

**06**

# **Salud Mental Comunitaria y Política Criminal. Aporte de la Psicología Jurídica a la construcción de un espacio común**

---

**Flavio Andrés D'Angelo**

Universidad Nacional del Comahue | arconte9@gmail.com

En su aspecto práctico, la Psicología Jurídica interviene sobre una serie de *problemáticas* en las que se pone de manifiesto la relación del sujeto con la ley y las instituciones públicas —entre ellas, las de control social—.

Así, el psicólogo jurídico en función forense aborda la descripción y análisis del estado mental de toda persona de interés jurídico, sea en función de las categorizaciones civiles (por ejemplo, las relativas a incapacidad mental, daño psicológico y competencia parental) y de las categorizaciones penales (relativas a la correlación patología-delito en el procesado, estado mental de víctimas y riesgo de violencia en sujetos condenados).

Pero el campo de problemas al que nos vamos a referir es al de la *violencia interpersonal*, específicamente a un aspecto crítico de su intervención jurídico-institucional, el cual es el del *lugar que se le reserva al tratamiento de la violencia interpersonal dentro del marco de las políticas de salud mental*.

En el desafío de ofrecer alternativas de respuesta a los problemas sociales integrando perspectivas jurídicas, sociales y de salud mental, interesa hablar de estos casos que no entran de lleno en los supuestos de la legislación sobre Salud Mental, puesto que su estatuto es limítrofe entre esta y la criminología. Casos particularmente actuales dentro del ámbito penal, que se expresan en los delitos contra las personas y contra la integridad sexual, por citar solo los de mayor afectación subjetiva, y cuyo tratamiento frecuentemente fallido, desde las políticas públicas, son el síntoma institucional de lo que «no funciona». En efecto, los operadores saben cuán rápido las políticas públicas encuentran su límite —por no decir su fracaso— en el abordaje de un caso de este tipo; límite cuantificado por las elevadas tasas de recaída o reincidencia en actos agresivos.

Ahora bien, el comportamiento violento no es tan solo uno de los elementos característicos de la delincuencia grave, sino que forma parte de lo que podríamos llamar, parafraseando un título freudiano, la *psicopatología de la vida cotidiana*: de ello testimonia la violencia asociada al maltrato infantil y conyugal, a la violencia de género y al abuso sexual en el ámbito doméstico. Problemas que demandan de la Psicología (Social, Comunitaria, Clínica) su participación en el abordaje de los mismos, tanto como se le solicita a la Psicología Jurídica y Forense su aportación para establecer la correlación patología-delito en el procesado, analizar el estado mental de las víctimas sobrevivientes o para evaluar el riesgo de reincidencia en sujetos condenados.

En tanto fenómeno interpersonal y social, la violencia afecta seriamente al bienestar y a la salud de los individuos, causando graves consecuencias sobre el bienestar general, y por ende sobre el desarrollo político, económico y social, lo que ha determinado que se reconozca su carácter de problema colectivo (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi, y Lozano, 2002). Definida como el «daño real, la intención o la amenaza de llevar a cabo daño o perjuicio a una o más personas» (Webster, Douglas, Eaves, y Hart, 1997, p. 29), es asimismo, de acuerdo a la OMS:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Krug *et al.*, 2002, p. 329).

Y tiene diversas formas de expresarse, aunque por lo general, debido a sus efectos, se considera a la violencia física como su modelo más representativo. Como un subgrupo dentro de este variado conjunto, la *violencia sexual* se ha definido como «el intento, la amenaza o el comportamiento de contacto sexual con una persona que no ha dado su consentimiento o no es capaz de darlo» (Boer, Hart, Kropp y Webster, 2005, p. 11). No obstante, hay otros tipos de violencia, no necesariamente física, como la psicológica, la económica, la negligencia, etc., que forman parte de este fenómeno.

Simultáneamente, el desarrollo de la conciencia social acerca de esta problemática, con la concomitante reacción de alarma que suscita en un contexto de rechazo e intolerancia a la agresividad en las relaciones interpersonales, por un lado, y de reconocimiento y ampliación de derechos, por otro, exige de los operadores políticos e institucionales la implementación de respuestas acordes con el estado de derecho y la conciencia jurídica internacional.

Dicha preocupación ha llevado a establecer nuevos delitos asociados a la violencia de género, como el femicidio y, antes inclusive, a dotar a los jueces de Familia con instrumentos procesales propios de la justicia penal —como las medidas cautelares previstas en las leyes sobre violencia familiar— para intentar su prevención. Asimismo, los requerimientos atencionales que requieren las víctimas del delito y los encargos jurisdiccionales que solicitan del profesional de la salud mental su aporte para la determinación pericial del riesgo de violencia

en procesados y condenados, son responsabilidades sociales que solicitan, de los profesionales de la Psicología, su actuación en la prevención para evitar la ocurrencia y el mantenimiento de cualquier tipo de agresión.

Los operadores judiciales y de salud sabemos de las consecuencias de la violencia: los hechos violentos son sucesos negativos, generalmente vividos como un ataque, que irrumpen de forma brusca en la vida de una persona causando una vivencia de terror e indefensión y poniendo en peligro la integridad física o psicológica de la víctima, a la que dejan en tal situación emocional que la dificultan o incapacitan para afrontar sus consecuencias con sus propios recursos psicológicos habituales. Es lo que llamamos el problema *victimológico* de la violencia y del delito. Pero su abordaje integral no puede soslayar la cuestión de su prevención y esta, a su vez, no puede descuidar la solución de las *causas*: lo que llamaremos el problema *criminológico* del delito y del delincuente.

Las conductas antisociales de los jóvenes, el maltrato conyugal e infantil, las agresiones sexuales, el consumo de alcohol u otras sustancias cuando se vincula a la comisión de otros delitos, el crimen organizado, etc., son fenómenos de la violencia que, si bien tienen un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas resultan ser claves no solo para la comprensión del sujeto que realiza la conducta antisocial, sino también para la explicación y predicción del comportamiento delictivo, y para el diseño y aplicación de los correspondientes programas preventivos y de tratamiento.

En fin, la violencia es una de las problemáticas sociales por la que suele reclamarse una mayor necesidad de contribución de la psicología, de la cual reconocemos su utilidad y potencial de aplicación.

Pero sean cuales sean sus distintas modalidades de intervención –actividad pericial, asesoramiento experto, asistencia– y ámbitos de desenvolvimiento –tribunales y juzgados, establecimientos tutelares, penales, psiquiátricos y de seguridad– una actitud de compromiso legal y social inscribe su práctica dentro de un campo que considera al *bienestar psíquico* –y, por lo tanto, a la *salud mental*– como uno de los derechos humanos fundamentales que se encuentra en el horizonte de su acto: no otra cosa se desprende del *Preámbulo* del Código de Ética de la FePRA (2013).

Desde el marco conceptual y operativo de la ley argentina (Ley Nacional 26.657) la *Salud Mental* puede entenderse como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La modalidad de abordaje propuesta en el cap. V de dicha Ley consiste en la construcción de una *Red de Servicios con Base en la Comunidad*, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de la comunidad (paradigma de la Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y el saber de la comunidad), en una relación de trabajo intersectorial, solidario y participativo.

Ahora bien: ¿Pueden (deben), las políticas de salud mental, contribuir a tratar la violencia desde los lineamientos estratégicos del modelo de atención de salud mental que impulsa la OMS, priorizando un enfoque de atención comunitaria basada en la atención en hospitales generales o servicios públicos ambulatorios?

Trataremos, en lo que sigue, de comenzar a desarrollar una respuesta a esta pregunta. Por nuestra parte, propondremos que la *evaluación del riesgo de violencia* es un punto de intersección en la que se encuentran política criminal y salud mental

## Desarrollo

---

### Problemas actuales en Salud Mental

Si, metodológicamente, descartamos la prevalencia de alcoholismo y depresión para nuestra región y el Caribe —señalada en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los dos problemas más frecuentes en salud mental—,<sup>1</sup> una gran parte de los problemas actuales en salud mental (SM) concierne a la violencia y otras condiciones adversas (tales como el abuso de menores, guerra, etc.), según el Informe Compendiado *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas* (OMS, 2004).

---

1. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* (OMS, 2001) señala a la depresión, los trastornos por consumo de sustancias, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia.

Dicho informe destaca el significativo impacto en el desarrollo de los problemas mentales y el inicio de los trastornos mentales que tienen tales condiciones. Digamos, además, que ya en 1966 la Organización Mundial de la Salud había declarado a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública y, más recientemente, en octubre de 2002, publicó su primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2002) en el cual señalaba que su prevención es un campo emergente en las acciones de las políticas de salud.

Por otra parte, la misma violencia está asociada a trastornos conductuales y de personalidad en comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias: especialmente, los *trastornos de la personalidad* (TP) representan un riesgo clínico significativo de conductas violentas. En efecto, todos los TP pueden tener relación con conductas violentas, unos con más frecuencia que otros, en lo cual van a influir múltiples factores endógenos, exógenos (sociales o situacionales) y, especialmente, de interacción con la víctima. Los estudios de prevalencia y valoración del riesgo tienden a coincidir en este punto: por una parte, que solo una pequeña parte de la violencia es obra de enfermos mentales (alienados), y, por otra, que la asociación entre TP y violencia está muy fundamentada (Esbec y Echeburúa, 2010, pp. 249-250).

Los trastornos de personalidad constituyen en la actualidad un problema teórico, considerando las dificultades para su precisión conceptual y su diagnóstico. Pero constituyen, además, un problema *práctico* para las políticas de salud mental, particularmente por las complicaciones que conllevan para su manejo clínico en general, y en particular el manejo de aquellos casos que, por su repercusión criminológica, están implicados en un proceso judicial.

Cabe aquí hacer una precisión conceptual: los llamados *trastornos de personalidad* en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales es lo que se conoce en psicopatología forense como «anormalidad psíquica». Dichas «anormalidades» no son, estrictamente hablando, trastornos *mentales*. Para entender esta distinción, hay que tener en cuenta los fundamentos de la psicopatología general (Jaspers, 1975), que emplea la diferenciación entre *explicación* y *comprensión* proveniente de la fenomenología de Dilthey como dos formas de acercamiento a lo mental mediante la explicación científica y la comprensión fenomenológica.

En efecto, en psicopatología hay dos tipos de fenómenos psíquicos: los *comprensibles* y los *explicables*. Las manifestaciones psíquicas comprensibles se caracterizan por tener una relación de sentido, por ejemplo, entre el falle-

cimiento de un ser querido y la tristeza, entre una amenaza real y el miedo. Las diferencias de intensidad, conforme al temperamento de cada sujeto (por ejemplo, entre un sujeto frío e impasible y otro excitable o impulsivo) serán cuantitativas, pero *comprensibles* y producidas por *motivos*.

En cambio, hay manifestaciones que no guardan ninguna relación de sentido entre la vivencia subjetiva del sujeto y algún acontecimiento objetivo que lo explique, por ejemplo: una certeza delirante. La causa de estos fenómenos mentales no comprensibles el psicopatólogo la ubica en una enfermedad mental que opera como agente. Es decir, se establece una diferencia entre (1) los hechos psíquicos comprensibles por motivos y (2) hechos explicables por causas: en la psicopatología jasperiana lo psíquico sano y enfermo se *comprende* y se *explica*.

Entre los primeros (hechos psíquicos comprensibles por motivos) tenemos las *reacciones vivenciales*, que son manifestaciones afectivas comprensibles que aparecen como una respuesta oportuna, motivada y adecuada a la vivencia que la originó. Es decir, no es una respuesta automática ni un reflejo mecánico del psiquismo. En psicopatología se llama *desarrollo* a una secuencia psíquicamente comprensible de vivencias o hechos psíquicos a lo largo de un tiempo, que se manifiesta mediante relaciones o nexos entendibles entre los hechos de la vida psíquica de un sujeto.

Pero a lo largo de un desarrollo se pueden presentar fenómenos psíquicos de ruptura o interrupción de la relación de sentido, fenómenos que son cualitativamente diferentes a los fenómenos normales o anormales, y no deducibles de la biografía del sujeto ni de su circunstancia. Esta ruptura se denomina *proceso*. Es decir que frente a una noxa material identificable (como en la sífilis) o hipotética (como en la esquizofrenia), con expresión de trastornos mentales cualitativos –psíquicamente incomprensibles–, hablamos de *proceso*.

Proceso es, pues, sinónimo de *enfermedad mental o psicosis* y tiene dos formas de manifestarse: sea como *fase* (la que es un episodio de enfermedad mental cuyos síntomas luego de un tiempo desaparecen y el sujeto cura totalmente; por ejemplo, en la psicosis maníaco-depresiva, que alterna fases de excitación y de depresión); sea como *brote*, episodio que al cesar deja un deterioro (como en la esquizofrenia).

Esta conceptualización es la que permite, en Psicopatología Forense, reconocer tres posibilidades o valores: la *salud* (o normalidad), la *enfermedad mental* (de manera paradigmática, la psicosis), y la *anormalidad psíquica* (neurosis y

personalidades anormales) (Zazzali, 2007, p. 54). Así como en el hombre *normal* hay una relación comprensible entre él y su mundo, un encadenamiento causal entre sus hechos psíquicos; en el *enfermo mental* está rota la relación con el mundo de todos, con el pensamiento de la colectividad: vive en su propio mundo, se dice, mundo que al resto se le hace incomprensible.

Pero en las llamadas *personalidades anormales* (es decir, en los trastornos de personalidad) en cambio, no hay ruptura con el entorno, se conserva la capacidad de comprensión: los fenómenos psíquicos son entendibles pero desmesurados; tanto, que afectan el lazo social del sujeto con su entorno. Anomalía, pues, es desmesura de la expresividad psíquica, no ruptura. Esta diferenciación es de capital importancia en el mundo jurídico, pues los normales y los anormales son, en principio, jurídicamente responsables, mientras que los enfermos mentales (alienados) no lo son.

Cuando hablamos de una *personalidad anormal*, patológica o trastornada, hacemos referencia a *todo el modo de ser del sujeto*, y no a aspectos parciales de este. El trastorno de personalidad se refiere a que el modo de ser habitual de ese individuo es enfermizo, patológico o anormal. Mientras que cuando decimos que el sujeto *tiene* una depresión, o tiene un trastorno de ansiedad, podemos suponer que presenta una *alteración* en su modo de ser o de comportarse habitual pero es una alteración porque *normalmente* no es así.

En resumen, si la enfermedad significa la irrupción de un cambio cualitativo –ruptura de la normalidad– los TP se ubican en un *continuum* cuya frontera lo hace muchas veces casi indistinguible de la normalidad.

Tal como lo define el capítulo 16 del DSM-IV, un *trastorno de personalidad* (TP) es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto. De igual modo, el DSM-IV define a los *rasgos de personalidad* como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son *egosintónicos* (la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su



manera de ser y comportarse) se hacen *inflexibles y desadaptativos* (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable) y cuando causan un *deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo*.

Un hecho fundamental diferencia al paciente con trastorno de personalidad del paciente neurótico: mientras los síntomas de este último son *autoplásticos*, es decir, repercuten en su propio perjuicio y sufrimiento, y son por ello experimentados como egodistónicos; los síntomas del trastorno de la personalidad son *aloplásticos*, esto es, repercuten en los demás y son plenamente aceptados por el ego del paciente.

En el eje II de la cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y todavía en su más reciente versión DSM-V, como también en el manual CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, se distinguen diez tipos de trastornos de personalidad, reunidos en tres grupos, (o *clusters*) por las similitudes de sus características, y que se resumen a continuación:<sup>2</sup>

### A. Raros o excéntricos:

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales:

- Trastorno Paranoide de la Personalidad (desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva).
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad (dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica).
- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia).

---

2. En lo relativo a las categorías diagnósticas que contemplan, estos dos sistemas de clasificación difieren en una pequeña porción de los cuadros descritos, ya que el CIE-10 no incluye el trastorno narcisista e incluye al trastorno esquizotípico como una forma de la esquizofrenia. La diferencia más sustancial reside en lo relativo a criterios nosográficos: el CIE no utiliza el sistema multiaxial, con lo cual pierde la distinción precisa entre trastorno mental y trastorno de la personalidad.

## B. Dramáticos, emotivos o inestables

Los trastornos de este grupo se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia comportamientos tipo *acting-out* como exteriorización de sus rasgos:

- Trastorno Antisocial de la Personalidad (conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta).
- Trastorno Límite de la Personalidad (inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal).
- Trastorno Histriónico de la Personalidad (conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación).
- Trastorno Narcisista de la Personalidad (sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal).

## C. Ansiosos o temerosos

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo a las relaciones sociales, la separación y necesidad de control:

- Trastorno Evitativo de la Personalidad (hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza; retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima).
- Trastorno Dependiente de la Personalidad (pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo).
- Trastorno Obsesivo-compulsivo de la Personalidad (perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas).

Los tres grupos o clústeres presentan peculiaridades que permiten matizar el riesgo de violencia: los sujetos del grupo A («Raros») son en general, menos violentos que los del grupo B («Dramáticos, emotivos o inestables»), el cual es

el más relacionado con la conducta delictiva en general y violenta en particular. Pero la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de los sujetos del grupo B están relacionados con tipos de violencia más grave. El grupo C («Ansiosos-Temerosos»), integrado por personas sumisas, inseguras y, a veces, sobrecontroladas, es el que menos contribuye a la violencia –puesto que los factores «ansioso» y «obsesivo» por lo general, correlacionan negativamente con la ira y con la violencia–. No obstante esto, los sujetos del grupo C, detrás de una fachada de aceptación y docilidad, pueden presentar enojo o furia intensa ante el temor al abandono o rechazo, haciendo que sean relativamente frecuentes los actos de violencia grave contra la pareja, sobre todo contando con el consumo de alcohol como elemento disparador de la violencia en estas personalidades (Esbec y Echeburúa, 2010, p. 252).

Si bien, puesto que la mayoría de los estudios se han hecho sobre población judicializada, hay acuerdo en que deben efectuarse estudios más rigurosos para conocer la verdadera influencia de los TP en la conducta violenta y en el riesgo de estos sujetos en población general, *la relevancia clínica y jurídico-penal de los TP en las conductas violentas graves es indiscutible*. Diversos estudios (Fazel y Danesh, 2002; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008) han demostrado que estos trastornos representan un significativo riesgo clínico para la emisión de conductas agresivas, particularmente aquellos cuyos rasgos de personalidad más sobresalientes son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo (Esbec y Echeburúa, 2010, p. 250), sobre todo en comorbilidad con el abuso de sustancias. En esta población bajo tratamiento ambulatorio (psiquiátrico o de salud mental) los comportamientos agresivos tienen una presencia nada desdeñable, sea porque surjan de la historia del paciente o porque constituyan el motivo de consulta o de la derivación imperativa judicial.

El desafío para los operadores de salud mental lo constituye el *diagnóstico y el tratamiento* de estos trastornos. El diagnóstico de los TP suele ser arduo porque, por definición, requiere de una evaluación longitudinal y transituacional de personas que, cuando no consultan por iniciativa propia o están sometidas a proceso judicial, son escasamente colaboradoras. Su detección requiere de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, de reunir información –a veces, a través de informantes-clave– sobre su biografía y sus rendimientos en distintos contextos (familia, escuela, trabajo, relaciones, etc.), y de la aplicación de técnicas estructuradas de evaluación de la personalidad.

Y, en los casos en los que un determinado TP se complica por sus comportamientos críticos, requiere de distinguir entre la violencia como producto de cierto aprendizaje social asociado a características sociodemográficas específicas (por ejemplo, ser un varón joven, soltero, con estudios primarios, desocupado o sin trabajo estable), de la violencia como efecto de un trastorno (problemas en el control de impulsos y en la regulación afectiva, con o sin abuso de sustancias), sin descuidar el hecho de que en repetidas ocasiones las dificultades psicosociales y ambientales son factores que incrementan el riesgo de violencia en personalidades vulnerables.

Respecto al tratamiento, el carácter egosintónico de los rasgos constitutivos del TP y la ausencia de comprensión acerca de la manera en que sus rasgos desadaptativos inciden en sus dificultades de vida, dificultan el establecimiento de una relación terapéutica productiva.

Dicho esto, nos desmarcamos de la cuestión de la enfermedad mental. No abordaremos aquí el tema de la *peligrosidad de los enfermos mentales*,<sup>3</sup> ni el que empareja *enfermedad mental y delito*. Estos son, efectivamente, aspectos de la cuestión que entraña varios problemas: entre otros, el hecho de que un porcentaje importante de penados estén afectados por trastornos mentales serios que son subatendidos en las prisiones, o el del encierro por tiempo ilimitado de los llamados inimputables. De paso, dejo constancia del siguiente hecho: en Argentina se está haciendo un camino que va terminando con las internaciones psiquiátricas indefinidas, a veces de por vida, que han padecido quienes, en estado de locura, han cometido algún delito –no siempre grave–. Ello no es sin dificultades y sin marcadas contradicciones entre lo que podemos llamar una política criminal explícita (en la ley) y la política criminal efectivamente aplicada. Es decir, admito que queda todavía un importante camino por recorrer en esta problemática que, para abreviar, llamaremos de la *enfermedad mental y el delito*, pero no es lo que estamos tratando en este trabajo.

---

3. Único campo donde conviene seguir hablando técnicamente de *peligrosidad*, noción asociada a la de *capacidad penal* y que fue elaborada por la escuela positivista para abarcar aquellos casos en que la pena sería inaplicable, pero cuya condición plantea la adopción de políticas de defensa social materializables en las llamadas *medidas de seguridad no retributivas*. Según se desprende del artículo 34 del Código Penal Argentino, incisos 2 y 3, se trata del *peligro para sí mismo o para terceros*.

## Problemas actuales en Política Criminal

Siguiendo a un doctrinario argentino, la Política Criminal –que es uno de los aspectos de la política del Estado– concierne a un sector de la realidad que tiene que ver con cuatro conceptos básicos: el conflicto, el poder, la violencia y el Estado; cuatro realidades que se enmarcan en una sociedad, es decir, son fenómenos sociales (Binder, 1997). Más concretamente, la política criminal es el conjunto de métodos por medio de los cuales el cuerpo social organiza las respuestas al fenómeno criminal (Delmàs-Marty, 1986).

Desde una perspectiva operacional (pragmática) podríamos decir que la política criminal es aquella parte de las políticas sociales del Estado que trata de elaborar la mejor respuesta (preventiva, en primer lugar; y reactiva, en segundo término) frente a ciertos hechos que no son tolerados socialmente y que afectan la dignidad de la persona, a fin de mantener bajo límites tolerables el índice de criminalidad de una sociedad determinada. Ello, siempre de manera de proteger y promover el respeto de los principios (como la dignidad de la persona humana y los que se derivan de este) y valores (como la igualdad y la justicia social principalmente), con el propósito de promover y mantener la seguridad ciudadana –que, en un Estado de Derecho, compete tanto al Estado como a la sociedad– y el desarrollo del sistema democrático.

Frente a índices crecientes de criminalidad, la Política Criminal debe proponer medidas concretas, basándose en el conocimiento realista del problema a través de su medición, a fin de reducirla o controlarla, siempre atendiendo a los derechos fundamentales de las personas.

La organización de la Justicia, la definición de ciertos delitos y la despenalización de otros, la organización del sistema policial, etc., son problemas de política criminal que, con mayor o menor éxito, encaran hoy nuestros estados regionales. También lo es la reacción de rechazo social contra la violencia, la que se traduce, pues, en una *serie de demandas* para solucionar las causas (el problema *criminológico*: el delito y el delincuente) y las consecuencias de la misma (el problema *victimológico*).

Veamos una serie de casos como estos: maridos, ex maridos o novios sometidos a una orden de restricción o alejamiento de sus parejas; jóvenes con historiales violentos bajo régimen tutelar o correccional de menores; enfermos

mentales dados de alta de hospitales psiquiátricos; reclusos con permiso de salidas transitorias o excarcelados; todos ellos casos *ya detectados* por el sistema público que cometen *otra vez* un grave acto violento.

Ahora bien, el problema de la violencia tiene, al menos, dos niveles de complejidad:

Por una parte, el nivel I de complejidad: básicamente, el problema en el ámbito de la familia, la escuela y el grupo de pares, que son justamente los ámbitos de la socialización primaria. Es el Nivel comunitario, en el que se manifiesta la violencia familiar y conyugal, el maltrato infantil, la violencia escolar, el acoso escolar o *bullying*, y los comportamientos críticos de menores cuando afectan derechos ajenos. Y, por otra parte, el nivel II de complejidad, el de los casos *ya detectados* por el sistema penal: el delito juvenil,<sup>4</sup> los casos de delito individual o de carrera criminal, y el crimen organizado, que a menudo dan testimonio del fracaso de las políticas de prevención.

Los casos de complejidad II constituyen una muestra del problema de la *reincidencia*, y ponen de evidencia el *riesgo de violencia* existente en ciertos individuos. Y, asociado a este problema, en conexión con lo señalado respecto de la salud mental, la ausencia de programas de tratamiento para aquellos casos de *trastornos de personalidad con repercusión criminal*, que son aquellos casos-límite a los que aludimos antes, y que suelen ser refractados por los servicios de salud y equipos de tratamiento, debido a la ausencia de lineamientos técnicos y políticos claros.

Pues lo que estos casos plantean es la problemática de la *psicopatía*, que en su máxima expresión encontramos en el asesino en serie o violador serial, pero todavía más a menudo en sus precursores: el acosador escolar, la violencia sexista del maltratador serial, etc., es decir: el psicópata integrado, aquellos que viven con nosotros ocultos bajo la máscara de la salud y la decencia (Cleckley, 1941).

Por diversos motivos, este aspecto del problema de la violencia ha sido ignorado, mal comprendido o descartado en nuestra región latinoamericana, cuando en otras partes viene siendo tratado en reuniones internacionales de primer nivel.<sup>5</sup>

---

4. Conceptualizado desde una perspectiva *técnico-jurídica*, para la que, en sentido estricto, *delincuencia juvenil* implica las actividades o conductas de menores típicamente adecuadas a un precepto legal de delito o contravención. Es decir, la relación contradictoria entre conducta (anomia, inconducta) y orden jurídico.

5. Por ejemplo, las sucesivas Reuniones Internacionales sobre Biología y Sociología de la Violencia, organizadas por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (España).

En este contexto, la *evaluación del potencial riesgo* es una cuestión de suma importancia para la sociedad, y prácticamente el único recurso para la prevención secundaria de la violencia.

Ahora bien, la consideración de este riesgo está en la base de las decisiones administrativas a tomar por parte de la Justicia penal o civil, o cuando las familias solicitan una medida de protección para sus hijos. Ya sea de manera formal o informal, tanto los jueces como los familiares de los enfermos mentales intentan conocer si los sujetos judicializados o los pacientes serán violentos.

Y a esta evaluación somos llamados los psicólogos forenses, profesionales de la salud mental en función judicial.

Unas palabras sobre la evaluación del riesgo:

- Primero, estamos hablando de casos ya detectados por las agencias públicas, no estamos hablando de prejulgar un estado peligroso con base en la «portación de cara».
- Segundo, la predicción del comportamiento futuro está entre aquellas variadas demandas que recibimos los profesionales de la Psicología, sea en el ámbito clínico, en el de la selección de personal o en el educativo o en el de la psicología aplicada al mejor ejercicio del Derecho (Mira y López, 1932).

Es decir, la predicción de la conducta futura está presente en casi todas las ramas de la psicología aplicada y no es metodológicamente distinto de pronosticar el estado del tiempo, la intención de voto en las urnas, el comportamiento de los inversionistas ante una decisión del banco central de la república, la evolución de un paciente quirúrgico u oncológico, etc., que responden el meteorólogo, el sociólogo, el economista y el médico, respectivamente. La predicción probabilística forma parte del ejercicio profesional, y es consecuencia de un juicio diagnóstico, es decir, de la recolección de una determinada cantidad de información para categorizar el caso que estamos tratando. Los psicólogos laborales prevén el mayor o menor ajuste de un candidato al rol que requiere el perfil del puesto para el que lo estamos evaluando, de la misma manera que en el caso de la orientación vocacional puede anticipar si un estudiante podrá finalizar con éxito sus estudios, y en el de la clínica psicológica saber si un paciente evolucionará favorablemente y en qué tiempo después de un determinado tratamiento.

El *riesgo de violencia* también es focalizado por diversas legislaciones con objetivos de prevención (nuestro *Nivel I* de complejidad), como es el caso de las leyes de prevención de la violencia familiar o conyugal, o para la resolución de conflictos de manera no violenta, o para la prevención de la violencia asociada al abuso de sustancias. El interés social se expresa en la proliferación de leyes para todo tipo de conducta violenta, ya ocasionen lesiones u homicidios, ya ataquen la integridad sexual o el rendimiento laboral, ya sean dolosas o culposas.

Estas demandas recaen sobre todos los agentes sociales, empezando por las estructuras político-administrativas del Estado, las organizaciones sociales, medios de comunicación, etc. En consecuencia, moviliza a los profesionales que trabajamos en tres ámbitos concretos de la administración pública: la justicia, la sanidad o salud pública, y los servicios sociales. Estos tres sectores tienen un efecto directo sobre el control y la prevención de la violencia, a partir de lo que se hace o se deja de hacer.

Tradicionalmente se ha requerido a los expertos en salud mental que brinden un asesoramiento sobre la «peligrosidad» de los enfermos mentales que toman contacto con el sistema judicial (el *Nivel II* de complejidad). Hoy, entre todos los profesionales y operadores sociales intervinientes, los profesionales de la salud (sea en función asistencial como en función forense) tenemos la responsabilidad, en primer lugar, de atender a las víctimas de la violencia, pero también se nos solicita intervenir con los agresores para evitar en el futuro sus comportamientos violentos. En este contexto, las técnicas de predicción de la violencia forman parte de las estrategias de prevención y gestión del riesgo de violencia.

Como decíamos más arriba, esto no tiene nada que ver con peligrismo penal, con la demagogia punitiva o con los prejuicios de la clase media o alta. El modo de realizar la tarea de evaluación y su conceptualización evolucionó notablemente en estos últimos treinta años, pero igualmente es dable encontrar su impugnación desde el discurso garantista penal.<sup>6</sup>

---

6. Podemos encontrar todavía cierto discurso seudoprogresista sobre el «mito de la peligrosidad de la enfermedad mental», discurso verdaderamente peligroso él mismo por lo que entraña de desconocimiento: el riesgo de dañarse a sí mismo o de dañar a otros, si bien generalmente está circunscrito a estados de descompensación puntuales, es una eventualidad real y debe ser determinado por el especialista.



Por una parte, la teoría evolucionó reconociendo la significación jurídico-política que subyace en los códigos penales bajo el término *peligrosidad*, optando por un modelo clínico-epidemiológico centrado en la *evaluación del riesgo*: es decir, que desde la criminología y la psicología criminal se ha descartado utilizar a la noción de *peligrosidad* como atributo clave para estimar la probabilidad futura de comportamientos violentos. Y no solo por razones conceptuales, sino por motivos prácticos también: en efecto, su capacidad predictiva es limitada y su uso poco eficaz para los profesionales que toman decisiones prospectivas en contextos forenses, clínicos o penitenciarios.

Es decir que, por otra parte, fueron reconocidos las malas prácticas y errores comunes de los forenses, destacándose la falta de sistematización, el basarse en impresiones subjetivas del evaluador, como también el desconocimiento de las tasas de violencia; desarrollándose modelos actuariales y guías de evaluación que orientan al clínico en su juicio profesional (Folino y Escobar, 2004). En estos últimos años se han desarrollado técnicas para predecir la conducta violenta, basadas en un mejor conocimiento de los procesos que la producen, lo que ha permitido no una mera sustitución terminológica («peligrosidad» por «riesgo de violencia»), sino cambiar la perspectiva conceptual de la violencia y, a la vez, desarrollar protocolos e instrumentos de uso profesional para la valoración del riesgo de violencia (Pueyo y Redondo, 2004).

Ahora bien, desde los orígenes de la psiquiatría los clínicos han reconocido un grupo de personas cuyo carácter antisocial no puede explicarse exclusivamente, ni por un trastorno mental o emocional, ni por motivaciones neuróticas o por una educación desfavorable.

Un recorrido teórico por la conceptualización y clasificación de los trastornos de personalidad nos llevaría demasiado espacio en este artículo para dar cuenta de cómo se fueron forjando sus postulados a lo largo de la historia de la psicopatología, pero podemos señalar algunos hitos desde el siglo XIX: James C. Prichard (1835), que fue el primero que utilizó el término *locura o insania moral* para dar cuenta de aquellos casos de individuos caracterizados por una falta de sentido ético y de sentimientos sin «lesión del entendimiento», es decir, sin que se pudiera apreciar en ellos locura o incapacidad intelectual, pero que indudablemente debían padecer una anomalía equivalente a la enfermedad mental por la cual los principios morales están pervertidos. Desde entonces, diferentes nombres se aplicaron buscando definir esas personas con ausencia de

remordimientos o culpa, negación de su responsabilidad, propensión a violar normas sociales y tendencia a la violencia, entre otros comportamientos. C. Lombroso (1872) habló también de una predisposición a la criminalidad y amoralidad y la relacionó con estigmas físicos y psíquicos. Emil Kraepelin (1907), quien intentó entender las grandes perturbaciones psicológicas a partir de sus antecedentes premórbidos y sus correlatos mórbidos, consideró los trastornos de personalidad como formas intermedias de las psicosis, defendiendo la idea de continuidad entre trastornos del estado mental y de la personalidad. Finalmente, el término *psicopatía* (Schneider, 1923) designó a esos pacientes que han «roto la cabeza» de los especialistas durante mucho tiempo y cuyo carácter antisocial parece resultado de todos y de ninguno de esos factores. Designados bajo los marbetes de «personalidad caracterial» en Francia, «personalidad psicopática» en Alemania, «neurosis impulsivas» en Inglaterra, «sujetos disociales» en Estados Unidos, es definida así una condición subjetiva caracterizada por la infracción a la norma, la inestabilidad de la conducta, la propensión para el pasaje al acto y la inadaptación a la vida social, asociada eventualmente a otros trastornos (como perversión sexual o toxicomanía) que, no cabe duda, son casos difíciles que hacen colindar a la clínica psiquiátrica y psicológica con la criminología. Y la mayoría de las veces, no se trata del asesino en serie o el *monstruo degenerado* que protagonizan una serie de hechos brutales y conmocionantes para la opinión pública: quedarnos allí implica descuidar lo que desde mediados del siglo pasado conocemos como los *psicópatas integrados*, aquellos que viven entre nosotros y que Hervey Cleckley (1941, 1982) describió en un libro llamado *La máscara de la cordura*, a partir de una serie de casos reales que él trató: personas de buena familia, inteligentes y racionales, sanos de mente y cuerpo, pero con una florida conducta antisocial y que no parecían afectadas por las consecuencias de sus acciones. Nada más lejos de la impresión de peligro y de aspecto demoníaco brindada por los medios de comunicación.

Sabemos que esta imagen no es totalmente correcta: al igual que el llamado sociópata en las primeras clasificaciones DSM, el psicópata se caracteriza por una falta de sentimientos de culpabilidad y de habilidades empáticas. Pero a diferencia del sociópata, el psicópata primario no ha desarrollado esta conciencia y esa empatía, no por un problema de socialización, sino por alguna peculiaridad psicológica inherente que le hace muy difícil de socializar. Gracias a estas peculiaridades, el psicópata parece indiferente a que se le castigue por

sus acciones. Esta característica no sería perniciosa sino hasta combinarse con tendencias perversas, o con un temperamento hostil y agresivo, lo que determina que esa ausencia de restricciones normales puede dar lugar a una combinación explosiva y peligrosa.

El psicópata carece del barniz afectivo que acompaña usualmente a la experiencia, sus sensaciones emocionales parecen estar atenuadas de un modo equivalente a la ceguera de colores que padecen los daltónicos. Cleckley estima que los sentimientos morales deben ser aprendidos y que este proceso de aprendizaje está reforzado por las emociones. Cuando estas emociones están atenuadas, el desarrollo de la moralidad se complica mucho. Así, según Cleckley, para el psicópata primario no son eficaces las experiencias normales de socialización a causa de un defecto innato que él compara con la afasia semántica (trastorno cerebral que supone elaborar frases semánticamente correctas, pero sin reconocer con precisión qué se está diciendo).

Sin embargo, no está claro que el psicópata sea incapaz de mostrar emociones. Claramente siente ira, satisfacción, placer, y autoestima. De otro modo no se entendería por qué hace lo que hace.

Más bien, diríamos que el psicópata se caracteriza por tener una experiencia atenuada, no de todos los estados emocionales, sino de la ansiedad o el miedo. Los seres humanos tenemos una tendencia innata a tener miedo de ciertos estímulos (falta de apoyo, serpientes o arañas, extraños, fuego) y a asociar miedo a estímulos y situaciones experimentadas con anterioridad junto a estímulos temidos de un modo innato, incluyendo el dolor y el castigo. Un alto umbral de ansiedad o miedo complicaría el proceso de socialización, el cual depende del temor al castigo de la conducta antisocial, y dado que el castigo funciona (cuando funciona) a través de la inhibición de los impulsos, cuando la tentación vuelva a aparecer, gracias al temor a las consecuencias, entonces una persona con poco temor será difícilmente socializado por este camino.

Es muy difícil abordar, pues, el problema psicosocial de la violencia sin reconocer esta dimensión del mismo, dimensión que tiene varias manifestaciones que, detectadas tempranamente a través de sus precursores, permite su prevención: el acoso escolar (*bullying*), el delito juvenil, la violencia sexista, pueden ser manifestaciones subcriminales de la psicopatía que, no abordadas, terminan por dar lugar a lo que, en términos de Franz von Liszt, llamaríamos el delincuente habitual incorregible.

## Conclusiones

---

Parafraseando a Clemenceau, quien sostuvo que la guerra es un asunto demasiado importante para dejarlo en manos de los militares, podemos decir que la violencia es un tema demasiado importante como para dejarlo solo en manos de los abogados o de las fuerzas de seguridad. Se trata de un problema al cual los expertos en salud pública deben abocarse, no solo por sus efectos nefastos sobre la salud sino también por los aportes que estos especialistas pueden realizar desde un enfoque preventivo y asistencial, el cual es multidisciplinario y multisectorial, tanto para la atención de las víctimas como cuanto para el tratamiento del violento.

Tanto desde la psicopatología, como desde la psicología jurídica, no se puede hablar de violencia en términos genéricos sin referirla a un constructo teórico. En este sentido, me interesa rescatar la noción de *psicopatía*, diluida en las clasificaciones actuales bajo las distintas formas de TP, para contrastarla con los actuales lineamientos de reforma legal en derecho procesal y en salud mental. Como operador del sistema judicial, constato que la psicopatía existe efectivamente tanto como existe la selectividad del sistema penal. El desafío es: cómo tratar la psicopatía hoy y cómo gestionar el problema teórico y práctico (clínico) que presentan los TP.

Hablo de *qué hacer* con los trastornos de personalidad identificables. Abordemos el tema de la llamada *personalidad anormal* y de la llamada *psicopatía*, y nos preguntaremos si esta condición es susceptible de ser incluida dentro de los lineamientos generales de la Salud Mental. La cuestión acerca de si existe un tratamiento eficaz para este tipo de trastornos, y, en todo caso, cuáles serían las características de un tratamiento efectivo; es materia para otro trabajo.

Y hablo de *cómo hacer*, cómo implementar un acto profesional –sea en el campo asistencial como en el de la actividad pericial– que integre las nuevas perspectivas y lineamientos en salud mental con los objetivos de una política criminal respetuosa de los derechos humanos, respetuosa del nivel de avance de la conciencia jurídica actual, y que contribuya a los objetivos de reducir la violencia en general, y la criminalidad violenta en particular, sin caer en maniqueísmos que hacen oponer los derechos humanos y garantías a la protección del bien común que demanda el común de la gente.

## Referencias

- Blackburn, R. (1999). Violence and Personality Distinguishing among Violent Offenders. En Curran, D. & McCartney, W. (eds.), *Psychological Perspectives on Serious Criminal Risk* (pp. 37-51). Leicester: British Psychological Society.
- Boer, D. P., Hart, S., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (2005). *Manual de valoración del riesgo de violencia sexual*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Cleckley, H. (1941 / 1981). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Delmàs-Marty, M. (1986). *Modelos actuales de política criminal*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Revista Lancet*, 359(9306), 545-550. Recuperado el 24 de marzo 2014 de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07740-1/abstract?cc=y](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07740-1/abstract?cc=y).
- Federación De Psicólogos De La República Argentina FePRA (2013). *Código de Ética Nacional* [documento de Internet]. Recuperado el 11 de diciembre del 2015: [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf).
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Revista Psicothema*, 20, 193-198.
- Folino, J. O., & Escobar, F. (2004). Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *Revista MedUNAB*, 7(20), 99-105.
- Hart, S. D. (1997). The role of psychopathy in assessing risk for violence, Conceptual and methodological issues. *Legal & Criminological Psychology*, 3 (Part 1), 121-137.
- Hart, S. D. (2001). Assessing and managing violence risk. En K. Douglas, P. Ed.). *HCR-20, Violence Risk Management Companion Guide*. Vancouver: SFU ed.
- Jaspers, K. (1913/1975). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Ediciones Beta.

- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 22, 327-336.
- Liszt, F. von (1882). *La idea de fin en el derecho penal* (en línea). Recuperado el 4 de octubre del 2015 de: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=991>
- Pueyo, A. & Redondo, S. (2004). Aportaciones psicológicas a la predicción de la conducta violenta, reflexiones y estado de la cuestión. En: *Papeles del psicólogo*. Recuperado el 24 de marzo de 2014 de: <http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones>.
- Reiss, A. J. (ed.) (1994). *Understanding and preventing violence*. New York: National Research Council.
- Schneider, K.(1980). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. & Hart, S. D. (2005). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Zazzali, J. R. (2007). *Manual de psicopatología forense*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.