalo o vía de administración, medicamento o persona equivocada. Se incluye interacciones medicamentosas, o con alimentos.

**Farmacológico Asesoramiento:** Información acerca de interacciones, dosis, presentaciones, precauciones, efectos adversos, contraindicaciones, drogas y embarazo o lactancia, etc.

**Guardia:** Ingreso del paciente por el Departamento de Emergencia, con manejo ambulatorio, u observación inferior a 24 horas.

**Hogar:** Lugar de residencia y exterior inmediato (jardín, garaje, patio)

**Iatrogenia:** El error es cometido por algún miembro del equipo de salud (médico, enfermera, farmacéutico), y puede ser por equivocación en la dosis, intervalo o vía de administración, sustancia administrada o persona equivocada. Se incluye interacciones medicamentosas.

**Incendio:** La exposición es producto de los tóxicos emanados de un incendio, como pueden ser gases asfixiantes, productos intermedios de la combustión de sustancias químicas, etc.

**Institución Privada:** Incluye Clínicas, Sanatorios, Mutuales, Hospital o consultorio privado, de Obra Social o de Medicina Prepaga.

**Institución Pública:** Incluye Hospital, Unidad Sanitaria, Centro de Salud, Sala de Primeros Auxilios, de jurisdicción Nacional, Provincial o Municipal.

**Intencional Motivación:** Exposición Voluntaria con o sin intención de daño.

**Interconsulta:** Paciente internado por otra causa, pero se sospecha causa tóxica coexistente, y se solicita descartar o confirmar.

**Internado:** Paciente que requiere internación en Unidad de Terapia Intensiva o Sala General.

**LACT:** Laboratorio de Análisis Clínico Toxicológico

**Leve:** Signo/sintomatología mínima, que se resuelve rápida y espontáneamente. Ej.: síntomas gastrointestinales autolimitados, mareos, irritación cutánea, quemadura de 1º grado, taquicardia sinusal sin hipotensión, tos transitoria.

**Mal uso Intencional:** Automedicación. No hay prescripción de un profesional médico.  
**Maliciosa/Delictiva:** La exposición es el resultado de una acción no consentida por el paciente, con o sin intención de daño por parte de otra persona.

**Medicación Folclórica:** Medicación casera, utilización de hierbas medicinales y/o otras practicas de medicina etnobotanicas o etnoantropológicas.

**Moderado:** El paciente presenta signo/sintomatología sin riesgo de vida, pero que necesita alguna forma de tratamiento. Se da como resultado de una exposición más pronunciada,

más prolongada, o con un tóxico de mayor compromiso sistémico, pero que no deja incapacidad o secuelas. Ej.: Abrasión corneal, alteraciones ácido-base, hipertermia, desorientación, hipotensión que responde rápidamente al tratamiento, convulsión breve aislada que responde rápidamente al tratamiento.

**No intencional Motivación:** Exposición sin intención de daño, o involuntaria.

**Obito:** El paciente fallece como resultado de la exposición o por una complicación directa de la exposición.

**Ocupacional:** La exposición ocurre con motivo o en circunstancia de su trabajo.

**Otros Asesoramientos:** Información bromatológica, alimentos en mal estado, Instituciones relacionadas con Tóxicos, etc.

**Otros Origen Consulta Telefónica:** Incluye Escuela, Lugar de Trabajo, Espacio Público, etc.

**Otra Motivación:** Cualquier circunstancia que no se incluya en las anteriores categorías.

**Personales:** Consulta del paciente que acude al Establecimiento Asistencial donde está radicado el CIAAT, con antecedente o sospecha de Exposición a Tóxicos

**Reacción adversa:** Evento adverso que ocurre con el uso normal y recomendado de un producto (Medicamento, no medicamento o alimento); se incluyen también los efectos no esperados por alergia, hipersensibilidad o respuesta idiosincrática a los ingredientes, excipientes, y/o aditivos.

**Severidad del Efecto:** Signo/sintomatología del paciente post-exposición según el Score de severidad del Programa Internacional de Seguridad Química IPCS (OMS/OIT/PNUMA)

**Severo:** El paciente presenta signos y síntomas con riesgo de vida, o que resultan de una incapacidad significativa. Ej.: Convulsiones repetitivas o estado epiléptico, compromiso respiratorio que requiere intubación, taquicardia ventricular con hipotensión, paro cardíaco o respiratorio, CID, estenosis esofágica.

**Sin Relación:** La exposición fue probablemente no responsable del efecto.

**Telefónicas:** Contacto telefónico para consultar acerca de paciente expuesto o con sospecha de Exposición a Tóxicos.

**Tentativa de Aborto:** Exposición a sustancias con intención de interrumpir embarazo en curso.

**Tentativa de Suicidio:** Exposición a sustancias con intención autodestructiva o manipulativa.

**Toxicológico Asesoramiento:** Solicitud de datos sobre productos, normas o procedimientos a los fines de prevenir una exposición, conocer grado de toxicidad de productos, elaborar una etiqueta, etc.

**Uso incorrecto:** Uso incorrecto de sustancias no medicamentosas. Ej: Mezcla de cáusticos y detergentes, desvío de uso de plaguicidas, instrucciones no seguidas.

**Veterinario Asesoramiento:** Información sobre el efecto de los productos tóxicos en animales y el uso de antídotos.