

UNA SUBESPECIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: LA PSIQUIATRÍA FORENSE*

Jorge Óscar Folino¹

Resumen

En este artículo se describe humorísticamente la psiquiatría forense como una subespecialidad psiquiátrica que abarca, entre otros, temas como la violencia, la capacidad psíquica para actuar en el proceso judicial, la inimputabilidad por trastornos mentales, el daño psíquico, la responsabilidad profesional en el área de la salud mental, la custodia y el régimen de visitas cuando existen litigios por conflictos matrimoniales, el abuso sexual y la confidencialidad en la relación profesional.

Palabras clave: psiquiatría, psiquiatría forense.

Title: Forensic Psychiatry: A Subspecialty of General Psychiatry.

Abstract

This article describes Forensic Psychiatry in humorous terms. Forensic Psychiatry is a subspecialty of General Psychiatry that comprises, among others, the following topics: violence, fitness to stand trial, insanity defense, psychological harm, psychiatric malpractice, child custody, sexual abuse and confidentiality.

Key words: Psychiatry, forensic psychiatry.

* Artículo adaptado del original: Folino J. Una subespecialización psiquiátrica: la psiquiatría forense. In: Manuel Suárez Richards, et al. Introducción a la psiquiatría. 2nd. ed. Buenos Aires: Salerno; 2000. pp. 441-9. Publicado con autorización del autor.

¹ Perito de la Asesoría Pericial, Departamento Judicial La Plata; profesor adjunto de Psiquiatría y director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; director del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados, Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

La revista dominguera, la inmunoematología y la psiquiatría forense

Estimado lector: lo invito a que lea este artículo de una manera informal. Como si leyera un comentario en la revista accesoria que viene con el periódico los domingos. El artículo tiene como objetivo, precisamente, contarle acerca de un área de la medicina que, muy probablemente, esté alejada de su práctica médica, pero que es interesante conocer. Por eso, permítame la licencia de dirigirme directamente a usted, como representante de curiosos profesionales, y olvidando, en beneficio de la didáctica, las formalidades del texto científico, que nos guarda y nos protege de introducir pecados intuitivos.

Las revistas de los domingos aportan informaciones que no suelen resultarnos muy tangibles. Mientras estamos tomando mate, extasiados por permanecer en la cama a las diez de la mañana, leemos acerca del último modelo Ferrari que nunca manejaremos, de las islas “piripipi” en cuyas playas viven peces de colores diseñados por Dalí y también alguna noticia sobre cómo bailan en el palacio del Loire —donde nunca bailaremos— las damas y caballeros con modelos de Ralph Lauren que nunca nos dirán te quiero.

El relato que sigue también tiene bastante de inaccesible. Si usted se dedica o planea dedicarse a operar

el abdomen con la nueva técnica “transsumanticamesentericadoble”, verá muy alejada la posibilidad de contactarse con un juez en lo criminal para decirle que, en su opinión, el que le robó las gallinas al vecino no lo hizo para emular viejas tradiciones del barrio que otrora permitían ingresar a la banda, sino porque, en su delirio finisecular, quería hacer un ritual que salvara al mundo de las catástrofes que naturalmente hacen los políticos.

Ya le digo, seguramente usted no hará nada parecido, pero es bueno saber que algún colega suyo está intentando ese tipo de misiones imposibles (me refiero a que los abogados entiendan semejantes cosas que casi no entendemos nosotros).

Ahora bien, ¿por qué la inmunoematología y la psiquiatría forense? Porque se me ocurrió una adivinanza y éste era el mejor medio para decírsela a mucha gente a la vez: ¿en qué se parecen la inmunoematología y la psiquiatría forense? Si me contesta que en nada, debo decir: acertó. Sin embargo, algo tienen en común y es bueno reconocerlo porque se trata de la trayectoria que siguen muchas disciplinas a las que perseguiremos como el burro a la zanahoria.

Si señor, en esta profusión de conocimientos y aplicaciones que nos depara la época, muchos cuerpos teóricos se desprenden y derivan unos de otros, con lo que adquieren

cierto permiso para andar solos y estimulándonos a mantener la educación continua y la sucesiva acreditación que, además de darnos elementos para tapar agujeros de la pared, nos habilita para ejercer funciones cada vez más especializadas.

Siendo más claro, si quiere llegar a ser inmunohematólogo para sorprender al vulgo con habilidades de muy baja prevalencia, seguramente tendrá que adquirir la especialidad básica en hematología —y ser preferentemente bueno, para poder aprender lo que sigue—, luego tendrá que gastar más tiempo para estudiar lo que ya pocos entienden y se animan a hacer con la vinculación de la inmunología con la hematología; si puede, como broche de oro a su aplicación, descubrirá el nuevo antígeno que identifica los auténticos eritrocitos de la sangre azul; ya habrá adquirido entonces una subespecialidad o especialidad dependiente, tendrá un nuevo agujero tapado en la pared y el barrio lo mirará como a Merlín cruzando la avenida Nueve de Julio en escoba.

Pues bien, con la psiquiatría forense pasa algo similar, pero como ésta es la estrella del capítulo, le cuento más detalles en el próximo apartado.

La psiquiatría forense no sólo es tema de películas

La psiquiatría forense resulta un entretenido componente del argu-

mento de algunos *thrillers*; pero no todo es diversión en la vida, también es una herramienta de trabajo con la que algunos nos ganamos la vida. Para estos últimos efectos, decimos solemnemente que la psiquiatría forense es una subespecialidad médica que incluye trabajo clínico y estudio científico en las múltiples áreas en que se interrelacionan cuestiones legales y de salud mental. Agregamos, para tener más legitimación ante la cara desorbitada de nuestros interlocutores, que su matriz o especialidad básica es la psiquiatría general (1-4).

Cuando queremos ser más contundentes en el impacto que provocamos, decimos que la psiquiatría forense abarca diversos tópicos. Algunos ejemplos son la violencia en general y en la cancha, la capacidad psíquica para actuar en proceso judicial —ya sea para declarar que uno es inocente, como siempre, o discutir con el abogado para que lo represente adecuadamente—, la evaluación del estado psíquico al momento del hecho delictivo cuando alguno dice que robó por mandato divino; el estudio del daño psíquico, la responsabilidad profesional del psiquiatra cuando le recomienda verbalmente a su paciente amnésico que no olvide tomar los remedios; la custodia y el régimen de visitas cuando los hijos están a punto de ser disecados para un buen reparto entre los padres, la confidencialidad en la relación profesional que limita a los

psiquiatras chismosos, la internación involuntaria de quien dice que puede jugar al gallito ciego en la autotopista, sin riesgos, porque es la versión gauchesca de Superman (5-16).

Una peculiaridad de esta disciplina es que posee metas diferentes a las de la psiquiatría general. No quiero decir que la meta del psiquiatra forense sea no cobrar el trabajo, sino que funciona sin un rol terapéutico y solamente para los efectos de auxiliar a la justicia aclarando lo poco que los abogados no saben. Dicho de otra manera, no apunta al tratamiento bueno y barato que suele pedir el enfermo, sino a dar su opinión respecto a un tema puntual que le consultaron, y ese trabajo se lo tiene que cobrar a quien le pregunta o a quien diga el juez.

Ahora bien, como buena hija, la *psiquiatría forense* debe respetar algunos designios de su madre, la *psiquiatría general*. Los designios responden a la historia y a la estructura epistemológica de la psiquiatría. Tener esto en claro permite diferenciar lo que hacen los unos y los otros que se acercan a la arena de la salud mental, sin que deba interpretarse que allí todo es una lucha.

Como de la madre hay que hablar en serio, diremos que la *psiquiatría general* es una disciplina técnico-científica, que tiene como ciencias básicas la psicología, la biología, la sociología y la antropología (ver Fi-

gura 1). En sus diferentes áreas de investigación y de aplicación se nutre también de otras disciplinas. Tiene un campo del conocimiento inter y pluridisciplinario, con una estructura paradigmática continuamente puesta en tensión por su cabalgamiento entre las ciencias biológicas y humanas (17-19).

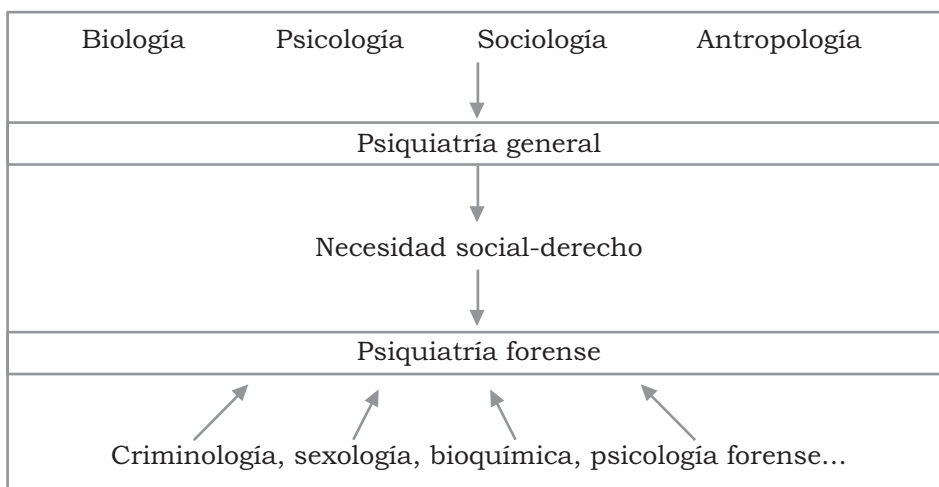
El estudio psiquiátrico forense parte del núcleo metodológico serio aportado por la psiquiatría general para responder a una necesidad social orientada por el derecho, la cual, no lo dude, es también muy seria. También se da licencias divertidas prestándose a la trama de *El silencio de los inocentes*.

Como las preguntas que se intentan responder desde la psiquiatría forense son complejas, y como es común que los émulos de Perry Mason infundan miedo con su sagacidad, los psiquiatras consideramos que la disciplina debe fortalecerse con aportes de la criminología, la epidemiología, la psicología forense, la bioquímica, la sexología, entre otras materias.

**¡Cuidado! El sistema
psiquiátrico forense llega
hasta donde usted no lo cree**

Si bien no tiene un cartel luminoso que lo indique, existe un sistema psiquiátrico forense por el que transitan los enfermos mentales, y otros

Figura 1. Interdisciplinariedad de la psiquiatría forense



no enfermos, que entran en contacto con el sistema judicial.

El sistema está formado por sectores del poder judicial, del servicio correccional, del sistema de salud pública y, adhiriendo a la corriente de privatizaciones, también suma sectores del sistema de salud privado (20).

La mayor parte de las preguntas y sus momentos apropiados, y también la movilización de los que transcurren por el sistema psiquiátrico forense, está reglamentada en las legislaciones penales. Los operadores de justicia actúan siguiendo las recetas de los códigos, si bien nunca falta el que quiere imponer alguna inspirada improvisación. Los peritos, también llamados respetuosamente

expertos en psiquiatría forense y de otras maneras originales, asesoran a los jueces civiles y penales en cada una de las instancias del proceso y de la ejecución de la pena. Algunos ejemplos del funcionamiento del sistema siguen a continuación.

En el fuero en lo criminal, apenas se pesca a un amigo de lo ajeno, el psiquiatra forense estará listo para realizar un examen del estado actual. Si los sabuesos no encuentran al sujeto que cada día muestra sus partes pudendas a las muchachas del barrio, sin que ellas lo quieran claro está, le pueden preguntar al psiquiatra si con algunos datos colectados puede conjeturar, razonablemente, qué otro tipo de conducta sería esperable en personas con tan malas costumbres. Todo para

orientar la investigación y evitar que las muchachas se muden a otro barrio (21),(22).

Cuando una víctima hace una denuncia, los investigadores y centros de atención a las víctimas pueden requerir la opinión acerca del estado de ésta (verosimilitud de la denuncia, grado de afectación, qué tipo de tratamiento conviene disponer, etc.).

Cuando alguien dice que no recuerda lo que hizo y que tampoco le refresca la memoria que un vecino describa cómo lo vio meterse en un auto ajeno, luego de abrirlo con gancha, quitar el radio e irse más que rápido con el pan ganado bajo el brazo, los jueces preguntan al psiquiatra forense si, al momento del hecho, tenía algún tipo de enfermedad que le impedía comprender la criminalidad de los actos o dirigir sus acciones. Si el diagnóstico es debilidad por los pasacasetes marca Philco y que lo “enloquece” conseguir plata fácil, difícilmente la justicia lo considerará inimputable (23-25).

En diferentes fases del proceso en lo criminal, se le pide al psiquiatra que opine acerca de la peligrosidad. Esto siempre le produce dolor de cabeza a todo el mundo, pues es tarea bien difícil que se orienta a predecir o calcular el riesgo de que alguien, en el futuro, resulte violento de alguna manera contra un semejante o contra sí mismo o, por qué no, contra cualquier cosa de

este mundo. Cuando la opinión del experto, en este momento híbrido psiquiatra y calculista del futuro, alerta acerca de alto riesgo, la justicia indica una medida de seguridad en algún lugar apropiado.

En ese instante, el psiquiatra forense se funde con sus otras vocaciones de arquitecto y “segurólogo” —¿el que sabe de seguridad?— y sugiere que la medida se cumpla en un hospital, clínica, casa u hospital psiquiátrico del Servicio Penitenciario. Para modelar la mejor sugerencia, el perito tiene en cuenta las características y necesidades de la persona, qué tipo de tratamiento necesita, cuántas ganas tiene de hacerlo, qué colaboración prestará en búsqueda de su mejoría, y, según lo disponible, se tiende a buscar el máximo confort y la mínima restricción posible (26-32).

En el fuero en lo civil, los jueces les preguntan a los expertos acerca de si alguna enfermedad alteró la capacidad del sujeto para dirigir su persona o para administrar sus bienes. Con su opinión, el juez puede establecer la incapacidad civil del sujeto y luego nombrar un curador que debe tomar las decisiones por el enfermo. Por supuesto, al curador la justicia lo pone de alguna manera bajo la lupa porque debe cumplir bien su rol.

Es bueno que el lector sepa claramente que: el espíritu de estas leyes es la ayuda y la protección al inca-

paz, para que no haga macanas en su propio perjuicio, y para que ningún *vivillo*, que nunca falta, se aproveche de su vulnerabilidad.

Aunque usted no lo crea, la justicia está tan bien dispuesta con estas personas que se pone bajo el ala, que a quienes no tienen recursos les brinda un subsidio económico. ¿Qué tal? Yo sé que no se lo esperaba. Es bueno que toda la sociedad lo sepa, y, especialmente, usted que se mueve con las artes de mantener la salud. Si lo aprendió, asesore a quienes le pregunten para que no vean todo esto como un castigo o un perjuicio judicializado; esto es nada más ni nada menos que la institucionalización de la ayuda y protección que le debe la sociedad a los que, por enfermedades mentales, no pueden arreglárselas solos (33).

En el fuero en lo civil, también se suelen presentar litigios que promueven preguntas a los expertos psiquiatras acerca de si alguien padece una enfermedad mental que altere su capacidad para casarse, hacer un testamento o ceder un poder. Imagínese que nunca falta una pitonisa que envuelva al anciano que ya tiene mínima memoria, está dependiente y no diferencia quién le está encima como ángel de la guarda y quién como expectante halcón dispuesto a tirarse en picada.

Esto no es simplemente anécdota; tiene mucho de enseñanza. No se

olvide el médico, diría Martín Fierro, ya ejerza psiquiatría o cualquier otra destreza médica, que estará obligado a denunciar cuando encuentre que un paciente incapaz es víctima de alguna maniobra de este tipo o mal trato de otro tipo. Es lo mismo que pasa con los niños. En ambas situaciones, por estar involucrado un sujeto incapaz que puede ser perjudicado, si la obligación del ciudadano común se agiganta para promover su protección, la del médico más aún (34),(35).

Pensó usted alguna vez que si, en medio de la borrachera, el beodo perdió en la ruleta, firmó la venta de su casa y cambió su reloj de oro por la última ficha de cinco pesos, ¿podría merecer otra cosa que la extradición de la república familiar con las valijas llenas de soeces epítetos? Aunque le parezca mentira, la justicia y la psiquiatría forense tienen una especie de asilo político para cuando aquel gran productor de desdichas propias y familiares está enfermo de tal manera que, sin llegar al supuesto de la incapacidad comentada arriba, no puede dejar de hacer semejante tipo de desatinos. El remedio es un estatus legal de inhabilitado que le cuida el patrimonio y que lo limita para disponer de sus bienes por actos entre vivos (36),(37).

Querido lector, aún falta más. ¡Pocos quedan fuera de esta red que extiende el sistema psiquiátrico

forense para que los expertos no nos quedemos sin trabajo! Hasta aquel que de ninguna manera es vulnerable y que tampoco comete dolo alguno puede quedar bajo la inspección aguda del psiquiatra forense luego de ser víctima de algún tipo de accidente o perjuicio. Ocurre que nadie está a salvo de tales infortunios y, cuando tiene la mala pata de sufrir alguno, lo que legítimamente querrá es que se compense el daño sufrido. En ese momento se da la intervención psiquiátrica.

El demandante alega que sufrió un daño psíquico y pide que se evalúe si es cierto y que se midan el daño y los perjuicios. De esta manera, los siempre bien dispuestos expertos psiquiatras acuden con todas sus habilidades a someterle a una serie de pruebas para ver en qué parte del alma le quedó la avería y usted, que nunca pensó en vérselas con semejante espécimen poseedor de ciencias y apariencias, estará colaborando con él, explicándole todo lo que le ocurrió y cuidando que su interlocutor no se distraiga con ninguna inspiración extemporánea (38).

Después de estas líneas, supongo que le habrá quedado claro que el sistema psiquiátrico forense tiene una gran extensión que se encuentra subestimada en la opinión pública y en la organización política. Se extiende a través de diversas instituciones públicas y privadas, y comparte con ellas variedad de aspectos beneficio-

sos y deficitarios. La población que toma contacto con el sistema a través de los fueros civil y criminal activa, aun sin saberlo, unos dispositivos psiquiátricos forenses que son sumamente dinámicos, rápidos y que exigen sólida formación en la técnica diagnóstica. A propósito de ello, le sugiero leer lo que viene.

¿Se puede clonar a un psiquiatra forense?

El psiquiatra forense es un psiquiatra general que ha logrado especial conocimiento a través de entrenamiento y experiencia en el campo de interrelación entre la psiquiatría y el derecho. Su trabajo profesional puede incluir actividades clínicas, educacionales y de investigación. La tarea puede desenvolverse en litigios en lo criminal, civil o laboral. Los lugares de trabajo incluyen hospitales, clínicas, oficinas periciales judiciales o de las instituciones penitenciarias, prisiones, otras instituciones públicas o privadas. Como queda claro, la sociedad estaría tristemente desprotegida sin psiquiatras forenses.

Pero, si son tan buenos, ¿por qué no clonarlos?, y, tal como harina de distribución gratuita en *Un mundo feliz*, ¿por qué esparcirlos generosamente a lo ancho y a lo largo del gran esferoide?

No se clonan por cuestiones de seriedad y diversión: al clonar no se

obtendría un producto acorde con la seriedad de la demanda ni tampoco sería divertido. Sólo lo que cuesta llega a ser apreciado y sólo con la experiencia se aprende bien. Lo mejor que puede hacerse es, en vez de clonación, una intensa y extensa *preparación*. Hay que pensar que el psiquiatra forense requiere capacitación para la evaluación crítica de los datos psiquiátricos, el conocimiento de algunas cuestiones legales y habilidades para la adecuada comunicación interdisciplinaria, ¡que no es moco de pavo!

Por todo lo antedicho, cae de maduro que las instancias necesarias para su capacitación son la formación teórico-práctica en psiquiatría general y en psiquiatría forense y el desarrollo de experiencia profesional de aplicación supervisada dentro del área específica.

Hasta hace no mucho tiempo, en Argentina, la formación psiquiátrico-forense se lograba trabajando en algún lugar específico y realizando cursos de medicina legal. Esta tradición, que tiene orígenes en concepciones centroeuropeas, lamentablemente fue restringiendo el desarrollo autónomo de la disciplina. Con gran esfuerzo de producción, la psiquiatría general y la psiquiatría forense en particular fueron conformando en el mundo un cuerpo teórico sumamente vasto que resulta imposible de abarcar con la sola formación que brindan los tra-

dicionales cursos de medicina legal, tal vez suficientes en los comienzos históricos.

En algunos países, unos pocos años atrás, legitimaron la acreditación en psiquiatría forense con la constitución de juntas evaluadoras, residencias y estructuras pedagógicas.

En 1998, por primera vez en Argentina y también en Latinoamérica, se institucionalizó una carrera de posgrado de capacitación específica en psiquiatría forense; ésta contempla las necesidades propias de los amplios contenidos de la disciplina y de sus peculiares formas de adquisición y de aplicación, asimismo, lo vital que es la investigación. Esta oferta educativa de la Universidad Nacional de La Plata, Maestría en Psiquiatría Forense, refleja el estado óptimo de madurez que ha alcanzado la psiquiatría forense en algunos medios y es modelo para muchas otras comunidades en vías de desarrollo.

Clonación aparte, si se quieren hacer las cosas en serio —así serán también divertidas—, debería atenderse a lo que indica el proceso histórico y el estado actual del avance psiquiátrico. El psiquiatra forense debería acreditar, en primer lugar, su especialización en psiquiatría general, y, en segundo lugar, su capacitación específica en el ámbito forense, considerándose de peso antecedentes tales como haber realizado maestría o cursos específicos.

De esta manera, el psiquiatra que responda con suficiente aval será alguien que estudió, por lo menos, entre seis y siete años su carrera universitaria, luego hizo la especialización en psiquiatría general —que en su versión más rápida es de tres años, con un peso horario en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata de 7.000 horas, o que, en su versión más habitual, le consumió entre cinco y ocho años— y que, finalmente, logra capacitación psiquiátrico-forense a lo largo del proceso educativo formal de, por lo menos, dos años más. Indudablemente, se trata de una capacitación sumamente prolongada y altamente especializada que, fuera de toda broma, merece la apropiada jerarquización y respeto (39), (40).

¿Qué clase de relación es la relación pericial?

El psiquiatra forense establece una relación especial con la persona a la que va a examinar por orden judicial. La relación pericial tiene diferencias con la relación terapéutica, que es el tipo de relación a la que está acostumbrado el médico (además de otras, por supuesto).

En esta relación no existe, en principio, la búsqueda de alivio o cura tal como es planteada cuando el sujeto busca la asistencia del médico.

La decisión de establecer la relación no depende libremente del sujeto. Siempre media una decisión judicial, esté o no interesado el sujeto en vincularse con el psiquiatra forense, por lo que no todos los datos obtenidos en semejante relación poseen el óptimo grado de confiabilidad.

El objetivo del psiquiatra forense no es curar algún pesar, sino obtener información científica para suministrar al administrador de justicia, vinculada con lo que éste quiere saber y con la ciencia de aquél. De todas maneras, la voluntad terapéutica que el médico tiene para con todo el mundo —menos para sí mismo cuando algún amigo le dice qué gordo está— no deja de cumplirse. La información obtenida en el peritaje, aunque no se vuelca en el mismo momento en terapia, moviliza, si es necesario, el trámite que lleva a la instauración de un tratamiento asistencial que deberán practicar otros profesionales.

Al lado de esos aspectos peculiares que operan en la relación pericial están otros de índole ética y que pertenecen al marco de respeto necesario al sujeto (objeto) de estudio y al profesionalismo. Aun cuando la relación pericial se establece por orden judicial, existen determinados límites éticos al accionar médico que deben ser contemplados por el profesional y por la comunidad que requiere sus servicios.

El psiquiatra forense debe alcanzar un adecuado balance de los valores que frecuentemente se ponen en conflicto —por ejemplo, confidencialidad, seguridad— y también ejercitar su práctica en un marco de respeto por la voluntariedad del examinado o de su representante legal y por la intimidad de aquél (41-45).

**Para muestra basta un botón.
Ejemplos de tareas
psiquiátrico-forenses**

Cuando se entabla un proceso en lo criminal o correccional, el procesado tiene que actuar en algunas circunstancias que exigen que esté con todas las luces o, por lo menos, con la mayoría. Imaginemos a alguien de 35 años acusado de daño por romper el vidrio de la ventana del vecino; tendrá que ser lo suficientemente maduro como para poder comunicarse con su abogado defensor para que le defienda; si no lo es, y solamente llora porque el vecino no quiso devolverle la pelota con la que rompió el vidrio, tendrá que actuar seguramente el psiquiatra forense para establecer si es capaz para actuar en el proceso; si no lo fuera, el proceso penal tomaría direcciones diferentes a la que hubiera seguido si el pelotari hubiera sido normal.

Tan importante son estos exámenes psiquiátrico-forenses que, en caso de que el experto detecte una enfer-

medad mental que genere peligrosidad, la persona puede ser internada aun en contra de su voluntad y puede ser tratada hasta que esté mejor y ya no genere riesgos. En los casos en que se interrumpe el proceso, si el acusado, gracias al tratamiento o al susto o a lo que fuera, recobra la capacidad mental, la causa penal prosigue a su respecto.

Otra utilidad que tiene el servicio psiquiátrico en esos momentos es que permite constatar si el sujeto tiene o no clara conciencia de la trascendencia del acto de prestar declaración indagatoria y si puede brindar información normalmente. De lo contrario, puede ocurrir que, por alguna enfermedad mental, un acusado exponga elementos que resulten perjudiciales para sí mismo —sean o no verdad— sin comprender que tiene determinados derechos, por ejemplo, negarse a declarar; o, también, que brinde información producto de una enfermedad mental, la cual resultaría irrelevante para el juzgador (46-48).

La justicia suele pedir a los expertos en psiquiatría forense que traten de descubrir cuál era el estado mental al momento del hecho, tal como fuera anticipado arriba. La importancia en este caso radica en que sería muy injusto encontrar imputable, culpable y penar a alguien que actuó en un estado de enfermedad psíquica muy severa. Para imputarle un delito, la justicia re-

quiere que la persona tenga un mínimo de madurez y de salud mental suficiente para que pueda comprender la criminalidad del hecho y dirigir su conducta. Si por la enfermedad no pudo cumplir con alguno de esos requisitos, los juzgadores establecerán que el sujeto es inimputable, y, en función de la peligrosidad, decidirán su internación para su protección y la de terceros (23), (49-54).

Dado que el diagnóstico es al momento del hecho, es decir, retrospectivo, el psiquiatra se enfrenta a una tarea sumamente difícil. Busca información en múltiples fuentes, por ejemplo, en informes médicos previos que pudieran constar en el expediente o que alguien pudiera brindar con autorización del juez, en descripciones que pudieron haber realizado testigos, en datos que brinda el propio acusado, en métodos auxiliares de diagnóstico, etc. Con todos ellos, razona y suministra al juzgador una opinión fundamentada. Si no alcanza a lograr una opinión que esté fundamentada, responde que no sabe.

Lo peor que puede hacer un experto es forzar la realidad y tratar de interpretar la sin fundamentos. Si así lo hiciera, les aseguro que desempeñará un rol más parecido al del acusado que al del perito. Para saber un poco más acerca de esas alternativas les recomiendo que no dejen de leer el próximo acápite.

¿Qué hace un psiquiatra ante el estrado?

El psiquiatra se arma de paciencia, buena voluntad y serenidad, repasa todo lo que puede y se presenta en el estrado al que fue citado. Allí se lleva a cabo un juicio oral. Hay un acusado, un defensor, un fiscal y un tribunal. El psiquiatra es llamado para que exponga sus conclusiones y responda a las preguntas del tribunal y de las partes, relacionadas con el estudio que oportunamente le fuera indicado, y, eventualmente, con los nuevos elementos que pudieran surgir en la audiencia. Al perito también le pueden hacer preguntas teóricas planteando alguna hipótesis que contempla determinado aspecto de la salud, terapéutica, efecto de tóxicos, etc. (55).

Usted lo podrá homologar al peor “final” que hayan tenido que rendir ante una mesa examinadora de la facultad. La imaginación no lo lleva hacia la analogía equivocada, pero, en realidad, es insuficiente. La situación es más estresante aún. Piense que usted ya no es un alumno al que se le puede contemplar con algo de indulgencia; que si se equivoca fiero, puede arrastrar al juzgador a una decisión judicial errónea y no solamente sufrirá usted, sino el tercero que está acusado o la sociedad toda.

Este tipo de consecuencias son las que hacen imprescindible que los psiquiatras forenses estén bien en-

trenados y actúen con solvencia y prudencia. Su ejercicio pericial es sumamente trascendente. Así debería concebirlo el psiquiatra y así debería reconocerlo la comunidad.

Sexo y drogas sin rock and roll

Hay algunos fenómenos sociales que son complejos y que tienen mucha vinculación con la salud mental. Por ejemplo, el consumo de drogas es algo que preocupa a toda la sociedad y que, cuando se asocia a alguna conducta reprochable, motiva a que la justicia que interviene le haga múltiples preguntas al psiquiatra.

Supongamos que uno de los estudiantes que vive en la pensión tiene debilidad por la cerveza y la marihuana, y que se peleó y lastimó al propietario de la pensión, una noche que volvía a los tropezones y cuando éste quería conservar el silencio en la pensión. Aquí se plantearán al juzgador diferentes dudas, por ejemplo, si realmente estaba ebrio, si la marihuana favoreció o no algún trastorno de conciencia, si no había consumido también heroína, si tendrá un síndrome de abstinencia en la comisaría adonde le habrán llevado para que se despeje, etc.

Drogas y alcohol están muy esparcidos en la sociedad y se vinculan a múltiples conductas no permitidas. Cada vez que esa asociación se pro-

duzca, la opinión pericial psiquiátrica será valiosa (56-59).

El sexo y la sexualidad, por su parte, pueden ser tema de estudio de ginecólogos u objeto de comercio de cineastas y revisteros, pero, cuando se asocian con conductas no permitidas por las leyes, pasan también a ser interés de la justicia y materias de consultas para los psiquiatras (60-63).

Los jueces piden a los psiquiatras que evalúen a los acusados de delitos sexuales con razonable e intensa preocupación, porque muchos de los delitos sexuales plantean dificultades probatorias al investigador y complejas situaciones al juzgador. Para muchos de estos delitos no hay testigos y las lesiones pueden resultar ambiguas. Ergo, los jueces buscan por todos los medios lograr alguna información científica confiable que oriente sus decisiones. El experto psiquiatra forense intenta colaborar aunque no siempre puede hacerlo en la medida deseada.

Investigar a abusadores sexuales es tarea difícil. Ellos saben que sus conductas no son socialmente aceptables, por lo que presentan resistencias a revelar la real extensión de sus crímenes. La expresión de esta resistencia es variable, puede aparecer como negación del hecho e, incluso, de los intereses sexuales desviados.

La información que se obtiene puede ser más confiable si se protege la confidencialidad, lo que, por cierto, plantea dificultades éticas y legales. Éstas no son las únicas problemáticas que enfrenta el psiquiatra forense. Otras surgen de la conceptualización que vaya a administrar sobre los abusos sexuales. Deberá preguntarse y responderse si son conductas patológicas o simplemente delitos, si es razonable que a los abusadores se les trate médicamente o simplemente que se les penalice judicialmente, si incluye la violación en la categoría de las parafilia, si el diagnóstico de algún tipo de parafilia puede permitir que la justicia considere al sujeto inimputable, etc.

Un fenómeno complejo difícilmente tiene una respuesta sencilla. El experto no podrá obtener de sus reflexiones una conclusión unívoca para todos los casos y deberá ajustarla al caso particular. Sin embargo, es bueno que el lector conozca que si bien el perito puede haber arribado en su estudio al diagnóstico de alguna parafilia, no se desprende necesariamente de ello que tenga una opinión a favor de la inimputabilidad. Por el contrario, en términos epidemiológicos, es poco probable que con el sólo diagnóstico de parafilia pueda sustentarse una opinión favorable a la inimputabilidad.

Las parafilias, como otros cuadros clínicos que son reconocidos por la

psiquiatría, no implican automáticamente un eximente de la imputabilidad o de la responsabilidad que es adjudicable al ciudadano común.

Cuando hablamos de abusadores sexuales infantiles se acaban las ganas de hacer bromas. Éste es un problema muy severo que exalta la sensibilidad social y preocupa a médicos y a jueces. Téngase en cuenta que los menores no son competentes para decidir acerca de las cuestiones del sexo y que las consecuencias del abuso sexual en los niños son catastróficas. Los peritos intentan colaborar de diversas maneras. Una forma es con la evaluación de los abusadores, para lo que se intenta diagnosticar la naturaleza específica del interés desviado y el subtipo de paidofilia, si es posible. Ello brinda orientación respecto a los riesgos y a las medidas que serían más aconsejables adoptar.

La metodología de evaluación que se utiliza en centros psiquiátricos forenses con experiencia específica incluye los siguientes métodos:

- Estudio clínico psiquiátrico general.
- Estudio hormonal sexual.
- Evaluación de la historia sexual.
- Evaluación de conducta sexual desviada.
- Testificación general.
- Evaluación intelectual.
- Evaluación de respuesta fisiológica y otras medidas objetivas (medición de la intensidad de res-

puesta sexual a estímulos auditivos o visuales).

Aunque usted no vaya a trabajar con medidas objetivas del interés sexual, es importante saber que existen, pues ellas han contribuido muy bien a la investigación de la motivación sexual, de la preferencia de género adulto y de intereses atípicos como el interés sexual hacia los niños. Las medidas objetivas tradicionales fueron la pletismografía peniana para varones y la fotople-tismografía vaginal para mujeres. Recientemente, se comenzó a utilizar otro método que consiste en la medida del tiempo de reacción visual ante determinada programación de estímulos (64-66).

La comunidad científica ha reconocido que la probabilidad de reincidencia es alta entre los que cometen abusos sexuales y que los adecuados tratamiento y supervisión disminuyen la reincidencia. Por esos motivos, resultan muy importantes todos los esfuerzos que puedan ser hechos desde la comunidad médica en general, ya sea evaluando, tratando o, simplemente, estando alerta para la detección de elementos sospechosos de victimización sexual en los pacientes en general y, muy especialmente, en los niños, pues son los más vulnerables.

Con un mayor aporte realizado por la comunidad médica, se obtendrá mayor impacto en favor de la dismi-

nución del abuso sexual. Los médicos pueden ofrecer recursos a los jueces y contribuir con la seguridad pública (67), (68).

En lo concerniente al estudio de las víctimas del abuso sexual, el psiquiatra forense estudia las secuelas psíquicas, orienta hacia el establecimiento de la terapéutica apropiada y contribuye a la medida del daño. El diagnóstico de algunos de los trastornos que quedan como secuela, y su puesta en relación con el conocimiento teórico general, puede contribuir, también, a la explicación de determinadas conductas de las víctimas que, de otra manera, quedan como inexplicables y hasta pueden dificultar la visión judicial del caso. Así ocurre con atrasos en la denuncia o con reacciones anómalas o sentimientos ambivalentes hacia los abusadores.

Usted podría sorprenderse con lo que sigue, pero a efectos de aumentar su cultura general psiquiátrica forense, que es el objetivo del capítulo, debo agregar que existe una faceta completamente diferente de este fenómeno. El abuso infantil también puede ser falsamente alegado, especialmente, cuando existen conflictos intrafamiliares. Dada semejante posibilidad, los jueces pueden pedir la colaboración psiquiátrica para evaluar si existe alguna característica en el niño que pueda promover la falsa alegación, lo que le facilita al psiquiatra reali-

zar los diagnósticos diferenciales de aquellos trastornos que pueden generar tendencias mitómanas u otras expresiones patológicas y, también, en algunos casos, si determinados aspectos del niño normal, o de su conducta, orientan a sospechar falsedad en el relato.

La evaluación de la veracidad puede brindar luz no sólo sobre la eventual existencia de acusaciones deliberadamente falsas, sino, también, a la posible existencia de interpretaciones erróneas de conductas infantiles o adultas.

Cuando la comunidad teme peligro, acude al psiquiatra

Lo más aconsejado cuando uno tiene miedo es buscar a alguien que lo proteja, sea Bruce Willis o el gordo de la esquina. ¿A quién se le ocurriría llamar al psiquiatra? Pues bien, aunque usted lo dude, el psiquiatra forense es muy requerido, si bien no es llamado precisamente para enfrentar al malhechor con sus habilidades de yudo, tal como harían Batman y Robin inmediata y elegantemente.

El psiquiatra forense es llamado para colaborar evaluando el riesgo que tiene alguna persona de actuar violentamente en algún futuro, ya sea contra sí mismo, contra otros o contra algo.

Semejante ejercicio intelectual es llevado a cabo costosamente por el psiquiatra en varias circunstancias: en la emergencia o en la internación involuntaria del enfermo mental, cuando el paciente internado involuntariamente está pronto a acceder al alta condicional o incondicional o cuando la justicia debe decidir la hospitalización de los inimputables por enfermedad mental.

También hay otras circunstancias, comúnmente menos visibles para el médico común, pero que no es malo conocerlas porque en algún momento pueden hacerse visibles. Recuerdo la oportunidad en que me llamaron, no como psiquiatra forense, sino como psiquiatra asistencial, porque un paciente en delirium trémens había roto el lavatorio del baño de una clínica. La desesperación cundía cuando, como cataratas urbanizadas, bajaba el agua prolijamente por la escalera.

La emergencia hizo que acudieran prestos tanto el plomero como el psiquiatra. Con la anécdota, quiero ejemplificar que la opinión psiquiátrica suele ser también requerida para evaluar el traslado de aquellos enfermos de peligro o de dificultoso cuidado en hospitales comunes a hospitales de mayor seguridad. Ya que usted será un iluminado por haber ampliado su horizonte con este capítulo, sepa también que la opinión psiquiátrica puede aportar algo bueno en el momento del in-

greso de algunos pacientes —como el de la anécdota— originando medidas preventivas. De esa manera, se evita el llamado a los plomeros.

Otro momento en que se busca la ayuda psiquiátrica es cuando hay temor de que los adictos incurran en delitos para sostener el consumo y se evalúa su internación involuntaria. También se requiere la opinión psiquiátrica en la fase de decisión de la pena y antes de otorgar libertades bajo fianza u otras medidas de excarcelación de procesados o penados.

Si bien es razonable considerar que el psiquiatra, en tanto escudriñador de la mente y conductas humanas, puede colaborar en gran medida, también es importante anticipar que hay muchos problemas en la técnica, eficiencia y ética del proceso que lleva a la predicción de conductas violentas. Aún no hay instrumentos confiables, los eventos que se intentan predecir suelen tener baja frecuencia en la vida del individuo, a veces se manejan las definiciones con ambigüedad y, como si todo fuera poco, las conductas violentas son fenómenos multidimensionales en los que intervienen múltiples factores, y muchos están fuera del alcance de los psiquiatras (28),(29), (32),(47),(69-78).

Por todo ello, es conveniente considerar la opinión psiquiátrica y el trastorno mental como subsectores

dentro de la sistemática de evaluación de la peligrosidad, que involucra perspectivas sociales, políticas y judiciales, entre algunas otras.

Como corolario, es bueno tener presente al psiquiatra para intentar predecir la conducta violenta; pero no deje de tener en su libreta el teléfono del plomero o del gordo de la esquina.

Por último, considere que los psiquiatras forenses ofrecen posibilidades de asesoramiento extendidas más allá de los temas puntuales tratados arriba, para intentar brindar una aproximación técnica del conocimiento del estilo conductual y de la personalidad del sujeto que, por alguna razón, le interesa a la justicia. Si no los necesita, mejor; si los necesita, sabe adónde ir a buscarlos y para qué sirven. Si quiere ser uno más de ellos, ya tiene un panorama de cómo lograrlo. Buena suerte.

Bibliografía

1. Folino JO. Interfase psiquiátrico judicial. Buenos Aires: Lema Editorial, SRL; 1994.
2. Gutheil TG, Appelbaum PS, editors. Clinical handbook of psychiatry and the law. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. Gutheil TG. legal issues in psychiatry. Kaplan H, Sadock B, editors. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
4. Nedopil N. Forensische psychiatrie. Munich: Georg Thieme Verlag; 1996.
5. Heilbrun AB, Heilbrun MR. Dangerousness and legal insanity. J Psychiatry Law. 1989;(17):39-53.

6. Dittmann V. Substance abuse, mental disorders and crime: comorbidity and multi-axial assessment in forensic psychiatry. *Eur Addict Res.* 1996;2(1):3-10.
7. Mullen PE. The specialist of forensic mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 1995;8(6):366-70.
8. Armitage DT, Townsend GM. Emergency medicine, psychiatry, and the law. *Emerg Med Clin North Am.* 1993;11(4):869-87.
9. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(Suppl 1):S13-S23.
10. Dyer JAT. Treatment in the community in the absence of consent. *Psychiatr Bull.* 1998;22(2):73-6.
11. Ormerod D. Psychiatric harm and criminal law. *J Forensic Psychiatry.* 1997;8(3):645-51.
12. Mezey GC. Victims of crime. *Curr Opin Psychiatry.* 1996;9(6):401-6.
13. Barratt ES, Slaughter L. Mental illness and violence. *Curr Opin Psychiatry.* 1996;9(6):393-97.
14. Dietz PE. The quest for excellence in forensic psychiatry. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(2):153-63.
15. Griffith EEH. Ethics in forensic psychiatry: a cultural response to stone and appelbaum. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1998;26(2):171-84.
16. Kraut AJ. Responsabilidad profesional de los psiquiatras [Professional responsibility of psychiatrists]. Buenos Aires: La Rocca; 1991.
17. Fielding N. Bias in criminological research. *J Forensic Psychiatry.* 1996;7(1):5-14.
18. Allebeck P. Forensic psychiatric studies and research ethical considerations. *Nord J Psychiatry Suppl.* 1997;51(39):53-6.
19. Elliott C. Ethics of psychiatric treatment and research. *Curr Opin Psychiatry.* 1992;5(5):735-38.
20. Folino JO. Sexual homicides and their classification according to motivation: A report from Argentina. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2000;44(6):740-50.
21. Daéid NN. Differences in offender profiling in the United States of America and the United Kingdom. *Forensic Sci Int.* 1997;90:25-31.
22. Ressler RK, Burgess AW, Douglas JE. *Homicide: patterns and motives.* New York: Lexington Books; 1988.
23. Cirincione C. Revisiting the insanity defense: contested or consensus? *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24:165-76.
24. Folino JO, Urrutia MI. Mental disturbances and criminological characteristics in crime-accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *Int J Law Psychiatry.* 2001;24:411-26.
25. Folino JO. *Interfase psiquiátrico judicial.* Folino JO, editor, Buenos Aires: Lema Editorial, SRL; 1994. p. 186-235.
26. Hart SD, Hare RD, Forth AE. Psychopathy as a risk marker for violence: development and validation of a screening version of the revised psychopathy checklist. In: Monahan J, Steadman HJ, editors. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment.* Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 81-98.
27. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: appraising and managing risk.* Washington: American Psychological Association; 1999.
28. Monahan J, Steadman H. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment.* Chicago: The University of Chicago Press; 1994.
29. Folino JO. Evaluación de riesgo de violencia —HCR 20—. Versión en español, adaptada y comentada. La Plata: Interfase Forense; 2003.
30. Douglas KS; Webster CD. Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In: Roesch R, Hart SD, Ogloff JRP, editors. *Psychology and law: the state of the discipline.* New York: Plenum. En prensa.
31. Folino JO, Escobar-Córdoba F. Nuevos aportes a la evaluación de riesgo de violencia. *MedUNAb [Especial salud mental]. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.* 2004;7(20):99-105.
32. Folino JO. Risk assessment and violent recidivism risk management in convicts from Argentina. *Research in Social Problems and Public Policy.* 2005;12:75-8.

33. Slobogin C, Fondacaro M. Rethinking deprivations of liberty: possible contributions from therapeutic and ecological jurisprudence. *Behav Sci Law*. 2000;18:499-516.
34. Spar JE, Garb AS. Assessing competency to make a will. *Am J Psychiatry*. 1992;149(2):169-74.
35. Dragomirescu VT, Popa MD. "Documentary" medico-legal psychiatric expertise in civil suits: methodological framework. *Rom J Leg Med*. 1997;5(4):391-94.
36. Zabalía VP, editor. Código Civil de la Nación Argentina. Buenos Aires; 2001.
37. Cárdenas EJ, Grimson R, Álvarez JA. El juicio de insanía y la internación psiquiátrica. Buenos Aires: Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma SRL; 1985.
38. Brodsky CM. A psychiatrist's reflections on the workers compensation system. *Behav Sci Law*. 1990;8(4):331-48.
39. Folino JO. Argentine master in forensic psychiatry. Presented at the University of Munich, Department of Forensic Psychiatry. Munich, Germany; 1997.
40. Folino JO. Educational challenge in forensic psychiatry. Proceedings of the XXV International Congress on Law and Mental Health, Siena, Italia 2000. p. 19.
41. Taylor RWM, Buchanan A. Ethical problems in forensic psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 1998;11(6):695-702.
42. Weinstock R, Leong GB. Ethical issues in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 1996;9(6):407-11.
43. Simon RI, Wettstein RM. Toward the development of guidelines for the conduct of forensic psychiatric examinations. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1997;25(1):17-30.
44. Folino JO, Escobar-Córdoba F, Telles L. Latin American aspects of refusal to undergo court ordered forensic psychiatric examination. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18:542-46.
45. Folino JO, Arboleda-Flórez J. La evaluación psiquiátrica del imputado de delito contra la integridad sexual que se niega a la evaluación. *Doctrina Judicial Editorial*. Ley 2004 (34):1309-13.
46. Robbins E, Waters J, Herbert P. Competency to stand trial evaluations: a study of actual practice in two states. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1997;25(4):469-83.
47. Folino JO, Castillo JL, Roesch R. Escala de evaluación de capacidad para actuar en proceso penal —EECAPAPP—. La Plata: Interfase Forense; 2003.
48. Folino JO, Castillo J, Roesch R. Evaluación de capacidad para actuar en proceso penal en Argentina y adaptación de la escala canadiense Fitness Interview Test, Revised edition. *Medicina Forense Argentina-Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina*. 2001;(48):26-31.
49. Davis S. Changes to the criminal code provisions for mentally disordered offenders and their implications for Canadian psychiatry. *Can J Psychiatry*. 1993;38:122-6.
50. Ciccone JR, Clements C. The insanity defense: Asking and answering the ultimate question. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1987;15:329-38.
51. Boehnert CE. Typology of men unsuccessfully raising the insanity of defense. *J Psychiatry Law*. 1987;15:417-24.
52. Spring RL. The return to mens rea. Salvaging a reasonable perspective on mental disorder in criminal trials. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21:187-96.
53. Appelbaum KL, Appelbaum PS. Criminal-justice-related competencies in defendants with mental retardation. *J Psychiatry Law*. 1994;22(4):483-503.
54. Barnard PG. Diminished capacity and automatism as a defense. *Am J Forensic Psicol*. 1998;16(2):27-62.
55. Folino JO. El psiquiatra y el juicio oral. In: Folino JO, editor. *Interfase psiquiátrico judicial*. Buenos Aires: Lema Editorial, SRL; 1994.
56. Spunt B, Brownstein HH, Crimmins SM, Langley S. Drugs and homicide by women. *Subst Use Misuse*. 1996;31:825-45.
57. Fine EW. Violence, aggression and alcohol. *Am J Forensic Psychiatry*. 1998;19(4):9-28.
58. Hayes S. Alcohol, criminal behaviour and mental abnormality: an overview. *Alcoholism*. 1996;32(2):97-106.
59. Folino JO. Violencia y drogas. *Actas de las Novenas Jornadas Médico Legales y Criminológicas*. Tucumán: Edición Sociedad de Ciencias Criminales y Medicina Legal; 1989. p. 189-94.

60. Curtin F, Niveau G. Psychosocial profile of Swiss sexual offenders. *J Forensic Sci.* 1998;43(4):755-59.
61. Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM, Larose MR. Homicidal sex offenders: psychological, phallometric, and diagnostic features. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1998; 26(4):537-52.
62. Grayston AD, De Luca RV. Female perpetrators of child sexual abuse: a review of the clinical and empirical literature. *Aggression Violent-Behav.* 1999;4(1):93-106.
63. Folino JO, Sarmiento DR, Montero-Vázquez J. Forensic system in the Province of Buenos Aires, Argentina. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23:567-78.
64. Marshall WL, Fernandez YM. Phallometry in forensic practice. *J For Psychol Prac.* 2001;1(2):77-87.
65. Abel GG, Jordan A, Rouleau JL, Emerick R, Barboza-Whitehead S, Osborn C. Use of visual reaction time to assess male adolescents who molest children. *Sex Abuse.* 2004;16(3):255-65.
66. Letourneau EJ. A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: visual reaction time and penile plethysmography. *Sex Abuse.* 2002;14(3): 207-23.
67. Witt PH, Del Russo J, Oppenheim J, Ferguson G. Sex offender risk assessment and the law. *J Psychiatry Law.* 1996;24(3): 343-77.
68. Bartosh DL, Garby T, Leis D, Gray S. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2003;47:422-38.
69. Douglas KS, Ogloff JRP. Multiple facets of risk for violence: the impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk. *International Journal of Forensic Mental Health.* 2003;2(1):19-34.
70. Hart SD, Hare RD. Psychopathy and risk assessment. *Curr Opin Psychiatry.* 1996;9 (6):380-3.
71. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR: 20 assessing risk for violence version 2.* Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
72. Tardiff K. A model for the short-term prediction of violence potential. In: Brizer DA, Crowner ML, editors. *Current approaches to the prediction of violence.* Washington: American Psychiatric Press; 1989.
73. Kropp PR, Hart SD, Webster CD, Eaves D. *Manual for the spousal assault risk assessment guide.* 2nd ed. Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence; 1995.
74. Folino JO. *Guía para la evaluación del riesgo de violencia conyugal –SARA–.* Versión en español adaptada y comentada. La Plata: Editorial Interfase Forense; 2004.
75. Dietz PE. The quest for excellence in forensic psychiatry. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(2):153-63.
76. Ressler RK, Burgess AW, Douglas JE. *Homicide: patterns and motives.* New York: Lexington Books; 1988.
77. Slobogin C, Fondacaro M. Rethinking deprivations of liberty: possible contributions from therapeutic and ecological jurisprudence. *Behav Sci Law.* 2000;18: 499-516.
78. Tardiff K. A model for the short-term prediction of violence potential. In: Brizer DA, Crowner ML, editors. *Current approaches to the prediction of violence.* Washington: American Psychiatric Press; 1989.

Recibido para publicación: 11 de agosto de 2005

Aceptado para publicación: 25 de agosto de 2005

Correspondencia

Jorge Óscar Folino

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de La Plata

Calle 60 y 120 (1900) La Plata, Argentina

folino@atlas.med.unlp.edu.ar