

Poder Judicial de Tucumán
Centro de Especialización y Capacitación Judicial
Curso: “Articulación Interdisciplinaria en el área forense”

Material de Trabajo
"Psiquiatría Forense"
Dr. Javier Osvaldo Cabello
Argentina

San Miguel de Tucumán, 18 y 19 de mayo de 2007*

* Prohibida la reproducción parcial y/o total del presente material. Reservados todos los derechos.

FUNDAMENTOS

Al profesional de nuestros días interesado en las ciencias del hombre, se le impone una compleja y difícil tarea: investigar la conducta humana en su anómala expresión así como sus disvaliosas consecuencias en un amplio y diverso contexto interaccional. El universitario, atraído por dichos objetivos, no puede ni debe prescindir de aquellos conocimientos inherentes a las enfermedades mentales y a los principios rectores que guían la acción humana en todos sus ámbitos. Ardua misión, al ponerse en contacto el pensamiento cultural normativo, propio del derecho, y el causal explicativo, propio de la medicina y de la psiquiatría clínica como disciplina en particular.

La psiquiatría forense, como rama de la medicina legal, tal cual vaso comunicante, facilita el camino al logro de dicha convivencia. Interactuando y facilitando la integración de ambas ciencias en su devenir teórico y práctico, con el único y firme propósito de colaborar en la búsqueda de la verdad asesorando al codificador, ya sea en los términos de imputabilidad en el derecho penal o de incapacidad psíquica en el marco del derecho civil.

Es por ello, que el profesional médico así como el abogado, no puede ni debe soslayar en su formación universitaria los conocimientos propios de la psiquiatría forense; profundizando, por su intermedio, el aprendizaje en el área de la salud mental y su aplicación en los distintos fueros que componen la justicia nacional.

Bibliografía recomendada:

1. Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Madrid. Editorial Salvat. Tercera edición. Año 1996.
2. Harold I. Kaplan. Benjamin J. Sadok. Tratado de Psiquiatría IV. USA. Editorial InterMédica. Sexta edición 1995.
3. Santiago Bueno y otros. Psiquiatría Legal y Forense. Madrid. Editorial Codex. Año 1994.
4. Marco Rive y otros. Psiquiatría Forense. Madrid. Editorial Salvat. Año 1997.
5. Tavella Riu. Psiquiatría Forense. República Argentina. Editorial Macchi. Año 1998
6. Cabello Vicente. Psiquiatría Forense y Derecho Penal. República Argentina. Editorial Hamurabi, Año 2000
7. Cabello Javier Osvaldo. Clasificación de las enfermedades mentales para no especialistas
Editorial Belgrano. Año 1999.

CAPÍTULO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

ESFERA INTELECTUAL

I) ATENCIÓN

Definición y generalidades

- 1) La atención es una actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo que pasa a ocupar el punto de mayor concentración en la conciencia
- 2) La atención mantiene a la personalidad en estado de alerta, para su perfecta adaptación a los mundos externos.
- 3) “Prestar atención” significa colocar el objetivo en el punto de mayor concentración de la conciencia
- 4) La atención es inseparable de lo afectivo, se atiende con mayor solicitud lo que más interesa emocionalmente.
- 5) La atención es movida por el estímulo afectivo en forma de interés
La voluntad participa en gran escala en el acto de atender. La atención aumenta la claridad del objetivo sobre el que se fija voluntariamente.
- 6) La atención voluntaria obliga a reparar tanto en las cosas agradables como en las desagradables.
- 7) La reflexión es la atención voluntaria introvertida hacia las ideas, pensamientos y sentimientos.

Efectos de la atención

- a) La atención aumenta la claridad del objetivo. Es un instrumento de análisis.
- b) Favorece la memoria estimulando la fijación.
- c) La concentración atenta es el primer paso hacia las elaboraciones psíquicas.

Formas o tipos de atención

Atención espontánea: es la más natural y simple, llamada refleja o sensorial, pues es requerida por toda la estimulación interna o externa.

Atención voluntaria: constituye un grado más intenso y avanzado, la voluntad lleva a la concentración psíquica sostenida sobre un objetivo.

Psicopatología de la atención

Las perturbaciones son esencialmente cuantitativas, la capacidad de atención se halla supeditada a la cantidad de energía psíquica que se dispense.

- a) *Aprosexia:* consiste en la falta total de la atención. Se halla en estados de coma, en los estados estuporosos profundos y graves.
- b) *Hipoprosexia:* disminución de la capacidad atenta. Se encuentra en aquellos casos donde hay poco vigor psíquico. Oligofrenias, demencias y confusos.

c) *Paraprosxia*: aumento de la atención espontánea sobre la voluntaria.

II) SENSOPERCEPCIÓN

Definición y generalidades

- 1) La sensopercepción permite adquirir todo el material del conocimiento procedente del mundo exterior y del mundo interior físico y mental.
- 2) Se requiere la participación activa de todos los sentidos, de los externos - gusto, olfato, tacto, vista y oído -, de los internos -cenestésico y cinético- y de la orientación y de la percepción del mundo mental por medio de la conciencia.

Sensación: constituye el elemento primario básico de la sensopercepción.

Es el registro en la conciencia de la estimulación producida en cualquiera de los aparatos sensoriales que, por vías centrípetas, es conducida a la corteza. Ejemplo: la imagen visual de un objeto, una voz, etc.

Percepción: es la sensación registrada y elaborada en los centros perceptivos en los que se efectúa su interpretación y comprensión (representación mental).

Imágenes sensoperceptivas normales:

Imagen es la representación psíquica de un objeto registrado por la conciencia a través de un mecanismo sensoperceptivo.

a) *Imagen sensorial*: Es la imagen obtenida por la observación directa del objeto, cuyos caracteres son: nitidez, corporeidad, fijeza, extrayección, no influenciable.

b) *Imagen mnemónica*: es la imagen de recuerdo evocado por la memoria. Muy inestable e influenciable por la voluntad y emoción.

c) *Imagen fantástica*: también llamada confabulatoria. Es una creación producto de la imaginación.

e) *Imagen eidética*: también llamada intuitiva. Extrayección condicionada. Doble influenciabilidad: endógena y exógena.

f) *Imagen onírica*: forma el contenido del ensueño de origen mnemónico o imaginativo.

g) *Imagen pareidólica*: creada por la fantasía y originada en imágenes reales que agrupadas de diversas maneras constituyen una nueva imagen.

Psicopatología

Alteraciones cualitativas

a) *Ilusiones*: es la percepción falseada o deformada de un objeto real.

b) *Alucinaciones*: es una alteración perceptiva producto de la elaboración de un juicio interferido y desviado que crea una viva representación originada en una imagen del recuerdo o de la fantasía, proyectada al exterior, siendo aceptada como real. Percepción sin objeto real.

Clasificación

- 1) *Alucinaciones sensoriales*: se producen en los cinco aparatos sensoriales. Alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, gustativas, táctiles.
- 2) *Alucinaciones cenestésicas*: se refieren a los sentidos internos, hipocondríacos melancólicos y neuróticos.
- 3) *Alucinaciones cinéticas*: sensación de movimiento parcial o total del cuerpo.

Otras alteraciones perceptivas

- a) *Pseudoalucinaciones*: representaciones mentales que secundariamente se proyectan al campo sensorio-perceptivo.
- b) *Alucinaciones psíquicas*: representación sin exteriorización, conciencia que se producen en el cerebro (palabras o pensamientos que imparten órdenes)
- c) *Alucinosis*: estado alucinatorio persistente que no despierta ninguna interpretación del fenómeno.
- d) *Alucinaciones hipnagógicas*: cuando disminuye la lucidez de la conciencia, paso de la vigilia al sueño, fatiga, estrés, etc..

III) MEMORIA

Concepto y generalidades

- 1) La memoria es la actividad psíquica que permite fijar, conservar y evocar las vivencias que han impresionado a la conciencia, que las reconoce como elementos registrados con anterioridad.
- 2) La memoria es indispensable para la continuidad de la vida psíquica.
- 3) Su debilitamiento incide sobre la integridad de la persona.
- 4) Por la ordenación cronológica transmite al hombre la noción de tiempo y le permite proyectarse al porvenir.

Fases evolutivas del proceso de la memoria

Son cuatro, de fijación, conservación, evocación, reconocimiento y localización.

Memoria de fijación: efectúa la captación de los materiales externos e internos, la elaboración perceptiva y la fijación en los centros mnemónicos correspondientes.

La capacidad de fijación: es el número de imágenes o ideas posibles de ser fijadas en un solo acto de atención. Varía según las personas, la intensidad del estímulo, el interés atento, la edad, etc.

Memoria de conservación: efectúa el almacenamiento y conservación de los elementos fijados.

Memoria de evocación: actualiza los recuerdos reproduciéndolos en la conciencia bajo la forma de "imágenes mnemónicas".

La evocación se realiza por un mecanismo consciente y voluntario que implica un esfuerzo mental.

Memoria hábito: se genera por el mecanismo consciente y espontáneo, donde los recuerdos surgen sin la intervención de la voluntad y por evocación automática e

inconsciente. Se utiliza para la ejecución de actos.

La fatiga y los actos emocionales dificultan o inhiben la evocación.

Memoria de reconocimiento y de localización: Se efectúa la identificación del hecho evocado agregando a la imagen mnemónica todos los atributos que pertenecen a la imagen real que ha sido registrada. Interviene en el mecanismo asociativo. Se localiza el recuerdo en el tiempo y en el espacio.

Olvido: Es la desaparición o disminución de la nitidez de un recuerdo. Fenómeno normal. El olvido no sólo permite satisfacer la demanda de almacenamiento de la memoria sino también estimula el esfuerzo para la evocación.

Psicopatología de la memoria

Alteraciones cuantitativas

Amnesias: pérdida parcial o total de los recuerdos de una época de la vida

Amnesias parciales: afecta aspectos muy limitados de los recuerdos.

Amnesias totales: extensivas a todos los elementos del conocimiento.

1) *Amnesia anterógrada o de fijación:* incapacidad para fijar los estímulos, imposibilidad para evocar hechos recientes. Se conservan los antiguos.

2) *Amnesia retrógrada o de evocación:* dificultad para actualizar un viejo recuerdo que fue evocado fácilmente en oportunidades anteriores.

3) *Amnesia retroanterógrada o global:* afecta a la de fijación y a la de evocación. Produce desorientación y fallas de comprensión.

4) *Hipomnesias:* disminución de la capacidad mnemónica por dificultad de la fijación y evocación (neurosis, fatiga, insuficiencia)

5) *Hipermnesias:* aumento o hiperactividad de la memoria por una mayor facilidad de la fase de evocación (normal para gente entrenada, patológico en las manías y síndromes delirantes).

6) *Disimnesias:* disminución característica de la memoria, es una falla evocativa, las vivencias se evocan en forma caprichosa y alternante.

Alteraciones cualitativas

Reciben la nominación general de paramnesias. Son falsos reconocimientos, recuerdos inexactos, no ajustados a la realidad.

Fenómeno de lo ya visto: Sensación que una vivencia nueva ya ha sido experimentada con anterioridad. Generalmente se produce por fatiga psíquica, se acompaña por sensación de extrañeza.

Fenómeno de lo nunca visto: Impresión de no haber visto nunca algo que en realidad es bien conocido

Ilusión de la memoria: deformación de un recuerdo por el agregado de detalles inexactos creados por la fantasía.

Alucinación de la memoria: Evocación sin recuerdo. Actualización de vivencias que nunca fueron experimentadas ni registradas por la conciencia.

Criptomnesia: recuerdo que pierde el carácter de tal en el momento de su evocación,

no se pierde porque se puede actualizar, pero se olvida su registro anterior.
Ecmnesia: intensa y vívida actualización de los recuerdos de una época, el enfermo se transporta y cree vivir en ella.

IV) CONCIENCIA

Concepto y generalidades

La conciencia es una superestructura psicológica por la cual se adquiere conocimiento de sí mismo y se es informado de cuánto acontece fuera de sí.

La conciencia informa al hombre:

- 1) De lo que ocurre en el mundo externo, captado por los aparatos sensoriales externos.
- 2) De lo que ocurre en el mundo interior captado por los aparatos sensoriales internos.
- 3) De lo que ocurre en el mundo psíquico, elaboración del pensamiento, captado por la conciencia misma.

La conciencia es constantemente móvil y mutable, los persistentes registros de las innumerables captaciones se llaman “estados de conciencia”. A ella llegan la totalidad de los fenómenos vitales, somáticos y psíquicos, es el registro permanente de la existencia del individuo

Hace posible el conocimiento del mundo interior, exterior y del psicológico, permitiendo la noción del “yo” y de su orientación temporoespacial.

Campo de la conciencia

Comprende todo el ámbito capaz de ser abarcado por la conciencia.

Zona consciente: la de mayor precisión y nitidez: centro o foco de la conciencia.

Es la más reducida, solo abarca limitados objetivos (entre tres y cinco). Las elaboraciones psíquicas alcanzan en ella su mayor nitidez.

Zona subconsciente: se encuentra por fuera del foco de la conciencia, la nitidez de los objetivos e imágenes decrecen a medida que se alejan del centro.

Algunas creaciones son producto de elaboraciones subconscientes, pero deben pasar al consciente para ser aceptadas y registradas previo razonamiento.

Zona inconsciente: se halla por fuera de la zona subconsciente. Su actividad no es percibida por el “yo”. Existen manifestaciones imprevistas y sorpresivas que revelan su existencia. Todo lo que la consciencia registra pasa a integrar parte de la vida psicológica inconsciente.

Psicopatología de la conciencia

Diversas circunstancias patológicas pueden empañar con mayor o menor intensidad la lucidez de la conciencia.

Obnubilación de la conciencia: enturbamiento que alcanza diferentes grados de

intensidad, desde el retardo de las elaboraciones hasta la supresión completa de la actividad psíquica.

Grados de obnubilación

1) *Embotamiento o torpeza*: es la forma más leve. Se observa en casos de fatiga muy intensa. Se entorpece la actividad psíquica

2) *Somnolencia*: dificultad perceptiva con gran propensión al sueño. Se observa en los comienzos de la confusión mental.

3) *Coma*: grado extremo de obnubilación, pérdida completa de la conciencia. Se observa en caso de traumatismos craneales, procesos infecciosos, alcoholismo, etc.

Estrechamiento de la conciencia: retracción del campo de la conciencia.

Las manifestaciones psíquicas quedan inactivas y la conciencia del mundo exterior muy reducida, conservando la personalidad algunas actividades de orden motor. La memoria se encuentra imposibilitada de fijar. Se observa en las neurosis histéricas y estados emocionales

Estado crepuscular: Percepción entorpecida incompletamente, se perciben y comprenden situaciones simples. La complejidad lleva a la incoherencia e incompreensión. Se observa en la confusión mental y en la epilepsia.

V) ORIENTACIÓN

Concepto, generalidades

Es un complejo de funciones psíquicas principalmente perceptivas, en virtud de las cuales tenemos conciencia en cada momento de nuestra vida de la situación real en que nos hallamos.

Depende directamente de la lucidez de la conciencia, que permite la ubicación en cada uno de los instantes de la vida.

Clasificación

a) *Orientación autopsíquica*: conocimiento de la propia personalidad y de su evolución a través del tiempo.

b) *Orientación en el tiempo*: noción del presente, pasado y futuro.

c) *Orientación en el espacio*: noción de las magnitudes y del ámbito o espacio en que el hombre actúa y se mueve.

VI) ESFERA AFECTIVA

Conceptos y generalidades

La afectividad es el engranaje que impulsa toda la vida psicológica.

Los estados afectivos se encuentran generalmente en polos opuestos, son agradables o desagradables, oscilan entre los dos extremos, el placer o displacer.

Impregna toda la vida de la personalidad pues participa de todas las elaboraciones intelectuales y de la actividad general. Condiciona la conducta.
La afectividad tiene un origen en común con el instinto (núcleo instintivo-afectivo).

Contenido de los estados afectivos

Constituido por las emociones, los sentimientos y pasiones.

Emociones: es un cambio brusco y más o menos súbito y transitorio del humor o estado de ánimo.

Se clasifican en emociones primarias o simples y emociones secundarias y complejas.

a) Emociones primarias simples

Tienen gran repercusión somática y psíquica, responde al imperio del instinto, responden con gran descarga catecolamínica.

Son tres, miedo, cólera y amor.

Miedo: sensación subjetiva de achicamiento reducción del ámbito personal, que puede llegar a la anulación completa y pérdida del conocimiento (reacción catastrófica).
Actitud correspondiente: la huida.

Cólera: Sensación subjetiva de aumento del ámbito personal. Actitud correspondiente: ataque y destrucción.

Amor: sensación subjetiva de expansión y proyección al exterior. Reacciones somáticas más atenuadas que en los casos anteriores. Actitud correspondiente: acercamiento al objetivo desencadenante de la emoción.

b) Emociones secundarias complejas

Angustia y ansiedad: emociones complejas displacenteras. La angustia tiene un contenido somático producto de las catecolaminas. Ambos se acompañan de síntomas propios al sistema neurovegetativo.

Pena: emoción compleja displacentera, congoja, aflicción, tristeza.

Disgusto: pena o aflicción con el agregado de algo de enojo, inquietud, fastidio.

Otras emociones complejas displacenteras; susto, horror, vergüenza, repugnancia.

Emociones complejas placenteras: alegría, felicidad, optimismo, satisfacción.

Sentimientos: es un estado afectivo elaborado en la conciencia mediante el aporte del juicio y del razonamiento que le confieren los caracteres de estabilidad, subjetividad y especificidad individual. Hay sentimientos egoístas, altruistas, etc.

Pasiones: la pasión es un estado afectivo intelectualizado, de gran persistencia, que en ocasiones puede hacerse permanente. Tiene gran impregnación sentimental condicionando la vida y en parte la conducta del individuo.

Psicopatología de la afectividad

La afectividad puede presentar alteraciones patológicas de orden cuantitativo y del cualitativo

a) Alteraciones cuantitativas, a saber:

Hipertimia: exaltación de la afectividad, placentera o displacentera.

Hipertimia placentera: euforia simple, manía e hipomanía.

Hipertimia displacentera: depresión simple.

Hipotimia: disminución del potencial afectivo. Hay escasa resonancia afectiva.

Atimia: falta absoluta de reacción afectiva.

b) Alteraciones cualitativas

Tenacidad: persistencia y fijación patológica de determinados estados afectivos (epilépticos).

Labilidad: cambios bruscos y repentinos en el humor sin causa justificable. Se observa en los niños, oligofrénicos, dementes, en histéricos y distímicos.

Incontinencia: incapacidad de contener las reacciones emocionales, aún las desencadenadas por estímulos pequeños (oligofrénicos y dementes).

Ambivalencia: sentimientos opuestos vivenciados simultáneamente en la misma persona (esquizofrénicos).

Perplejidad: sentimiento complejo en el que intervienen la extrañeza, el desconcierto, el asombro y la desconfianza (confusos, esquizofrénicos, melancólicos).

Neotimias: sentimientos nuevos, extraños y fuera de lo común (esquizofrénicos y melancólicos).

Catatimia: estado de intenso colorido afectivo que embarga la psique provocando la interferencia de los juicios (paranoia, esquizofrenia).

VII) ESFERA VOLITIVA

Voluntad

Concepto, generalidades

La voluntad representa el potencial dinámico que traduce en actos nuestros pensamientos y sentimientos previa deliberación de la inteligencia para decidirse a obrar, cuando uno y otro se han convertido en voliciones.

Naturaleza de la voluntad

La voluntad nace del querer y del desear, volición y apetito que deben tener un fin y que han sido objeto del conocimiento, aunque la comprensión sea más o menos perfecta.

Tendencia: es un apetito natural arraigado a lo orgánico y ligado a lo instintivo, que se da en todos los seres humanos y carece de carácter racional.

La inclinación: posee un fin determinado, aunque este fin no es objeto de conocimiento, pues generalmente se intuye y suele presentarse como incentivo.

Deseo: se traduce en un almacenamiento en nuestra imaginación de representaciones mentales de algo mejor.

La volición: representa un apetito o deseo que de alguna manera ha sido objeto del conocimiento y cuya consecución conlleva alguna dificultad. La voluntad humana es un apetito racional.

Proceso de la volición racional: La decisión a la acción racional es el resultado de la lucha entre las tendencias y los motivos y el conocimiento de las consecuencias de la volición.

Proceso voluntario, sus etapas

a) *Concentración*: el yo se posesiona de sí mismo, reuniendo todas sus capacidades alrededor del objeto ofrecido.

- b) *Diferenciación*: momento de luchas entre las diferentes ideas o de afectos en el campo de la conciencia con el fin de conseguir de uno de ellas o de ellos el predominio sobre las otras e incitar de su lado la voluntad (deliberación y elección).
- c) *Determinación o resolución*: con la cual se cierra el ciclo volitivo, pues **en** la *ejecución* de la voluntad, acto específico de la misma, mediante el cual se pone en movimiento una actividad orgánica o psíquica

Tipos de actos:

- a) *Acto instintivo*: perfecto, sin necesidad de aprendizaje previo, resultado de una disposición hereditaria filogenética, específico y común a la especie.
- b) *Acto habitual*: resultado de un largo aprendizaje por repetición de los mismos movimientos que permite alcanzar un alto grado de perfección, no pertenece a la filogenia sino al individuo.
- c) *Acto voluntario o actividad* es el resultado de un apetito racional, llevado a la acción mediante una deliberación, elección y ejecución posterior.

Psicopatología de la voluntad

Alteraciones en el período de elaboración

Cuantitativas:

- a) *Abulia*: falta de deseos y decisiones.
- b) *Hipobulia*: disminución de la actividad voluntaria, es un grado menos de la abulia.
- c) *Hiperbulia*: aumento de la actividad voluntaria, se observa como mayor rendimiento en las acciones.

Cualitativas

- a) *Impulsos*: actos descontrolados que escapan a la voluntad. Respuesta instintiva. Es el pasaje de la tendencia al acto sin oposición del yo, irresistible, involuntario y sin representación de finalidad (ausencia de finalidad comprensible o utilitaria).
- b) *Compulsiones*: estados patológicos originados por dos fuerzas opuestas, el deseo o tendencia que produce un impulso morboso y la resistencia del individuo a su ejecución, se acompaña de las ideas obsesivas.

Alteraciones en el período de ejecución o actividad.

- a) *Apraxias*: imposibilidad de ejecutar actos adecuados el objetivo, sin que haya parálisis, ni ataxia ni agnosia.
- b) *Ecopraxias*: Imitación de actos que realizan otras personas (oligofrénicos y esquizofrénicos).
- c) *Amaneramiento*: falta de simplicidad y espontaneidad en los actos, por el agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución corriente (esquizofrénicos, melancólicos, histeria).
- d) *Extravagancias y estereotipias*: el primero se entiende como exageración del amaneramiento. El segundo como extravagancia repetida persistentemente.
- e) *Intercepción cinética*: interrupción brusca de un acto o movimiento en su ejecución
- f) *Negativismo*: resistencia a cambiar de actitud o a ejecutar cualquier acto o movimiento (catatonía, melancólicos, histeria).
- g) *Obediencia automática*: obediencia y ejecución automática y pasiva de todos los

actos y movimientos sugeridos.

h) *Flexibilidad c rea*: también llamada catalepsia. Blandura y plasticidad muscular que permite la exageración y persistencia de la actividad postural.

ACTIVIDADES QUE INTERVIENEN EN LA ELABORACIÓN DEL PENSAMIENTO

VIII) IDEACIÓN

Concepto y generalidades

1) La ideación es el mecanismo mental por el cual se hace el aporte de las ideas al campo de la conciencia para la elaboración del pensamiento.

2) Participa toda la psique, la atención introvertida que auxilia a la memoria en la búsqueda de las ideas, reclamadas por el pensamiento mediante el mecanismo asociativo.

3) Las ideas constituyen los elementos que el juicio y el raciocinio utilizan para cristalizar y dar curso al pensamiento.

4) Las ideas acuden a la conciencia no en forma arbitraria sino de acuerdo con un orden y con una finalidad determinados por el tema o contenido del pensamiento.

Idea: Significa conocimiento puro y razonado - elaboración mental- que permite la comprensión de todas las cosas. Es el conocimiento que se tiene de las cosas y de los seres del mundo objetivo y del mundo de los valores.

Un conocimiento es siempre resultado de determinados juicios, los que intervienen en la elaboración y comprensión.

Capital ideativo: está conformado por el conjunto de los conocimientos o ideas adquiridos a lo largo de la vida.

La cantidad y calidad de las ideas depende de la capacidad intelectual.

Clasificación de las ideas

Ideas concretas: las que se originan en la fuente sensorial por observación y contacto directo con el mundo objetivo. Se elaboran mediante la formación de imágenes an micas inmediatas a su percepción.

Ideas símbolos: es un signo o señal por medio del cual se hace posible la representación mental de las ideas.

Es la evolución de las ideas por el paso de la imagen an mica individual sensorio-perceptiva a la imagen genérica o simbólica, que aumenta la distancia entre el objeto y sujeto. Es un paso previo a la idea abstracta. Ya no se trata de la imagen an mica inmediata a su percepción, sino de una imagen mediata producto de una elaboración mental y que, en parte, nos aleja de la objetivación directa.

El símbolo es creado para facilitar la transición entre una y otra imagen.

a) *Símbolos visuales*: lenguaje escrito o mímico.

b) *Símbolos auditivos*: palabra, ruidos, silbidos.

Ideas mágicas: marcan el paso de lo concreto a lo abstracto, se basan en los principios que sustentan el pensamiento global.

Se adaptan a los siguientes principios:

a) Cuando dos cosas son parecidas o presentan caracteres similares se las considera dotadas de las mismas propiedades.

b) La proximidad de dos objetos, aún cuando sean totalmente diferentes, determina que se los considere recíprocamente influenciados, adquiriendo uno las propiedades del otro y viceversa.

Los conocimientos así adquiridos son defectuosos porque no surgen de un pensamiento analítico sino global o por semejanza.

Ideas abstractas: son las de mayor jerarquía. Se elaboran mediante un pensamiento analítico que permite realizar importantes abstracciones que conducen a mayores abstracciones.

Ideas creencias: conocimientos aceptados como verdaderos o probables sin comprobación científica (artículo de fe). Se hallan en suspenso y sujetos a la revisión crítica en cualquier momento.

Ideas intuitivas: conocimiento de aparición súbita, con apariencia de verdades puras. Nace probablemente de una elaboración subconsciente de los materiales de nuestro propio saber.

Psicopatología

1) Alteraciones cuantitativas

Ideación normal: sigue el ritmo propio de cada psique y de acuerdo con una ordenación determinada.

Ideación retardada: disminuye el ritmo de las elaboraciones psíquicas, confusión mental, demencias, oligofrenias, etc.

Ideación acelerada: aumento del ritmo de ideas, se observa en la excitación psíquica.

2) Alteraciones cualitativas

Ideas patológicas: formadas por el mismo capital de las ideas normales, vigorizadas por una sobrecarga emocional que produce estados afectivos capaces de perturbar la psiquis convirtiéndose en patológica, surgen a partir de un juicio desviado.

a) *Idea delirante:* es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, es irreductible.

Clasificación:

Delirantes verosímiles o inverosímiles

Delirantes placenteras o displacenteras.

b) *Idea obsesiva:* Idea errónea reconocida por el enfermo, no condiciona la conducta o sólo lo hace en parte, es egodistónica y el paciente lucha contra ella generando angustia. Nace del núcleo instintivo afectivo, perturba el pensamiento pero no desvía el juicio.

c) *Ideas sobrevaloradas:* originada en sentimientos impersonales, la sobrecarga afectiva origina estados pasionales e ideas sobrevaloradas. Es creada por un juicio parcialmente interferido por estados emocionales, surgidos de las creencias y conceptos religiosos, filosóficos, científicos, etc.

d) *Idea fija:* es una idea que persiste en la conciencia. No perturba el pensamiento,

no condiciona la conducta, idea parásita.

IX) ASOCIACIÓN DE IDEAS

Concepto y generalidades

La asociación de ideas es el mecanismo que relaciona, conecta y encadena las ideas y representaciones mentales. Es el primer paso importante hacia la elaboración del pensamiento.

Leyes asociativas:

- 1) *Ley de asociación por contigüidad temporal:* hechos o estímulos registrados en un mismo momento o acto perceptivo.
- 2) *Ley de asociación por contigüidad espacial:* hechos o estímulos captados en un mismo espacio.
- 3) *Ley de asociación por semejanza externa:* cuando tienen entre sí alguna semejanza relacionada con sus caracteres externos.
- 4) *Ley de asociación por semejanza interna:* cuando tienen en común los significados de sus cualidades o propiedades.
- 5) *Ley por asociación por contraste:* la asociación se hace cuando un hecho o fenómeno es lo opuesto a otro.

Psicopatología

Alteraciones en el ritmo:

Ritmo normal: es el que permite seguir el curso de un pensamiento elaborado en forma lógica formal. Las variantes dependen del “tempo psíquico” de cada individuo.

Ritmo retardado: retardo del tiempo psíquico. Disminuyen las asociaciones por unidad de tiempo. Hay dificultad para hallar los conceptos o términos que han de formar la cadena asociativa.

Ritmo acelerado: tiempo psíquico acelerado. Asociación de ideas rápidas y fugaces. Fuga de ideas.

Incoherencia asociativa: no es posible sostener la asociación de ideas por alteraciones en la atención y orientación. Enturbamiento de la conciencia.

X) JUICIO

Concepto y generalidades

- 1) Es la actividad psíquica mediante la cual se realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión entre las ideas y conocimientos.
- 2) Un juicio es siempre la afirmación de una verdad y hace posible la aceptación y adquisición de un conocimiento.

Etapas

- 1) *Etapas de elaboración:* se hace relación e identificación de los conocimientos.
- 2) *Etapas crítica:* se hacen las comparaciones y la selección de conocimientos aportados a la conciencia. Posteriormente se hace la valoración de todo lo seleccionado, para llegar a una conclusión definitiva

El juicio realiza un análisis minucioso antes de resumir sus conclusiones en una

síntesis.

Psicopatología

1) Alteraciones cuantitativas:

Juicio insuficiente: no se ha desarrollado.

Juicio debilitado: disminuido o deficiente con respecto a su capacidad anterior.

Juicio suspendido: Limitado o dificultada su función.

2) Alteraciones cualitativas

Juicio desviado: interferencia del juicio debido a diferentes factores psicopatológicos.

XI) RACIOCINIO O RAZONAMIENTO

Concepto y generalidades

El razonamiento encadena los juicios entre sí en una relación de directa dependencia, su finalidad es comprobar y demostrar su finalidad.

Establece comparaciones entre los juicios cuyas similitudes permiten efectuar abstracciones de término, lo que verdad en un término lo es también en los otros.

La comparaciones puede ser globales: el razonamiento no descompone los términos para hallar los caracteres y cualidades de cada una de las partes. Se expone a numerosos errores.

Comparaciones analíticas: pertenecen a un razonamiento lógico, se hace el análisis de las partes investigando sus caracteres y atributos.

XII) PENSAMIENTO

Concepto y generalidades

El pensamiento es la más jerarquizada manifestación de la mente, su finalidad es la de comprensión, entendimiento y facilitación de las relaciones intrahumanas y la expresión, a través de la capacidad intelectual de cada individuo, de la sabiduría secular y universal.

Tiene un contenido conformado por la idea directriz, que es el conocimiento que ha de elaborarse. Esta es la finalidad que ha de alcanzarse a través de una serie de juicios y razonamientos entre ideas afines, así se establece el curso.

El pensamiento es resultado de una elaboración consciente.

Tipos de pensamientos:

1) *Pensamiento mágico:* Propio del niño, del hombre de escasa evolución y de los pueblos primitivos.

Se relaciona el mundo mágico, todo lo que acontece se halla en relación y dependencia de las fuerzas de la naturaleza.

Sus bases son:

a) Dos objetos parecidos o que presentan algún punto de semejanza, se consideran dotados de iguales propiedades.

b) Dos objetos aunque sean totalmente diferentes, si se hallan en contacto o próximos se consideran influenciados mutuamente, adquiriendo cada uno la propiedad del otro.

2) *Pensamiento lógico*

Es el que se elabora mediante el pensamiento analítico que se basa en tres principios:

- a) Principio de la no contradicción: sustentado por el razonamiento por deducción “una cosa no puede ser más que ella misma, en un mismo momento y bajo las mismas condiciones”.
- b) Principio de determinación o de legalidad: propiciado por el razonamiento de inducción “toda modificación que una cosa experimenta se halla sujeta a condiciones bien determinadas, o sea que está regida por una o más leyes”.
- c) Principio de finalidad: sostenido por el razonamiento por analogía: “la convergencia y reunión de determinadas condiciones favorece un fin consciente o inconscientemente perseguido”.

Psicopatología

Se registran alteraciones en el curso y contenido

Alteraciones en el curso:

- a) *Aceleración del pensamiento:* se da en los casos de aceleramiento del ritmo psíquico.
- b) *Retardo del pensamiento:* se da en los casos de retardo del ritmo psíquico.
- c) *Prolijidad o minuciosidad del pensamiento:* incapacidad de extraer los contenidos mentales esenciales para alcanzar la finalidad. Débiles mentales, epilépticos y dementes.
- d) *Perseverancia del pensamiento:* repetición periódica y automática de palabras que se intercalan en el curso, personas normales por fatiga psíquica o por intoxicación por el alcohol, psico-orgánicos.
- e) *Intercepción del pensamiento:* interrupción brusca del curso que se reinicia instantes después retomando el curso anterior o a menudo un curso diferente. Esquizofrenia.
- f) *Rigidez del pensamiento:* adhesión o persistencia patológica a una idea. Hay resistencia para abandonarla llegando a condicionar los actos del pensamiento. Esquizofrenia.
- g) *Estereotipia del pensamiento:* repetición continuada de palabras o frases que se intercalan en el curso del pensamiento y no participan del tema del mismo. Esto lo distingue de la preservación.
- h) *Verbigeración del pensamiento:* repetición de las mismas palabras o frases en períodos de tiempo más o menos prolongados. No participa del pensamiento, sin sentido ni lógica, se da en casos de las demencias y confusos.
- i) *Disgregación del pensamiento:* pierde su finalidad lógica porque la idea directriz carece de capacidad para mantener y condicionar el curso del pensamiento. Esquizofrenia y Demencias.

Alteraciones del contenido

- a) *Pensamiento incoherente:* se da en los casos que se pierde la lucidez de la conciencia, la cual no controla el mecanismo asociativa que escapa a las leyes lógicas normales.
- b) *Pensamiento delirante:* el contenido del pensamiento se encuentra conformado por ideas o concepciones delirantes.
- c) *Pensamiento obsesivo:* se encuentra integrado por las ideas obsesivas.

XIII) IMAGINACIÓN

Concepto y generalidades

Actividad psíquica que participa en la elaboración del pensamiento. Tiene íntima relación con la memoria de evocación y de fijación.

La imaginación: es una forma de elaboración del pensamiento que ordena, enlaza y coordina en múltiples combinaciones los elementos preexistentes del capital cognoscitivo personal evocados por la memoria para dar forma a cosas nuevas y concepciones originales, cada vez más perfectas hasta culminar en las creaciones geniales de la invención y de la inspiración.

Tipos

a) *Imaginación reproductora:* es la evocación del conocimiento que se someten a múltiples elaboraciones para reproducirse con mayor grado de perfección y configurar concepciones de mayor jerarquía, es la forma más frecuente.

b) *Imaginación creadora:* encauza el pensamiento hacia nuevos enfoques y combinaciones originales del material del propio pensamiento. Depende de la inteligencia.

Psicopatología

1) *Alteraciones cuantitativas:*

a) *Imaginación aumentada:* en la excitación psicomotriz.

b) *Imaginación disminuida:* en todos los casos de inhibición.

2) *Alteraciones cualitativas:*

Cuando el juicio no controla eficazmente la imaginación se desborda y cae en la fantasía y en la fabulación

Fabulación: elaboración falsa de carácter patológico. Hiperproducción imaginaria fuera de contexto, tiempo y lugar.

Mentira: elaboración imaginativa falsa no patológica.

XIV) LENGUAJE

Concepto y generalidades

Es la forma de actividad psíquica que se manifiesta por el conjunto de sonidos articulados y de signos convencionales, por intermedio de los cuales se hace posible la vida de relación y el entendimiento entre las personas, pues son el vehículo de expresión del pensamiento y de la exteriorización de los deseos y afectos. Puede ser lenguaje escrito u oral.

Psicopatología

Alteraciones del lenguaje oral

1) *Causas orgánicas*

a) *Disartria:* alteración en la articulación de la palabras, oligofrenia, intoxicación etílica.

b) *Dislalia:* trastornos de pronunciación por malformación de la zona de fonación.

c) *Afasia:* pérdida del lenguaje hablado o escrito con conservación del sensorio y sin impotencias musculares.

Afasia de Wernike: “sensorial o de comprensión”

Afasia de Broca: “motriz”.

d) *Disfemia*: alteración en la emisión de la palabra, integridad de los órganos de la expresión (tartamudeo, balbuceo).

2) *Por causas psicológicas*

a) *Disfonías*: alteraciones del tono y timbre de voz por causas que radican en el aparato fonador.

b) *Taquilalia*: verborrea, aceleración del ritmo de emisión de las palabras.

c) *Bradilalia*: disminución del ritmo de emisión de las palabras.

d) *Verbigeración*: repetición de frases sin sentido y carentes de lógica.

e) *Mutismo*: silencio motivado por causas múltiples, negativismo, tristeza, simuladores, delirantes, etc.

f) *Musitación*: murmurar constantemente.

g) *Monólogos*: hablar monologando en voz alta y gesticulando.

h) *Neologismos*: creación o deformación de palabras sólo comprensible para el enfermo, absurdo para el lenguaje corriente.

i) *Jergafasia*: emisión continua de palabras sin hilación lógica, lenguaje incoherente, ensalada de palabras.

j) *Ecolalia*: repetición anormal y continua de un vocablo intercalado en la conversación.

Alteraciones en el lenguaje escrito

a) *Disgrafía*: perturbaciones de la escritura que recaen sobre los mecanismos motores expresados como irregularidades en el trazo de la escritura.

b) *Agrafía*: y *alexia*: trastornos de los centros mnésicos que provocan amnesia de los caracteres gráficos, lectura y escritura, generalmente asociadas.

Alteraciones del lenguaje mímico

Cuantitativos:

a) *Hiperimia*: exageración de los rasgos fisonómicos. Depresión, miedo, cólera, amor, etc.

b) *Hipomimia*: disminución general de la mímica. Parálisis, esquizofrenia

c) *Amimia*: rasgos fisonómicos inmóviles.

Cualitativos:

Paramimias: expresiones que no traducen el verdadero estado de ánimo.

XV) ESQUIZOFRENIA

Definición y sintomatología

Henry Ey la define como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad, manifestándose por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico.

Características generales

Comienzo en edad juvenil. Ambos sexos por igual. Con/sin antecedentes heredofamiliares. Inteligencia conservada aunque bloqueada. Con/sin personalidad previa. Severos trastornos volitivos y afectivos. Cambio de carácter. Autismo. Despersonalización. Evolución procesal por brotes que dejan defecto.

1) Forma de comienzo:

Súbito. Melancólico. Simple estancamiento. Delirante o clásica. Neurótica.

2) Período de estado:

a) Inspección: personas jóvenes con actitud indiferente, desprolijidad, desinterés, indiferencia.

b) Atención: debilitada para el mundo externo, introvertida y activa para el mundo interior del enfermo, en estados avanzados hipoprosexia.

c) Sensopercepción: empobrecida para el mundo externo por falta de interés. Ilusiones, alucinaciones auditivas pocas diferenciadas, cenestésicas muy constantes. Pseudoalucinaciones. Sonorización del pensamiento, robo del pensamiento, alucinaciones extracampinas, alucinaciones psíquicas, percepciones delirantes.

d) Orientación: conservada.

e) Conciencia del yo: despersonalización.

f) Ideación: ideas delirantes

g) Asociación de ideas y juicio: debilitación de la idea directriz. Disgregación del pensamiento, incoherencia asociativa, interceptación del pensamiento, delirio de influencia, estereotipia, robo del pensamiento, perseveración. Juicio desviado.

h) Memoria: fijación y evocación conservada, paramensias, fenómeno de lo ya visto, fenómeno de lo nunca visto.

i) Afectividad: hipotimia, ambivalencia afectiva, indiferencia afectiva, perplejidad, neotimia.

g) Voluntad: hipobulia, mayoría de los trastornos volitivos señalados en los trastornos cualitativos y cuantitativos.

3) Período terminal

Defecto esquizofrénico, debilitamiento mayor, pensamiento incoherente. Residuo esquizofrénico.

Formas clínicas: simple, hebefrénica, paranoide y catatónica.

XVI) PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

Se presenta con una o dos fases, polos afectivos opuestos (euforia y/o tristeza)

Edad: entre los 35 y 45 años.

Forma de comienzo: en forma insidiosa o aguda, más frecuente la primera.

Factor desencadenante: no se ha comprobado. Endógeno.

Antecedentes familiares: frecuentes.

Carga hereditaria: sí, fallo cromosómico

Trastornos bioquímicos: sí

Evolución : generalmente restitución "ad integrum". Por fases.

Personalidad previa: frecuente, personalidades ciclotímicas.

Formas clínicas:

Manía: hipomanía, manía simple, furor maniaco y manía delirante.

Melancolía: melancolía simple, delirante, ansiosa, estuporosa.

Sintomatología

Manía: euforia, cólera, optimismo vital, taquipsiquía, logorrea, paraprosexia, fuga de ideas, pseudodelirios, juicio enajenado, hiperactividad, insomnio, no vivencia de fatiga. Sobrevalorado. Megalómano, erotizado.

Síntomas físicos

Adelgazados, no se alimentan, trastornos metabólicos, incremento de las catecolaminas, lengua saburral, olor a nido de ratón. Peligro de muerte por desnutrición y/o colapso metabólico

Conducta médico legal: orgiástica

Melancolía: tristeza vital, angustia vital, sentimiento de culpa, bradipsiquia, hiporosexia, ideación monotemática, ideas delirantes de ruina moral y económica, de minusvalía y de expiación suicida, inhibición psicomotriz, adelgazamiento, insomnio, hipotonía muscular.

Síntomas físicos

Constipados, sequedad de boca, pérdida de apetito.

Insomnio. Lentitud del reflejo pupilar.

Depresión de catecolaminas con trastornos metabólicos.

Conducta médico legal: suicidio y homicidio, suicido altruista.

XVII) PARANOIA

(locura razonante)

Edad: entre 40 y 50 años

Forma de comienzo: insidioso.

Factor desencadenante: exógenos sustentados sobre terreno predisponente.

Antecedentes familiares: no son frecuentes.

Formas clínicas: persecutoria propiamente dicha, erotomaniaco, celotípico, querellante, megalómano, hipocondríaca.

Personalidad previa: falso orgullo. Desconfiado, perspicaz, demandante, sobrevalorado, omnipotente, envidioso, déspota.

Subyace como personalidad premórbida.

Relación con el mundo: el yo contra el mundo, trata de imponer sus ideas por que está convencido de su verdad. Es el dueño de la verdad y se siente en la cúspide del mundo.

Mecanismo evolutivo: desarrollo.

Sintomatología

Orientación: en tiempo y espacio.

Sensopercepción: no alucina.

Pensamiento: delirio bien sistematizado, de un solo núcleo, a mecanismo interpretativo, centrífugo, se expande hacia fuera y contamina la vida social.

Ideación: delirante.

Razonamiento: inductivo deductivo, paralógico.

Atención: hiperprosexia.

Memoria: hipermnnesia evocativa, falsos recuerdos.

Conciencia: hipertrofia del yo.

Afectividad: falso orgullo, desconfianza y sentimientos sobrevalorados de sus propias cualidades.

Voluntad: tendencia a la impulsividad.

Conciencia de enfermedad: nula.

Juicio: enajenado.

Conducta médico legal: agresiva, de alta peligrosidad, más aún cuando se transforma en perseguido perseguidor.

Evolución: tórpida.

Pronóstico: desfavorable.

Bibliografía, entre otros:

Juan Carlos Betta. Manual de Psiquiatría Editorial Universitaria 1967 Argentina

Harold Kaplan y Benjamín Sadock Tratado de Psiquiatría. Sexta Edición Intermedica 1997. Argentina

J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 3era Edición. Salvat 1992 Argentina

Vallejo Nájera Tratado de Psiquiatría 1994 España

.

PSIQUIATRÍA FORENSE PROPIAMENTE DICHA

DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

XVIII) LAS PARAFILIAS

Bibliografía Dr. Juan Carlos Romi (Artículos de la AAP y Cuadernos de Medicina Forense)

Delimitación de las perturbaciones sexuales y definición

1) *Disfunciones sexuales*: son perturbaciones sexuales *cuantitativas* por desequilibrio en más o en menos del apetito sexual (erotización) y de la capacidad funcional o rendimiento coital (sexogenitalización).

El rasgo esencial se encuentra en la exaltación o inhibición de los deseos eróticos (bloqueo) y/o los cambios psicofisiológicos durante el coito.

- a) Deseo sexual hipoactivo.
- b) Aversión al sexo (frigidez en la mujer e impotencia en el hombre).
- c) Anorgasmia o retraso en la respuesta orgásmica.
- d) Eyaculación precoz.
- d) Dispareunia.

2) *Desviaciones sexuales o parafilias*: son perturbaciones sexuales *cualitativas* cuyas manifestaciones sexuales se caracterizan por la deformación del acto sexual, es decir, anomalías del fin sexual.

Definición

Se configuran cuando se necesita sustituir la finalidad sexual biopsicosocial, por cualquier otra expresión sexual que determina la única manera de poder excitarse en forma sistemática, preferencial y a veces única.

Los medios a utilizar se convierten en fines, en forma repetitiva, configurando un patrón de conducta rígido que adquiere carácter opresivo (pérdida de libertad) e impidiendo tener opciones libres entre diferentes alternativas.

Lo que configura la parafilia no es el “qué” de la expresión sexual sino el “cómo” se instrumenta.

Concepto de parafilia

Las parafilias se caracterizan por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos adecuados o normativos o convencionales y que en diversos grados pueden interferir con la capacidad para una actividad sexual afectiva recíproca.

La desviación (para) se encuentra en aquello por lo que el individuo se siente atraído (filia), fijando un patrón de conducta regular sistemática, preferencial y a veces única. Se utiliza la *imaginación o actos inusuales o extravagantes* para acceder a la

excitación sexual, los que para constituirse en conductas desviadas tienen que ser insistentes e involuntarios y que por lo general suponen:

- a) preferencia por el uso de objetos no humanos para la excitación sexual
- b) la actividad sexual con humanos en la que hay sufrimiento
- c) la actividad sexual repetida con parejas que no consienten o no son partidarias de ese tipo de expresión sexual, hecho que puede tener significación psicopatológica y/o psicojurídica.

Estos individuos tienden a no considerarse a sí mismos como perturbados sexuales. La imaginación en la fantasía parafilica o el objeto de actividad sexual en las conductas parafilicas suelen ser frecuentes estímulos de excitación sexual en individuos sin trastornos psicosexuales

Ejemplo: la ropa interior femenina es sexualmente excitante para muchos hombres pero sería una conducta sexual parafilica si sólo es posible excitarse recurriendo a estos estímulos.

La parafilia como expresión comportamental abierta y franca son relativamente raras y es *erróneo* suponer que cualquier actividad sexual no convencional se comporta “per se” como parafilia.

Grados según su intensidad

a) *Mínima*: expresión erótica reconocida como placentera, que no interfiere ni perturba la manifestación sexual general, libremente expresada. Aparece en forma espontánea.

b) *Acentuada*: expresión erótica reconocida como placentera que no interfiere ni perturba la manifestación sexual general, pero que se busca con insistencia para enriquecer la misma.

c) *Esporádica*: similar a las anteriores que aparece periódicamente y sin ritmicidad.

d) *Fantaseada*: expresiones sexuales producto de imágenes, pensamientos, recuerdos, sueños, etc. deseados y recreados pero no concretados. Son rechazados conscientemente por sus connotaciones eróticas perturbantes que molestan o bloquean su reconocimiento o aceptación, limitando la libre manifestación sexual.

e) *Predilecta o dependiente*: interfiere manifestamente la conducta sexual general, reemplazando en forma electiva (*selectiva*) y acentuadamente preferente (*prevalente*) y en forma sistemática, preferencial o única (*exclusiva*).

Características generales

Interesa especialmente *la forma predilecta* que se caracteriza por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos convencionales y que en diversos grados interfieren con la vida afectiva fijando un patrón de conducta regular, sistemático, preferencial y a veces único.

Las imágenes o actos utilizados tienden a ser *insistentes e involuntariamente repetitivos*, y por lo general se le imponen compulsivamente.

Estos individuos en general no se sienten perturbados y concurren a los profesionales en salud mental cuando surgen conflictos familiares, laborales o con la justicia.

Las características semiológicas son:

a) *Carácter opresor*: pérdida de libertad para tener una opción libre entre diferentes alternativas. No puede dejar de actuar así.

b) *Carácter rígido*: la excitación sexual es tributaria sólo en determinadas situaciones y circunstancias, que limitan la posibilidad de variación y enriquecimiento erótico.

c) *Carácter compulsivo*: necesidad de repetir la experiencia, ya que lo único que “calma” su sexualidad es la ejecución de este tipo de opción, aunque a veces utilice como pantalla otras que no le producen respuestas satisfactorias.

Consideraciones psicopatológicas.

Desde el punto de vista de la adquisición de las respuestas eróticas placenteras se debe tener en cuenta la importancia de la *predisposición de la personalidad* como factor genético, más las experiencias ambientales que da el aprendizaje.

Las imágenes, fantasías o comportamientos desviados que nutren a las parafilias son producto de experiencias vividas sobre la base de una personalidad predispuesta que provocaron en su momento un placer sexual que condicionó la reiteración de experiencias fijando un patrón de conducta erótico.

Hay parafilias que llevan a su portador a la cárcel, hay las que lastiman a su pareja sexual, otras solamente molestan, otras son inofensivas, es decir que no se puede calificar automáticamente como peligrosa a toda parafilia.

Formas clínicas

Estos trastornos deben afectar al sujeto durante un período de al menos 6 meses.

Exhibicionismo: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a una persona que no lo espera, provocando malestar clínico al individuo o deterioro social, laboral, etc.

Fetichismo: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (ropa interior, zapatos, etc.), provocando malestar clínico, deterioro social, etc. Los objetos no sólo deben ser ropas femeninas u objetos para estimular los genitales.

Frotteurismo: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad. Generan el mismo malestar y deterioro que las anteriores.

Pedofilia: fantasías recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños pre-púberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos), generando un malestar clínico significativo o deterioro similar a las anteriores. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños de 13 o menor edad.

Masoquismo sexual: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho real, no simulado de ser humillado, atado, maltratado, o cualquier otra forma de sufrimiento, provocando un malestar significativo o deterioro de su vida social, etc.

Sadismo sexual: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos reales no simulados en los que el sufrimiento psicológico o físico es sexualmente excitante para el individuo, provocando similares resultados que los anteriores.

Fetichismo travestista: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de travestirse, en varón heterosexual, que provocan similares resultados que las anteriores.

Voyeurismo: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales y comportamientos que implican el acto de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

Parafilia no especificada: se incluyen a aquellas que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas, como ejemplo: escatología telefónica (obscenidades), necrofilia, zoofilia, coprofilia y urofilia.

XIX) TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños se manifiesta, por los siguientes rasgos:

- a) Deseo repetidos de ser, o insistencia que uno es del otro sexo.
- b) Preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina, en las niñas insistencia de llevar solamente ropa masculina.
- c) Preferencias marcadas y persistentes por cumplir con el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer a otro sexo.
- d) Deseos intensos de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
- e) Preferencias marcadas por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer a otro sexo, ser considerado del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como de otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones del otro sexo.

Sentimiento de malestar con el propio sexo o sentimientos de inadecuación con su rol.

Preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias.

La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

XX) TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

En la República Argentina en el C. Penal de fondo no existe el T.M.T, sino los “Estados de Inconciencia”.

Eximente de la imputabilidad. Doctrina jurisprudencial española.

Según el código penal español, podemos definirla, como:

DEFINICIÓN

Son estados de perturbación mental pasajeros y curables, debidos a causas físicas o psíquicas ostensibles sobre una base patológica probada cuya intensidad llega a producir la anulación del libre albedrío.

REQUISITOS

Para que una perturbación mental pueda considerarse como trastorno mental transitorio debe reunir los siguientes requisitos:

- 1) Que haya sido desencadenada por una causa inmediata y fácilmente evidenciable.
- 2) Que su aparición haya sido brusca o, al menos, rápida.
- 3) Que su duración haya sido leve y no prolongada
- 4) Que cure de forma igualmente rápida, por una curación completa, sin secuelas y sin probabilidades de repetición.
- 5) Que haya surgido sobre una base patológica probada en el sujeto que se manifestó.
- 6) Que la intensidad del trastorno mental sea origen de una anulación completa del libre albedrío e inconsciencia, no bastando la mera ofuscación.

CAUSAS

La causa es de naturaleza exógena. Se basa en aquellos trastornos llamados reaccionales, como consecuencia o respuesta a un choque de naturaleza física o psíquica (síndromes reactivos a motivos físicos o psíquicos).

1) Físicas

Síndromes de reacción exógena de Bonhoffer

Delirium, estados crepusculares y cuadros alucinatorios como respuestas a infecciones, intoxicaciones, traumatismos de cráneo, etc. (todos tienen en común la alteración de la conciencia unida a cierta incontinencia afectiva).

Síndromes facultativos de Stertz o de Kleist

Surgen por causas físicas similares a las anteriores, donde existe una predisposición constitucional en forma de labilidad endógena, desencadenando, mediante un agente exógeno, un cuadro de colorido epileptoide, maníaco depresivo, catatonoide, alucinoide, paranoide o incoherente

2) Psíquicas

Estímulos vivenciales de origen puramente psíquicos (reacciones psicógenas)

Reacciones vivenciales anormales

Caracterizadas por ser comprensibles en su relación causa efecto y por su intensidad emocional (crisis convulsivas, estados crepusculares, estupor, fugas amnésicas, crisis agudas de angustia y pánico) Se sostiene que debería existir una base anómala para dichas reacciones vivenciales.

Aquellas reacciones que no llegan al estado de trastorno mental transitorio como

eximente, el codificador las enmarca como circunstancia atenuante bajo el nombre de “arrebato y obcecación”.

3) Mixta (físicas y psíquicas)

En la génesis del trastorno mental transitorio se conjugan motivos somáticos y psicógenos.

Tuberculosis y cáncer: a consecuencia de la toxemia y de las reacciones de la personalidad condicionadas por el medio y las vivencias del destino.

Cambios humorales en el embarazo, puerperio y parto.

El trastorno mental transitorio es algo que no se busca, surge espontáneamente, al margen de la voluntad del sujeto.

CURSO

Está dado por diversos caracteres evolutivos:

1) Brusquedad de aparición

a) El primer aspecto es el intervalo cronológico: que debe transcurrir entre la actuación de la causa exógena y la iniciación de la sintomatología, que debe ser inmediata y fácilmente evidenciable, que hace ostensible la relación causa efecto.

b) El segundo aspecto se refiere al modo de hacer su aparición la sintomatología: donde en el trastorno mental transitorio lo hace con una intensidad de síntomas incluíble en la inimputabilidad.

2) Duración

Sólo se exige que sea breve, algunos de los trastornos mentales puede tener una brevedad extremadamente acentuada pero otros no, lo que la doctrina desea señalar es que no sea permanente, que sea pasajera, puesto que de no ser así ingresaría en la enajenación (ejemplo, la psicosis)

3) Curación

El trastorno mental transitorio para hacer honor a su transitoriedad, ha de tener una resolución que solamente puede ser la curación, que ha de ser completa, “restitución ad integrum”. Circunstancia que en la práctica no siempre se observa, dado que el sustrato biológico donde asienta el trastorno puede perdurar luego de haber superado el cuadro reaccional o, en su caso, el mismo factor físico desencadenante puede originar lesiones encefálicas irreversibles.

BASE PATOLÓGICA

Para que pueda surgir el trastorno mental transitorio parece ser necesaria una especial predisposición, un fondo de anormalidad leve y persistente. Algunos autores señalan que no es imprescindible este terreno predisponente previo.

INTENSIDAD

Trastorno mental completo

Para que el trastorno mental transitorio pueda ser apreciado como causa de exención ha de tener una determinada intensidad, que “ha de producir manifiesta y plena perturbación de sus facultades mentales”; “colocando al sujeto en notorio estado de inconsciencia en sus determinaciones, una completa inhibición

intelectual, la anulación total de la voluntad”; “colocando al sujeto en estado de plena inconsciencia por ofuscación del conocimiento y disminución o abolición de la voluntad”.

Trastorno mental incompleto

En caso que no adquiera la intensidad requerida, si el trastorno no es completo, por lo que no priva totalmente al agente de la inteligencia y/o voluntad, sino tan solo parcialmente, podrá ser estimado como atenuante (artículo 9 del C.P Español inc.1ero.).

Pericialmente lo que al experto le permite definir el T.M.T es la posibilidad que la perturbación mental que lo constituye pueda ser delimitada claramente entre dos momentos, el del comienzo y el de la terminación, constituyendo un episodio pasajero, tras el cual el sujeto vuelve a ser lo que era antes, sin que sea previsible una posible reaparición espontánea, condicionada sin nuevo estímulo externo.

Bibliografía

Santiago Delgado Bueno. Psiquiatría Legal y Forense. Volumen I Editorial Colex 1994. Madrid.

J.A Gisbert Calabuig . Medicina Legal y Toxicología. Editorial Mazzon., 5ta Edición 1998.

Vicente Cabello. Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Libro 2do. Editorial Hammurabi 2000

XXI) TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Su valoración psiquiátrico Forense

DENOMINACIONES

- a) Escuela Francesa**
 - Degenerados superiores
 - Medio locos
- b) Escuela inglesa**
 - Insanos Morales
- c) Escuela alemana**
 - Desalmados
 - Personalidad psicopática
- d) DSM IV y CIE 10**
 - Trastorno antisocial de la personalidad
- e) Vocabulario médico cotidiano**
 - Psicópata como adjetivo
 - Psicopatía como sustantivo
- f) Vocabulario social**
 - Delincuente
 - Pervertido

CONCEPTO DE DESARROLLO

Desarrollo histórico vital, con relación de sentido y plenamente comprensible (Karl Jasper). Es el modo de ser psíquico que persiste a lo largo del tiempo.

Los rasgos caracterológicos son permanentes y progresan a lo largo de la vida psíquica del sujeto (factores genéticos y constitucionales).

CONCEPTO DE ESTRUCTURA

Estructura de la personalidad se refiere a la organización psíquica profunda, estable y definitiva del sujeto. Se la compara con una piedra de granito que ha sido sometida a fuertes pruebas interiores y exteriores (traumatismos afectivos, frustraciones, conflictos internos) donde no se rompería más que siguiendo las líneas de fuerza y de ruptura originales preestablecidas durante la niñez y la adolescencia y que, pasado esa etapa, ya no podría variar más (indicativo de refractariedad al tratamiento).

SENTENCIA BREVE: la existencia de un delito o de conductas antisociales no autoriza a calificar al sujeto como psicópata. Se es psicópata a lo largo de una vida y no sólo un instante.

I) CRITERIO DIAGNÓSTICO SEGÚN EL D.S.M IV

Es de gran utilidad para valorar la conducta antisocial, no así los rasgos de personalidad que caracterizan al psicópata.

A) Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se

presenta desde la edad de los 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes ítems:

- 1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal;
- 2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer;
- 3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro;
- 4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- 5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás;
- 6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de sostener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas;
- 7) falta de remordimiento, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

B) El sujeto tiene al menos de 18 años

C) Existen pruebas de un trastorno disocial antes de los 15 años

Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose tres o más de los siguientes ítems:

- 1) agresión a personas o animales,
- 2) destrucción de la propiedad,
- 3) fraudulencia o robo,
- 4) violaciones graves de las normas.

SENTENCIA BREVE

Un buen diagnóstico debe fundamentarse en los rasgos intrínsecos de la personalidad más que en las manifestaciones antisociales de la conducta que pueden ser fruto de múltiples factores.

II) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN HARVEY M. CLECKLEY **Es de gran utilidad para valorar los rasgos de personalidad del psicópata** (se centra en lo que es como persona y no en lo que hace)

- 1) inteligencia técnica intacta
- 2) ausencia de ansiedad neurótica
- 3) ausencia de síntomas psicóticos
- 4) gran percepción de las necesidades narcisísticas del otro.
- 5) apariencia de persona mentalmente sana
- 6) conducta antisocial persistente e inadecuadamente motivada.
- 7) fracaso inexplicable
- 8) irresponsabilidad
- 9) incapacidad peculiar de distinguir la verdad de la falsedad
- 10) incapacidad para aceptar la culpa
- 11) incapacidad para aprender de la experiencia
- 12) persistente patrón de autoderrota
- 13) incapacidad de amar
- 14) ausencia de insight
- 15) demencia semántica
- 16) reacciones extravagantes o inadecuadas con el alcohol
- 17) respuestas superficiales e impersonales en la vida sexual
- 18) intentos de suicidio fallidos.

EL ENCUENTRO TERAPEÚTICO CON EL PSICÓPATA

a) Ante el psicópata no delincuente

Si no ha delinquido, el tratamiento curativo o preventivo se programa entre cuatro intervinientes: el psicópata, la familia, el equipo terapéutico y la institución.

b) Ante el psicópata delincuente

Si ha delinquido, ya en el ámbito judicial el encuentro se establece entre el Juez, el psicópata, la cárcel y el psiquiatra.

En este marco puede ser considerado culpable y retribuido con una pena privativa de la libertad, o declarado inimputable, y por su peligrosidad internado por tiempo indefinido bajo una medida de seguridad curativa.

POSTULADOS TERAPEÚTICOS BÁSICOS

- a) un correcto diagnóstico debe preceder al programa terapéutico.
- b) se debe intentar evitar el prejuicio y fatalismo terapéutico.
- c) se debe preferenciar el tratamiento médico al carcelario
- d) el programa terapéutico debe ser sistematizado, individualizado y proyectado a largo plazo.
- e) el tratamiento debe fomentar cambios en la personalidad, restaurando los hábitos de orden, respeto por las normas, disciplina y trabajo con el fin de facilitar la reinserción social..
- f) es preferible un dispositivo terapéutico interdisciplinario al unipersonal
- g) cuanto más temprano se arribe al diagnóstico, mejor pronóstico y mayor probabilidad de rehabilitación
- i) consagración, paciencia, fe y tolerancia a la frustración son los atributos

profesionales indispensables para el logro de los objetivos propuestos.

TRATAMIENTO DEL PSICÓPATA

Son múltiples las alternativas terapéuticas, a saber:

- 1) Terapias biológicas
- 2) Encarcelación
- 3) Tratamiento con psicofármacos
- 4) Tratamiento institucionalizado para niños adolescentes.
- 5) Tratamientos institucionalizados para adultos
- 6) Tratamientos familiares

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Vicente Garrido Genovés.(1993). Psicópata. Editorial Tirant lo Blanch Libros Valencia
- Néstor M.S Koldobski (1995). La Personalidad y sus Desórdenes. Editorial Salerno Buenos Aires.
- Antonia Gaspersic de López Poy (1989). Introducción al tema de las psicopatías. Ediciones ADIP Buenos Aires.
- Enrique Echeburúa (1998). Personalidades Violentas. Ediciones Pirámide. Madrid
- Vicente P Cabello (2000). Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Libro 2do. Editorial Hammurabi. Buenos Aires
- Joel Zac. (1977) Psicopatía Tomo I. Ediciones Kargiema. Buenos Aires
- Andrew E. Skodol, M.D (2001). Psychopathology and Violent Crime. Editorial American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC
- Realizado para las jornadas La Psiquiatría y la Ley III por el Profesor Dr. Javier O Cabello. Junio del 2004.

XXII) INTERNAMIENTO ESPECIAL

CONCEPTO para el código argentino

PELIGRO

Definición genérica, aplicable en internaciones en el Fuero Civil

Etimológicamente derivado del latín (periculum), el término significa riesgo o contingencia eminente de que suceda algún mal, es decir un resultado disvalioso, autoagresión o heteroagresión, o que dañe su salud.

Determinarlo es materia de valoración psiquiátrico forense.

Indicadores

- a) Patología de base
- b) Forma clínica
- c) Actitud del enfermo ante la enfermedad.
- d) Familia continente o incontinente
- e) Antecedentes previos.
- f) Si acepta o no el tratamiento ambulatorio.

g) Estado de indefensión

ESTADO PELIGROSO conforme al Art. 34 del C.P. argentino inc. 1ero

Algunos autores señalan que la determinación del estado peligroso o peligrosidad es un concepto de exclusiva evaluación criminológica.

El estado peligroso **evalúa la peligrosidad criminal**, entendida ésta como "probabilidad de que un hombre cometa un crimen o bien el conjunto de condiciones psicosociales de un hombre que hacen de él un probable autor de delitos" (Sebastián Soler).

El estado peligroso admite tres variedades, **la predictual**, potencial o social, **la posdelictual** o criminal y por último **la médico legal**.

a) **La primera** corresponde a aquellos sujetos que no han delinquido nunca, reúnen las características que lo hacen proclive al delito (defensa preventiva).

b) **La segunda**, denominada por Ferri como "peligrosidad criminal", son aquellos que habiéndose iniciado en el delito exhiben características de probabilidad de reincidencia (respuesta represiva).

c) **La tercera**, médico legal, que es social por su implicancia y médica por que significa un problema psiquiátrico, y como tal se entrega a expertos en la materia, tanto de entrada como salida, sumado a ello que cumple mediante la internación en un establecimiento médico y no carcelario. Respuesta médica.

DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO FORENSE DE LA PELIGROSIDAD

1) La fórmula de los cinco elementos de Cabello

a) La personalidad del enfermo

No es la enfermedad psíquica que hace peligroso al hombre, es el hombre que hace peligrosa la enfermedad

b) Naturaleza y carácter de la enfermedad que padece

Si bien no existe delitos específicos de una determinada psicosis, ésta marca generalmente una tendencia criminosa: el homicidio altruista es propio del melancólico, como los uxoricidios lo son de algunos esquizofrénicos.

c) Momento evolutivo de la afección

Sobre todo al comienzo las enfermedades mentales favorecen la propensión a los delitos. Mejor dicho existe un momento evolutivo donde podría hacer crisis la actividad delictiva.

d) El delito y su criminogénesis

Conducta del sujeto anterior, durante y posterior al delito.

Nocividad del delito

Se refiere a lo dañino que pudo haber sido el acto delictivo y si hubo o no odio o pasión en su ejecución manual. Se traducen psicológicamente como agresividad e indiferencia afectiva.

Inintimidabilidad del delito

Capacidad del individuo de controlar su impulso criminal pese a las repercusiones

legales en su contra, o si se condicionó por los sentimientos que rodeaban la acción. Se trata de evaluar su egocentrismo y labilidad afectiva. Ejemplo precocidad delincencial y cantidad de actos delictivos.

(Gisbert Calabuig Medicina Legal y Toxicología, editorial Masson)

e) Factores mesológicos

Medios sociofamiliares adversos, favorables y neutros.

2) Otros criterios

Criterios de Raymond y Monahan (investigadores europeos)

La impulsividad, la excitabilidad, reactividad paranoide, bajo nivel de tolerancia a la frustración, la compulsión a conductas violentas como resolución de conflictos, una afectividad egocéntrica, el consumo de alcohol y sustancias psicotóxicas, compromiso orgánico cerebral que se traducen en conductas violentas, elevado nivel de conflictos, la disponibilidad de las víctimas idóneas y de los medios para cometer actos violentos.

XXII) MEDIDAS DE SEGURIDAD

Tenemos las curativas, las reformadoras y las eliminatorias. La que interesa desde el punto de vista de la inimputabilidad es la primera, pues las otras se administran a los menores y a los reincidentes.

Medida de seguridad curativa

Son curativas porque tienden a eliminar la peligrosidad actuando terapéuticamente sobre el factor morboso que las determina, de allí su internación en un establecimiento médico psiquiátrico.

La intención de la medida curativa es de preservar la persona y la seguridad de terceros.

Medida de seguridad versus pena

Medida de seguridad

No es retributiva

Se fundamenta en la peligrosidad

Se ocupa más en lo que la persona es que en lo que ha hecho.

Como es una condición personal del sujeto ha de ser indeterminada

Su duración depende del efecto educativo y curativo.

Supone tratamientos diversos

La pena

Es retributiva

Se fundamenta en el bien lesionado

Se ocupa en lo que ha hecho

Es determinada, conforme al tiempo de prisión

Del cumplimiento de la pena

La pena no.

La curación no puede ser el único indicador para diagnosticar desaparecido el peligro.

El juicio médico de peligrosidad se acerca más a un diagnóstico que a un pronóstico. Soler señala, que, “sí bien la peligrosidad envuelve un juicio sobre elementos futuros, se obtiene sobre la valoración de elementos presentes”.

XXII) INIMPUTABILIDAD

SU VALORACION PSIQUIÁTRICO FORENSE

a) Apartado cronológico

Quien en el momento del hecho de la acción u omisión no posea a causa de:

b) Apartado biológico o Psiquiátrico

Trilogía compuesta por:

- 1) Enfermedad mental o
- 2) Desarrollo psíquico incompleto o retardo o
- 3) Trastorno mental transitorio

c) Apartado psicológico

- 1) Capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho
- 2) O de determinarse de acuerdo a esa comprensión

Para el estudio psiquiátrico forense pericial el experto debe:

- 1) Realizar el examen psiquiátrico-psicológico del imputado,
- 2) Conocer los antecedentes del hecho no solo a través de los dichos del encausado sino también mediante aquellos obrantes en autos
- 3) Investigar los móviles del delito mediante el análisis de la conducta previa al hecho
- 4) El intra-crimen
- 5) Investigar la conducta posterior al hecho.
- 6) Pedir interconsultas si es necesario.

CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES DEL CPRA

ARTICULO 81 inc. 1ero

Se le impondrá reclusión de tres a seis años, o prisión de uno a tres al que matare a otro en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieran excusable.

Emoción: son procesos afectivos de aparición brusca relativamente intensos y generalmente de corta duración, con restitución plena posterior. Son reacciones instintivas defensivas causa-efecto.

Una emoción es violenta cuando el movimiento afectivo provisto de una fuerte carga tensional, altera el equilibrio psicodinámico y por ende la conducta. 'Preparación para la acción', la llama Cannon; 'llamado a las armas', 'respuesta alarmógenas', las denominó Selye.

Emociones simples: miedo, cólera y angustia.

Ante la emoción violenta se pierde el tino, la seguridad, la reflexión y el sentido de las proporciones, bajo el dominio de la impulsividad

Sistema neurovegetativo: la función de la emoción es del montaje de las defensas mediante la acción del sistema neurovegetativo y estructuras neurofisiológicas de la emoción.

Estructuras neurofisiológicas de la emoción

a) Experiencia emotiva: se localiza en el tálamo, donde las sensaciones y percepciones se cargan de sentimientos primarios. El sujeto se siente afectado y dueño de sus sentimientos.

b) Expresión emotiva: se localiza en los núcleos optoestriados, que regulan el tono muscular, la integración motora y locomotiva, movimientos automáticos e involuntarios, en el hipotálamo y en la hipófisis que controlan el sistema autónomo particularmente el simpático, responsable de los signos corporales típicos de la emoción. Formación reticular ascendente, regula el nivel de conciencia, el tono motor, afectivo, sexual, cambios metabólicos hormonales, etc.

c) Conciencia emotiva

Se encuentra localizada en la corteza prefrontal y orbitaria.

Registra los sentimientos transmitidos desde el tálamo y formaciones satélites y les confiere cualidades de dirección, matiz y medida.

La corteza orbitaria anterior actúa sobre la voluntad consciente que alienta o inhibe. Los afectos son valorados y jerarquizados a nivel ético y estético, modela el temperamento, domestica los instintos y la impulsividad. Será más eficaz cuanto mayor sea el poder de la inteligencia.

Clases de emoción según su intensidad

Emoción simple: existe un equilibrio entre la experiencia y expresión emotiva.

Emoción violenta: se produce un desajuste a favor de los elementos expresivos.

Emoción patológico o inconsciencia: se produce una desconexión de las funciones cognoscitivas de la corteza cerebral y el sistema ingresa en la inconsciencia.

Factores psicológicos de la emoción violenta

a) Representación mental súbita, sorpresiva de una situación disvaliosa.

Genera una marcada exaltación de los afectos

b) Conmoción afectiva intensa

Genera Inhibición de las funciones intelectuales superiores.

c) Respuesta psicomotora.

A predominio de la actividad automática y neurovegetativa

Síntomas de emoción violenta

Somáticos

Neuromotores
Inhibición psicomotriz
Excitación
Desorden motriz
Temblor palabra entrecortada
Impulsividad
Automatismo

Neurovegetativos

Palidez
Sudoración
Sequedad de boca
Piel de gallina
Sequedad de boca
Llanto espasmódico
Polipnea

Psíquicos

Confusión mental
Turbación. Ofuscación
Perplejidad
Disminución atenta
Dismnesia
Automatismo mental
Desorden asociativo

Etiología de la emoción violenta

Causas predisponentes

Constitución hiperemotiva
Constitución paranoica
Constitución esquizoide

Desencadenantes

Ofensas al honor y a los afectos
Injurias ilícitas
Justo dolor

Adquiridas

| | |
|---------------|---------------------------|
| Amor | Justificada indignación |
| Odio | Justa ira |
| Resentimiento | Provocación |
| Celos | Adulterio |
| Venganza | Menosprecio |
| Ambición | Ultraje a la honra sexual |

Biográficas

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Fracasos | Infidelidad |
| Enfermedades crónicas | Escupitajos |
| Depresiones | Miedo en su diversos grados |
| | Agresiones de hecho |

Clases de Emoción Violenta

1) Emoción Violenta típica

La reacción agresiva es inmediata a la causa desencadenante, es breve en su duración y violenta en su intensidad.

2) Emoción violenta diferida

Se la identifica con las reacciones diferidas donde la respuesta psicomotora se distancia del estímulo sin haber cesado el estado de emoción violenta

Se da preferentemente en personalidades esquizoides.

Impresionalidad exaltada

Capacidad de retención prolongada

Actividad intrapsíquica prolongada

Capacidad de ejecución retenida

Respuesta delictiva violenta mediata o diferida

3) Emoción violenta retardada

Aquí el raptus emocional no sigue inmediatamente a la causa desencadenante sino que tarda en aparecer. Sería el caso de un hombre que recibe una bofetada y recién en una hora monta en cólera y agrede al ofensor.

Emoción

Aguda en forma de crisis

Mueve a la acción rápidamente

No reflexión

No tiene historia

Compromete al sistema NEC

Rompe el dique

Imputables pero con atenuantes

Predomina lo afectivo sobre la razón.

Pasión

Más prolongada

Estructura psicológica intelectualizada

Da lugar a la reflexión

Tiene historia

No localizable

Túnel subterráneo

Imputabilidad plena.

Sobresale la razón y la voluntad.

XXVI) EL DELINCUENTE SEXUAL SERIAL (Bibliografía Dr. Juan Carlos Romi. Artículos de la AAP y Cuadernos de Medicina Forense)

Análisis de la conducta delictiva

Se tiene en cuenta la víctima, el victimario y el acto delictivo.

I) Examen de la víctima

a) Edad.

No suele ser determinante para ser víctima de un delincuente serial.

b) Número de agresiones

El delincuente serial no suele tener un número límite de agresiones, el límite por lo general lo impone la posibilidad de ser descubierto o su propio arresto.

Pueden ser rituales homicidas, lesiones y sobre todo atentados contra la libertad sexual.

c) Condiciones físicas

No se han detectado condiciones físicas especiales en las víctimas. Es habitual observar mujeres jóvenes, no necesariamente bellas que encuadran en el ritual del victimario. Pueden ser niñas, púberes, embarazadas, prostitutas, etc.

d) Circunstancias de lugar y tiempo.

Los escenarios delictivos pueden ser variados. Pueden ser lugares ocasionales o predeterminados.

Los ocasionales son aquellos donde la víctima aparece en un momento no buscado, pero dado el hecho de cumplir con sus “necesidades” el victimario la agrede en el lugar que encuentra más apropiado a sus propósitos.

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

El momento del ataque, se observa que el día, la hora tienen que ver con el cumplimiento de un ritual que satisface las necesidades del actor, en cuanto suelen ser recordatorios del algún hecho de significación personal, el aniversario de algo que tiene que reivindicar o vengar, etc.

e) Lesiones producidas

Suelen ser:

Intimidatorias, destinadas a acallar a las víctimas o someterlas (contusiones).

Motivacionales, el acto violento se realiza para satisfacer las necesidades agresivas (que van desde golpes, violaciones, hasta homicidios) como traumatismos, heridas, mordeduras, contusiones, estrangulamiento, etc.

De ensañamiento, como lesiones punzocortantes múltiples, golpes de cráneo, descuartizamiento, etc., así como marcas o leyendas tipo firmas de identificación intelectual del autor (vanidad delincencial).

Además se observan lesiones genitales, paragenitales y extragenitales.

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

f) El daño psíquico emergente

Las víctimas sobrevivientes al ataque por lo general suelen padecer perturbaciones mentales que requieren tratamiento psiquiátrico, observándose habitualmente secuelas sexuales como perturbaciones cuantitativas de tipo disfuncional.

Las denuncias de las víctimas suelen generar efectos perniciosos, ya que el interrogatorio, las declaraciones, el reconocimiento de sospechosos, el tener que aportar pruebas, los exámenes periciales, las obligan a revivenciar el hecho (retroalimentación traumática).

g) Importancia del interrogatorio científico a la víctima.

Pese que suelen describirlos mal, es de capital importancia para obtener datos que orienten acerca de la personalidad y características físicas del victimario, su estatura, edad, fisonomía, señas particulares, etc.

El delincuente serial suele adoptar un comportamiento similar cada vez que ataca a sus víctimas.

II) Examen del victimario

Factores individuales (biopsicogénesis)

a) Edad

Suelen ser adultos jóvenes o de mediana edad. Es raro observar a menores de 18 o mayores de 50.

b) Vestimenta.

Suele ser siempre la misma. Forma parte de su ritual que tiene un simbolismo particular para el agresor, como si fuera un “uniforme de combate”. Cada agresor usa un equipo personal. En general es raro que use un traje, salvo que el *modus operandi* requiera cierta vestimenta (para seducirlas en confiterías de lujo, hoteles, etc.).

Generalmente utilizan alguna prenda que los identifica (el sátiro de la gorra).

c) Estado Civil

Predominan los solteros, de personalidad inmadura e inestable, de 30 o 40 años, dependientes emocionalmente y habitualmente hijos únicos que conviven simbióticamente con la madre, por lo general viuda dominante.

d) Aspecto psicofísico

Es muy raro que presente el aspecto de “perverso lombrosiano”, por el contrario es una persona que a nivel social se comporta en forma cordial, se muestra saludable, seductor, educado, por lo general inteligente y astuto, por lo que su criminalidad pasa desapercibida en el ámbito de la comunidad.

Cuando desarrolla su actividad delictiva adopta su verdadera identidad, generando un comportamiento ritualizado y estereotipado que sigue los designios de su conducta perturbada y delictiva.

Psíquicamente suelen ser alfabéticos, de buen cociente intelectual, buen nivel educativo. El lenguaje que utilizan durante el acto agresivo es el de las amenazas, insultos, descalificación, agresión, procacidad, etc.

e) Ocupación

En casi todos los casos los delincuentes seriales tienen trabajos efectivos, comportándose como responsables empleados y severos padres de familia.

f) Modalidad de actividad sexual

Están relacionadas a la forma de compensar las dificultades sexuales que presenta cuando intenta una relación convencional.

La agresión sexual violenta o intimidatoria suele ser un estímulo erótico compensador de la hiposexualidad que presenta frente a una relación convencional.

Pueden observarse ataques bajo la forma de violación (vía anal o vaginal) o sin acceso carnal a través de equivalentes agresivos con la finalidad de obtener erección y orgasmo.

g) Personalidad social

No es cierto que sean personas torpes y agresivas o con antecedentes de conductas violentas y menos libertinos sexuales, lo habitual es que se dé en reprimidos sexuales, introvertidos, mojigatos o dependientes afectivos.

h) Estado mental

No es común ver delincuentes seriales alienados. Lo habitual son los trastornos de la personalidad y delincuentes psicópatas instintivos sobre todo a nivel gregario y sexual. Las variantes esquizoide e histero-paranoide son la de mayor prevalencia.

III) Factores socioambientales

Es evidente que existe una historia personal con determinadas características, un contexto social y ciertas disposiciones que fallan en determinadas circunstancias y que explicarían las conductas delictivas en general y las sexuales en particular.

IV) Criminogénesis o explicación de las causas que motivan el delito

Es resultante del estudio de la historia vital del delincuente serial, adquiriendo importancia capital el perfil de personalidad básica del actor y de las influencias ambientales, observándose así con cierta frecuencia alteraciones psicopatológicas de significación como ya se ha señalado.

El *violador serial típico* generalmente presenta una personalidad agresiva con fuerte componente sádico y con gran hostilidad consciente o inconsciente hacia la mujer (sentimiento de inseguridad) y temor sobre su propia masculinidad.

El *violador* ejerce la violencia para someter a la víctima posesivamente (penetración), mientras que el *sádico genuino* tiende a obtener placer por la violencia ejercida sobre la víctima aunque no medie penetración, el objetivo verdadero es la violencia.

VI) El acto violento sexual

Responde, en general, a la necesidad del delincuente sexual serial de:

a) Reafirmar su poder en el sometimiento de la víctima.

El acto violento compensa o reafirma su superioridad sexual frente a la inseguridad sobre su capacidad que lo tortura.

b) Lograr una gratificación orgásmica libidinal en el sometimiento

La agresión tiene por objetivo la detumescencia, ya que a través del peligro o la violencia logra lo que no consigue en una actividad sexual convencional.

c) Afirmación sociocultural machista

Se da en forma excepcional ya que habitualmente se expresa a través de violaciones

en gavilla como una forma grupal de prepotencia masculina para reafirmar la identidad sexual. Los seriales casi siempre actúan solos.

VII) El acto delictivo, su análisis

a) La caracterización del delincuente serial

No se trata de una entidad nosológica propia. Seeling los denomina “delincuentes por falta de dominio sexual”, agrupando a violadores, incestuosos, pedófilos, etc.

Sólo algunos son básicamente parafílicos o desviados, pero casi todos son astutos y temerarios. No son frecuentes los cuadros de alienación, como tampoco suelen encontrarse adictos, alcoholistas, etc.

Son peligrosos por su modo de ser, las conductas agresivas son voluntarias y sin compulsiones, con un móvil de gratificación personal y no económica. No realizan otros delitos, y son raros los actos de pillaje.

b) Armas utilizadas

Suelen actuar en silencio, de allí lo infrecuente de la utilización de armas de fuego, lo usual es el empleo de arma blanca..

c) Lugar de elección del ataque

Actúan casi siempre siguiendo un ritual, dentro de una misma zona que estudia minuciosamente y que tiene una significación especial dentro de todo el contexto delictivo (coto de caza).

d) Planificación y lugar de acecho

No es habitual encontrar actos reiterados irrefrenables y compulsivos. En todos los casos estudiados se han observado premeditación y deliberación. Es habitual que controlen sus impulsos sin exponerse a ser atrapados. Los lugares de acecho suelen ser vehículos públicos, la calle, bailes, confiterías, etc.

e) Modus operandi

En general el ataque es sorpresivo, donde muchas veces traslada a la víctima bajo amenaza de arma al lugar ya establecido para consumir el acto.

VII) Conducta delictiva

a) El delincuente serial suele ser un varón tranquilo, introspectivo, reservado, de buenos modales, agradable, sin amigos y solitario en sus decisiones.

b) Suele ser fácilmente descartado como sospechoso por su historia de persona pasiva que no reacciona ante la violencia.

c) Suele ser una persona ordenada, meticulosa con principios pseudoarraigados. No suele ser adicto ni alcoholista.

d) Es propenso a delinquir cuando ha sufrido una pérdida en su autoestima o lo han cuestionado en su masculinidad.

e) El acto delictivo le permite compensar dicha minusvalía recuperando su narcisismo, su egocentrismo y su vanidad.

f) Quiere ser notorio antes que ignorado y pasar a la historia como el criminal más importante (vanidad delincuencial).

g) Por ello tiende a hacer comentarios sobre las noticias que hacen a su accionar

manifestando opiniones punitivas extremas sobre el victimario.

h) Fantasías de agresividad que luego aplica durante el delito.

i) *En el momento del crimen* se excita mucho, se transforma, adquiere la seguridad que le falta y el impulso sexual asume el control de sus acciones.

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

En síntesis, el delincuente serial de modalidad sexual habitual no es psicótico, ni insano, ya que conoce la naturaleza y calidad de sus actos y sabe que son malos.