

Actos violentos en patología mental

Trabajos originales

Resumen

En este artículo se considera los actos violentos que presentan los pacientes psiquiátricos. Las referencias bibliográficas muestran que dichos pacientes son más agresivos y violentos que las personas psíquicamente normales. Sin embargo, las mismas referencias indican que dado el bajo porcentaje de enfermos mentales, la casi totalidad de los actos agresivos y violentos es decisión de personas mentalmente sanas. Se analiza la necesidad de considerar que el encare de la violencia y su prevención es una problemática social y no médica (excepto el del pequeño grupo de enfermos mentales que agreden).

Summary

This article explores the violent acts in psychiatric patients. The bibliographic references show that these patients are more aggressive and violent than the mentally normal population. However, the same references indicate that, given the lower percentage of mental patients, almost all aggressive and violent acts are the result of mentally healthy people's decisions. The need to consider that assessing violence and its prevention is a social issue –and not a medical one– is analyzed (except concerning the small fraction of mentally ill that assault).

Autor

Humberto Casarotti

Médico Psiquiatra, Neurólogo, Médico legista; ex perito psiquiatra del Instituto Técnico Forense.

Correspondencia:

Presidente Berro 2529/31
CP 11600 - Montevideo
E-mail: hcasarotti@adinet.com.uy

Palabras clave

Violencia
Agresión
Peligrosidad
Patología mental
Salud mental

Key words

Violence
Assault
Dangerousness
Mental pathology
Mental health

Introducción

Un psiquiatra, por el objeto de su saber y de su praxis, está en una posición privilegiada para reflexionar sobre la violencia, porque la “enfermedad mental se encuentra en la intersección del mundo de la naturaleza y de la naturaleza del hombre”¹. En consecuencia, el conocimiento que logra de la violencia en la patología mental le permite una doble comprensión. Por un lado, aprehende directamente la virtualidad de violencia que late en la interioridad del hombre y por otro, indirectamente, se le devela la libertad del sujeto psíquicamente normal y por lo mismo

responsable de sus actos, también de sus actos agresivos. Esta diferencia estructural entre salud y enfermedad mental es el fundamento de que los códigos penales que, al codificar la violencia prohibida virtualizan la violencia permitida, siempre reservan un lugar para la patología mental. De ese modo se reconoce que esta disminuye o anula en el paciente psiquiátrico el poder imputarle ciertos actos. Visualizar la violencia por patología mental en su dimensión propia y frecuencia, ayuda a caracterizar las formas de violencia de las personas psíquicamente normales, y a no aplicar a estas los conceptos derivados del análisis de los casos de patología mental.

I. Encuadre conceptual

Antes de considerar los actos violentos en los enfermos mentales, es conveniente señalar algunos parámetros que son el fundamento de este artículo.

1. En el desarrollo del tema elegido es necesario precisar el significado de varios términos que conforman el campo semántico de violencia, distinguiendo: “violencia”, “agresión” y “agresión violenta”. Puede ser que el lector no comparta enteramente el sentido que el autor da a esos términos, pero lo que importa es que tenga claro cómo son utilizados aquí.

a. Violencia. En el diccionario de la Real Academia Española se define “agresivo” como aquel que tiende a la violencia, y “violento” a quien obra con ímpetu y fuerza, bruscamente y con intensidad extraordinarias. Si bien con las palabras agresión y violencia es habitual hacer referencia a actitudes o conductas lesivas para sí mismo o para los demás (sentido negativo), en esta presentación se utiliza la palabra “violencia” en un sentido más amplio y no exclusivamente peyorativo. Se lo usa en el mismo sentido que lo utilizó Henri Ey cuando en 1967 escribía a propósito de este tema² que “la violencia estalla en todo hombre como la chispa misma del genio de nuestra especie. Inserta en el corazón del hombre la violencia puede ser la del bien o la del mal. Es esa «demasia» suya que lo lleva a la exaltación extrema, impulsándolo a conseguir el propósito inmediato o diferido de sus ambiciones e ideales. Si bien cuando hablamos de las «violencias» de la humanidad lo primero que aparece en el pensamiento son sus crímenes y sus sanguinarios fanatismos, la violencia no es siempre forzosamente culpable. Circulando como la sangre de la humanidad a través de sus emociones y también de sus pasiones, se da en todas partes, tanto en el sacrificio y el heroísmo como en los arrebatos y en las feroces agresividades”.

Utilizando esta definición amplia de “violencia” que puede ser “para el bien o para el mal”, se entiende que se responde mejor al conjunto de conceptos que circulan en el lenguaje común, evitando digresiones lingüísticas que generalmente más confunden que

aclaran. Este proceso normal de que el hombre para existir debe “hacerse violencia” y tiene que “ejercer violencia en la realidad”, es tan propio del hombre que podría decirse con K. Jaspers que la biografía es un desarrollo “entre el destino y la voluntad”. Es esta violencia la que los códigos penales, reconociendo que el hombre vive violentamente, virtualizan en el sentido de que la violencia que no está codificada está permitida, sin que eso signifique que los actos no codificados penalmente siempre sean buenos.

b. Se entiende, en cambio, como “agresión” todo acto por el cual se lesiona a otro o a sí mismo.

c. Se habla de “agresión violenta” cuando la agresión es llevada a cabo con violencia, es decir, cuando se comete con fuerza intensa, con ferocidad y brutalidad, cuando “el acto se ejecuta contra el modo regular o fuera de razón y justicia”. Evidentemente, este uso adjetivo del término violencia no abarca la totalidad de las agresiones violentas, pero aquí es utilizado con ese sentido.

2. El considerar la conducta violenta obliga a hacer la distinción fundamental de dos poblaciones según la salud o la enfermedad mental de la persona. Cuando se habla de normalidad mental no se está haciendo referencia a un orden mental ideal, abstracto, sino que se afirma que alguien es mentalmente sano cuando es capaz de normatizar su existencia, es decir, cuando obra según sus normas propias, según su auto-nomía. En cambio, los enfermos, por estar desorganizados en sus infraestructuras mentales, ven limitada su autonomía en grado variable. Una vez que se acepta esta distinción se comprende que no puede no ser tenida en cuenta al considerar los actos violentos. Porque el “castigo” que el “crimen” cometido implica, impuesto “para defender el honor de aquel que ha sido agredido y para que la falta de castigo no arrastre su degradación”³, es justo cuando la agresión cometida constituye un delito, es decir, cuando es imputable a la decisión personal del criminal.

3. El hombre es violento cuando pasa al acto su virtualidad de violencia y no porque regrese a una “animalidad” hipotética prima-

* Cf. ref. 3, p. 493.

ria a la que estaría encadenado. Porque los animales en realidad no son violentos, sino que sencillamente son, y si a veces decimos que son violentos, es porque les proyectamos antropomórficamente nuestra violencia.

4. El hombre es el único ser que propiamente puede ser llamado “violento”, y esto por dos razones. Por un lado, porque por el desarrollo de sus estructuras psíquicas puede no serlo, y por otro, porque de acuerdo con la ética con la que regule su existencia, se hará o no violencia a sí mismo, y será o no agresivo con los demás.

5. En las enfermedades mentales por ser la actividad psíquica “sub-integrada” en ciclos cada vez más automáticos y determinados⁴, el hombre aparece alterado en su libertad de acción y en consecuencia sus actos son la realización de “intenciones involuntarias”⁵. Es precisamente por este carácter, aparentemente contradictorio, de que sus actos son en grado variable “intenciones involuntarias”, que los enfermos mentales se presentan desde el punto de vista de la violencia bajo dos imágenes contradictorias. Por un lado, los pacientes psiquiátricos “dan miedo” porque se los vivencia como fuerzas liberadas (intenciones), que a veces se presentan en forma de agresiones irracionales, sin motivo compartible o esperable. Por otro, al percibirlos como sujetos poseídos pasivamente por fuerzas inconscientes, “generan piedad”, ya que se los vivencia como habiendo perdido, en grado variable, el poder ser sujetos-agentes (involuntariedad) de los actos agresivos.

Las diferentes distinciones y aclaraciones previas son de importancia práctica. Primero, porque respecto a la educación del niño en la sociedad la historia de la cultura evidencia la necesidad de que en el educando “se ejerza violencia” en el sentido referido como (a). Segundo, porque la prevención y encare de los pocos casos de violencia de los enfermos mentales en los sentidos (b) y (c) dependiendo del tipo de estructura psicopatológica, requiere una hipótesis de trabajo sobre enfermedad y salud mental. Tercero, porque con una hipótesis sobre la enfermedad mental que ponga a este pequeño grupo de pacientes en manos

de los equipos de psiquiatría (ampliados hoy a lo que se llama “área de salud mental”), se sostiene al mismo tiempo que la mayor parte de los actos agresivos y violentos es el resultado, no de una predeterminación psico-somática y social, sino expresión de la autonomía y del grado de malignidad de las personas que son mentalmente sanas.

II. Tipos psicopatológicos y actos violentos⁶

Al referir los actos violentos en los enfermos mentales solo se considera las conductas heteroagresivas, es decir, las dirigidas directamente contra otros y no el suicidio ni otras lesiones consecuencia de conductas negligentes.

El contexto que se debe tener en cuenta al considerar los actos violentos de los enfermos mentales es: a) que la mayor parte de los delitos es cometida por personas que no son enfermos mentales^{**}; b) que si bien estos pacientes son peligrosos (e incluso más peligrosos que la generalidad del género humano⁷) por su agresividad “contenida” (inmanente), sin embargo, su peligrosidad está “contenida” (controlada), porque en la mayor parte de los enfermos solo es potencial o virtual; c) que la mayoría de los actos agresivos de los pacientes mentales severos (psicosis agudas y crónicas) son agresiones menores (por ejemplo, contra los bienes) y que en cambio, la mayor parte de los delitos graves (por ejemplo, contra las personas: rapiñas, violación, lesiones, homicidio, etc.) es realizada por pacientes con trastornos psicopatológicamente menores (trastornos de personalidad)⁸.

En un excelente trabajo sobre los “pacientes psiquiátricos peligrosos” H. Ey⁹ señala que es práctico ordenar los actos violentos en patología mental siguiendo su clasificación de las enfermedades mentales en agudas y crónicas. Procediendo de ese modo se perfilan tres eventualidades clínicas como contextos posibles del acto agresivo, y en oportunidades violento: a) a veces las agresiones suceden en crisis más o menos súbitas y persistentes que contrastan con la vida habitual y normal del sujeto; b) otras veces los actos suceden en enfermedades mentales que se manifiestan como un déficit progresivo de las capacidades

* Para una comprensión de este concepto fundamental de la psicopatología, cf. ref. 5.

** Los datos en EE. UU. con una población de 293 millones muestran: a) que los delitos en general suman alrededor de 20 millones/año, b) que de ese número un 6.8% son delitos violentos, c) que los delitos violentos cometidos por enfermedad mental solo constituyen la milésima parte de ese 6.8%, d) que cuando se toma en cuenta la prevalencia de alcohol/drogas y de trastornos de personalidad (antisocial y border) ese número aumenta de modo importante. A pesar de la realidad de estos números, la vivencia del peligro que significa un paciente psiquiátrico es tal que, por ejemplo, mientras la noticia frecuente de que alguien fue asesinado en un robo no preocupa, genera en cambio “alarma pública” cuando un acto semejante fue realizado por un enfermo mental (cf. ref. 5).

de adaptación; y c) en otros casos, se trata de pacientes lúcidos y conscientes. En esta última posibilidad, las reacciones peligrosas son más temibles por la dificultad en percibir la existencia de la enfermedad mental.

a. Conductas peligrosas en las crisis paroxísticas de los episodios psíquicos agudos. Las enfermedades mentales agudas constituyen estados patológicos donde frecuentemente se presentan violencias clásicas y heteroagresivas. Por ser los casos más dramáticos aparecen en el imaginario popular como el prototipo de la violencia por enfermedad mental, aunque con frecuencia por la alteración de conciencia que los caracteriza, no son las formas de violencia más severas.

En este conjunto de psicosis agudas (episodios maníacos o depresivos melancólicos, psicosis delirantes agudas y confusiones oníricas) los pacientes pierden el control de sí mismos al tener alterado su campo de conciencia. Esta falta de conciencia coincide con la ausencia de voluntad como capacidad de inhibición, con lo cual las “fuerzas” psíquicas se vuelven irresistibles y se desencadenan “en un juego libre”. En estos casos, dependiendo de la profundidad de la alteración del campo, los actos dejan de ser voluntarios porque, para serlo, primero deben ser conscientes¹⁰.

El denominador común de estas psicosis agudas es que los pacientes inmersos en una agitación severa que varía a lo largo del día y que empeora en el crepúsculo (con impulsiones, ideas delirantes y emociones ansiosas o eufóricas, desordenadas e intensas) se presentan con desorden del comportamiento (inercia, extravagancias, etc.) donde aparecen conductas explosivas de instalación súbita. Por lo general, agreden a las personas que los rodean con actos “incompletos” en el sentido de que la involuntariedad determina que las agresiones no tengan “buena forma”. Este grado de “incompletud” varía según el nivel del trastorno, siendo las agresiones más organizadas cuando la conciencia está menos alterada, es decir, en los trastornos de la orientación témporo-ética del campo (manía y depresión mayor) o de la organización de los espacios vivenciados (psicosis delirantes agudas). En cambio, en los casos de confusión mental las agresiones se vuelven enteramente

“automáticas” y puramente circunstanciales.

De los factores etiopatogénicos más frecuentes cabe destacar dos. 1) Alcohol y drogas. Los episodios de intoxicación aguda por alcohol y por diferentes drogas¹¹, así como los episodios de delirio subagudo por abstinencia en alcohólicos crónicos. Son estos pacientes excitados, delirantes y confusos los que causan un número importante de agresiones, de severidad variable. 2) Epilepsia. Por haber sido reducida la crisis epiléptica a la descarga electroencefalográfica y esta a su fase inicial¹², diversos autores han sostenido que no se presentan agresiones durante las crisis epilépticas¹³. Sin embargo, algunas crisis epilépticas implican riesgos severos, en especial, las formas con automatismo psicomotor sobre todo de origen frontal. Estas generalmente son crisis conscientes y mnésicas, episodios crepusculares que pueden organizarse como comportamientos agresivos más o menos coordinados, de los cuales generalmente se conserva un recuerdo parcial.

En los dos grupos siguientes de patología mental, la conciencia se mantiene en la plenitud de su ejercicio y estos pacientes pueden obrar de modo ordenado, y cuando lo hacen se comprometen “voluntariamente”, como lo hace cualquier persona. Sin embargo, el carácter patológico de su sistema de valores vicia en su raíz la imputación del acto¹⁰. A diferencia de la persona normal donde la voluntad es la de alguien que se determina en conformidad con su sistema propio de valores, en los casos de patología de la organización de la personalidad el paciente tiene su voluntad alienada, según el tipo de estructura psicopatológica crónica.

b. Los actos peligrosos durante los trastornos mentales que al ir evolucionando determinan un déficit progresivo, corresponden en su mayor parte a deterioros demenciales o al déficit propio de los trastornos esquizofrénicos. Son casos en los que la alteración de la organización de la personalidad (con desintegración del comportamiento y deterioro intelectual) se instala frecuentemente de modo insidioso y se acentúa progresivamente. 1) En los pacientes con demencia importa vigilar su evolución especialmente en la fase inicial,

conocida precisamente como “fase o etapa médico-legal”. Las agresiones cometidas (atentados de tipo sexual, robos, denuncias, etc.) son generalmente mal realizadas, y es el análisis del formato comportamental de la agresión el que orienta a la existencia de la alteración esencial del juicio, característica de un trastorno demencial. 2) En los pacientes esquizofrénicos el proceso que padecen de autismo/discordancia, puede dar lugar a todo tipo de acciones insólitas y peligrosas; en algunos casos, la existencia de un delirio no manifiesto puede determinar explosiones comportamentales paradójicas, generalmente bajo forma de agresiones incomprensibles (crímenes inmotivados generalmente en relación con el medio cercano, atentados sexuales, etc.). A veces, esquizofrénicos de tipo hebefreno-catatónico con largos años de evolución, sorprenden por presentar súbitas expresiones agresivas.

c. Agresiones en los enfermos mentales crónicos sin déficit. Ey agrupa aquí a los pacientes que no están sufriendo un episodio agudo, ni presentan un trastorno mental de evolución manifiesta. Sin embargo, este grupo de pacientes lúcidos y capaces de adaptación al entorno, no tiene conciencia de estar enfermo, razón por la cual su enfermedad puede quedar oculta y pasar desapercibida. Es decir, son pacientes en quienes su peligrosidad es tanto mayor cuanto que su enfermedad no se manifiesta o sus conductas no parecen patológicas. En este grupo cabe distinguir pacientes severos (delirantes crónicos) y otros menos graves desde el punto de vista psicopatológico, aunque muy “graves” en cuanto a la posibilidad de agresiones (algunas neurosis y trastornos de personalidad). 1) Algunos son delirantes de tipo “sistematizado” (paranoias) con contenido temático variado, pero siempre con un fondo ambivalente persecutorio y megalomaniaco, que condiciona conductas agresivas que consideran de defensa cuando, en realidad, son la manifestación de su actitud de venganza. Es por este carácter inconsciente de su enfermedad pero razonante, que estos delirantes constituyen la forma de enfermedad mental más peligrosa, especialmente, cuanto más simple es la relación del paciente “perseguido”

con su objeto perseguidor y cuanto más organizada es su reivindicación. Sin embargo, la mayor parte de las veces estos pacientes solo presentan una marcada exaltación pasional, celos vehementes, reclamaciones infundadas (los querulantes), etc. Otros pacientes que padecen un delirio parafrénico (insertos en su mundo delirante fantástico pero también en el mundo compartible) son también peligrosos, pero lo son menos que los delirantes sistematizados, “como si el delirio, ganando en megalomanía, perdiese en peligrosidad”. 2) En los casos de trastornos de personalidad los pacientes se presentan desequilibrados, excéntricos, impulsivos, en suma, como inadaptados sociales. Manifestándose como caracterialmente anormales plantean problemas de difícil resolución en cuanto a su naturaleza patológica, y su coeficiente de peligrosidad está en relación inversa al grado de alteración patológica de su personalidad (neurosis de carácter, antisociales malignos, perversiones sexuales, neurosis especialmente en dos formas que exigen vigilancia: casos de obsesiones-impulsiones homicidas y algunos casos de hipocondría, donde la agresión frecuentemente va dirigida a los médicos). Algunos casos de antisociales y de perversiones sexuales pueden ser extremadamente peligrosos, bajo la forma de “asesinos seriales”. El problema en estos casos es el de poder establecer con certeza su carácter patológico. El análisis del comportamiento de una muestra de estos asesinos seriales¹⁴ (más de 1.400 casos de asesinos solitarios o en grupos y de casos no resueltos) permite concluir que si bien una importante mayoría parece corresponder a casos patológicos, no lo son en su totalidad. Por el contrario, en muchos casos, a pesar del tipo de violencia y de su reiteración, el análisis de los motivos, el modus operandi y el perfil psicológico, no permiten afirmar su naturaleza psicopatológica.

Cerrando el segundo punto es conveniente reflexionar sobre tres asociaciones que erróneamente llevan a pensar a los actos violentos como patológicos.

1. Se dice que: “un acto violento es patológico cuando es impulsivo”.

De acuerdo con las teorías órgano-dinámicas “el acto impulsivo patológico es el resultado de una descomposición de la evolución funcional, donde la actividad voluntaria es la forma superior de un orden compuesto de estructuras jerárquicas de comportamiento”¹⁵. Este orden compuesto de la existencia humana “transparenta permanentemente tantas «emociones», «pasiones», «reflejos», actos intempestivos no controlados o mal controlados, tantos «cortocircuitos» amenazantes o violentos...” que cabe preguntarse: “¿cuál es el sentido real y concreto que es posible dar al concepto de «impulsión patológica»?”.

Lo que hace que un acto impulsivo sea mórbido, no es el que sea violento, sino que lo es por ser un escape al “control”, una forma estructural esencialmente negativa o deficitaria. La impulsión patológica es aquella que en grados variables es “automática”, aquella donde el sujeto aparece esclavo de su sistema pulsional. Pero, como lo dice claramente Ey, la impulsión patológica “más automática” no es la impulsión máxima, porque lo propio de los actos impulsivos normales es que son, a la vez, queridos y forzados, “queridos a pesar de sí”. En cambio, las impulsiones en la patología mental son “solidarias de una modificación sustancial del dominio de sí”.

2. También se dice que: “un acto violento es patológico cuando es el «pasaje al acto» de una pulsión”^{16, 17}.

Ey, para establecer claramente que hay una diferencia entre tender a pasar al acto y el pasaje al acto propiamente dicho, utiliza como ejemplo el delito del parricidio. Afirmando primero que la idea parricida es una modalidad esencial del deseo que aparece en todos incorporada en el inconsciente, dice luego que es necesario distinguir claramente entre “pasar a lo imaginario” y “pasar al acto”. Con frecuencia la idea parricida deja de ser secreta para aparecer en la conciencia, “en lo imaginario”, “pasa a lo imaginario”. ¿Por qué siendo este deseo tan universal, solo en algunos madura hasta el acto? Si no se diferencia el deseo de la muerte del padre de su “pasar al acto” la respuesta es que el parricidio, por ser un deseo enraizado en el fondo del ser, es una conducta banal. Con lo cual ese acto sería, desde la perspectiva psicoanalítica, igual que

cualquier otro “acto”: solo la “puesta en acto” de una pulsión, es decir, exclusivamente la actualización de fuerzas inconscientes. Esta respuesta es insatisfactoria porque confunde tendencia con acto, siendo la respuesta válida la que distingue el deseo del acto, y las estructuras mentales normales de las patológicas. En los casos normales, el deseo parricida se hace acto por un libre movimiento de la persona. Esto hace que su acto sea una producción imputable a su voluntad. En cambio, en los casos mentales patológicos el deseo parricida, más o menos activo e inmanente en la naturaleza humana, cuando se actualiza es expresión de una desorganización del ser psíquico (por desestructuración de la conciencia o por alienación de la persona). En los casos de enfermedad mental el deseo parricida se realiza porque la persona no puede mantener equilibrada la estructura psíquica conflictiva del ser normal.

Generalizando estas consideraciones se comprende que todas las formas mentales mórbidas son efecto de la desorganización del aparato de control. Y que esto es lo que las define como patológicas, y no el ser la manifestación de una pulsión, ya que todo acto humano lo es. Por eso dice Ey que la impulsión patológica, o sea, esta forma especial de las pulsiones, no puede explicarse en base a una teoría pulsional. El pasaje de la pulsión de su estado de potencia al de un acto es mórbido cuando aparece inscripto en una estructura regresiva de la vida mental que es expresión de una desorganización corporal.

3. Finalmente, se dice que “un acto violento es patológico porque el sujeto tiene «baja tolerancia a la frustración»”.

¿Cuándo corresponde decir que alguien “tiene tolerancia a la frustración” e inversamente, que alguien “tiene baja tolerancia a la frustración”? Como lo señala D. Shapiro¹⁸, se dice que alguien tolera la frustración cuando es capaz de aceptar una pérdida o de posponer una satisfacción. Estas dos conductas son posibles cuando el sujeto, postergando una satisfacción, satisface otras necesidades que corresponden a objetivos que, no siendo tan inmediatos, tienen alta significación subjetiva para él. J. Piaget, en sus estudios sobre el “Desarrollo moral en el niño”¹⁹, analiza la

evolución de las estructuras operatorias que subyacen a los juicios intelectuales y a los juicios morales. Aunque el objetivo de sus investigaciones es descubrir los condicionantes cognitivos de la moralidad, sus resultados ponen de manifiesto la diferencia que existe entre ser capaz de “pensar moralmente” y el hecho de “actuar moralmente”.

El “actuar moralmente” siempre guarda relación con dos elementos. Primero, con la posibilidad de que el niño, por haber conquistado cierto nivel operatorio, sea capaz de postergar la realización de un acto inmediato, lo que depende de intereses que dan al acto otra dimensión, por ejemplo, el niño es capaz de superar la tendencia a distraerse en el estudio, cuando es capaz de tener interés en hacer el trabajo. Esos estudios llevaron a Piaget a concluir que realizar o postergar un deseo, depende de valores preexistentes de largo alcance que, sobre su base, permiten estructurar la conducta actual. Así se entiende que diga que “tener voluntad es tener una escala permanente de valores”, donde esta escala no es un orden objetivo extrapersonal que la persona obedece (como lo hace el niño durante su vida escolar) sino un orden subjetivo de valores creado por la propia persona (lo que empieza a suceder a partir de la pubertad). Cuando esos valores más mediatos estructuran la conducta de la persona, esta puede abstenerse de lo inmediato (puede “frustrarse”) porque, aunque la frustración cuenta, cuenta menos que la satisfacción de los intereses o valores más mediatos mediante los cuales la persona “normatiza” su existencia. Segundo, el actuar moralmente tiene que ver esencialmente con la elección personal del sujeto, ya que aunque esos valores permanentes son una condición necesaria, no son los que determinan el acto. Lo que finalmente sucede depende de la decisión de la persona, de su determinación, que puede ser postergar o no el acto. Cuando la persona, como lo señala Shapiro, no tiene la estructuración psíquica que posibilita los intereses más alejados, entonces el antojo (movimiento inicial del deseo) gana en peso subjetivo determinando conductas que pueden ser llamadas de “intolerancia a la frustración”.

En este análisis se ponen de manifiesto los dos aspectos o polos, cuyo tipo de relación

determina el carácter normal o patológico de todo acto humano. Por un lado, el de una fuerza positiva (conatus, intención, deseo) que tiende a su realización y por otro, el de una integración de dicha fuerza en la estructura jerarquizada de la persona. La estructura de esta realidad “bipolar” es normal cuando el sujeto hace uso de la fuerza positiva según su finalidad personal adaptativa, y patológica, cuando por desorganización del sistema, el polo positivo opera sin control integrador.

Aunque la “intolerancia a la frustración” no es una forma de comportamiento que sea exclusivo de los pacientes psiquiátricos, sin embargo, lo es con frecuencia. Pero cuando la persona, pudiendo postergar, por ejemplo, un acto violento por disponer de esos “otros” intereses, no lo posterga sino que lo hace, entonces no se debería hablar de “intolerancia a la frustración” sino de “voluntad de llevar a cabo dicho acto”.

III. Asistencia de los enfermos mentales y consideraciones sobre su peligrosidad

En este punto y pensando siempre en la peligrosidad de los pacientes psiquiátricos, el objetivo central es mostrar la necesidad de proceder con una hipótesis de trabajo que parta de la distinción de salud mental y enfermedad mental. Solo el reconocimiento técnico de la relevancia de este “diagnóstico diferencial” puede permitir plantear adecuadamente diversos aspectos que tienen que ver con “violencia”, tanto en lo asistencial como en lo médico-legal.

a. Respecto a la asistencia, no se considera aquí cómo se debe realizar la atención de los casos de pacientes que cometen actos violentos, ya que esa atención es la que corresponde al tipo de patología que subtiende dichos actos. Frente a situaciones de violencia por enfermedad mental, junto con el juicio terapéutico, debe priorizarse las decisiones de protección del paciente y de las personas del entorno. Aunque sea un deber a veces difícil de cumplir, el médico o quienes integran el equipo asistencial, deben cuidar no tener actitudes contra-transferenciales de hostilidad. Siempre importa afirmar, más allá de las imágenes de

temor y pena señaladas previamente, que el paciente mental, aunque implique un peligro virtual, no se diferencia por eso de los demás hombres, y que, por consiguiente, debe ser comprendido en su comportamiento para ser tratado como el hombre que es.

b. Considerando que los pacientes psiquiátricos frecuentemente por su conducta entran en contacto con el sistema judicial penal, es necesario reflexionar sobre la situación creada en la asistencia psiquiátrica por el proceso de desinstitucionalización. Si bien no se dispone de datos objetivos del medio, como la experiencia ha sido similar en los países que llevaron adelante esa desinstitucionalización sin disponer de adecuadas medidas alternativas, los comentarios que siguen, basados en datos de la evolución en EE. UU. y en Italia, pueden ser aplicados al medio²⁰.

La desinstitucionalización que consistió en retirar a los pacientes psiquiátricos de los hospitales para pasar a asistirlos en centros comunitarios, fue la expresión: a) de no tomar en cuenta la realidad, la magnitud y las condiciones necesarias para el tratamiento de la patología mental severa aguda y crónica; b) de no aceptar para la “hospitalización compulsiva”²¹ otro criterio que no fuese el de la peligrosidad. Este segundo aspecto, determinado por el movimiento por los “derechos civiles” de las personas detenidas y de los pacientes psiquiátricos, llevó a una doble situación paradójica: por un lado, a rechazar el concepto de inimputabilidad por enfermedad mental y, por otro, a que el ciclo que había comenzado por defender derechos, terminó “criminalizando” a los enfermos mentales. Porque, como lo señala explícitamente A. Stone²², la hospitalización psiquiátrica es “criminógena” cuando se sostiene que el criterio para hospitalizar a un paciente psiquiátrico debe ser su peligrosidad y no la necesidad de tratamiento²³.

En la medida que se fue dificultando la hospitalización, un número importante de pacientes psiquiátricos que quedó fuera del sistema asistencial, pasó a ser “asistido” dentro de las estructuras del sistema judicial. Slate y Johnson señalan que las investigaciones recientes indican que más de la mitad de las personas encarceladas tienen un problema

de salud mental²⁴. En 2008, 1 de cada 100 estadounidenses estaba encarcelado y en ese grupo las tasas de prevalencia de enfermedad mental superaban a las de la población general (4 veces para depresión; y en caso de mujeres 10 veces; 2-3 veces para esquizofrenia; y 10 veces para trastorno bipolar; presentando comorbilidad con alcohol/drogas el 75-80% de estas personas encarceladas con enfermedad mental severa).

Debido a que un alto porcentaje de las personas con enfermedad mental derivadas a las cárceles tiene características semejantes a los pacientes que antes de la desinstitucionalización eran asilados, este proceso es llamado actualmente “transinstitucionalización” e incluso, “transcarcelación”. Actualmente muchas personas con enfermedad mental que no tienen acceso a tratamientos adecuados, terminan dentro del sistema penitenciario; por ejemplo, en Los Ángeles, en el 2007, las tres cuartas partes de enfermos mentales severos recibieron tratamiento en el sistema judicial y no en el sistema de salud mental. Varios autores sostienen hoy que los trabajos de Th. Szasz y de M. Foucault y el movimiento anti-psiquiátrico, dificultando la hospitalización han terminado por hacer más fácil ubicar a un enfermo mental en una cárcel que asegurarle un buen tratamiento. Slate y Johnson comentan que un abogado describe graciosamente esta situación diciendo que: “Se ha vuelto más difícil ingresar al Hospital Bellevue que a Harvard”.

Como consecuencia de esta evolución, los pacientes psiquiátricos que mayoritariamente solo son peligrosos virtualmente, al ser criminalizados (es decir, “que solo pueden ser hospitalizados cuando son peligrosos”) aparecen en los medios de masa, no solo como “peligrosos”, sino como el ejemplo prototípico de “la peligrosidad”*. Proyectando esa imagen sobre la peligrosidad real de las personas se hace imposible considerar en los sujetos normales la malignidad que a veces caracteriza sus actos**.

c. Otra consecuencia negativa de esta evolución ha sido el cuestionamiento de la validez del peritaje psiquiátrico, cuya finalidad esencial es analizar el proceso criminógeno en la conciencia del criminal,

* Es muy frecuente que los periodistas, frente a agresiones violentas, brutales, se refieran a los autores de esos hechos diciendo: “ese psicópata”, “solamente un enfermo mental puede obrar así”, etc., repitiendo hasta el cansancio el grave error de valorar como mentalmente patológica una agresión por la intensidad de su violencia (error que ignora tanto la realidad de la enfermedad mental como la realidad del hombre). La historia humana, la grande y la pequeña, evidencia que la violencia “excepcional” es resultado del actuar maligno del hombre y no manifestación de enfermedad mental (por ejemplo, la violencia de los nazis en el exterminio de los judíos; cf. ref. 3, pp. 219-254; 441-412).

** El significado de lo que H. Arendt llama la “banalidad del mal”, podría ser referido como “despersonalización del mal”, porque despersonalizar al mal es sacarlo de la red de la responsabilidad de la persona y por consiguiente hacer desaparecer la malignidad de su mal-hacer.

para diagnosticar aquellos casos en los que ese análisis fundamenta la decisión jurídica de inimputabilidad por enfermedad mental. Este cuestionamiento apoyado en argumentos no técnicos sino ideológicos, facilita que los magistrados sigan pensando a la enfermedad mental con criterios legos (sobre su naturaleza, su causalidad, su tratamiento, etc.), y a la psiquiatría con ideas que no se acompañan con el estado actual de este saber. Hoy se ha hecho evidente para los psiquiatras que los magistrados necesitan cambiar los parámetros que forman “su experiencia” de la patología mental y que ese cambio solo puede operarse precisamente por medio de peritajes de buen nivel técnico. Solo de ese modo les será posible aplicar las reglas de la “sana crítica”²⁵ para admitir o no, con fundamento, un dictamen psiquiátrico y solo así podrán ser “garantes de idónea reflexión”, especialmente en la evaluación de la peligrosidad.

IV. Prevención de la violencia social y de la violencia patológica

El desarrollo de este artículo sobre los actos violentos de los enfermos mentales tuvo dos objetivos: por un lado, hacer algunas consideraciones respecto al tipo de patología mental y a los actos agresivos que puede determinar y, por otro, insistir en la necesidad de diferenciar esa “mínima” violencia patológica, de la “gran” violencia social que el hombre actual genera y padece.

Estos dos objetivos se cruzan nuevamente en relación con la prevención de la violencia (en sus formas destructivas), según es objetivada en las diferentes figuras del Código Penal, porque es esencial no proyectar la imagen de violencia ambigua que generan los enfermos mentales (formas de violencia patológica), sobre la violencia “destructiva” que llevan a cabo quienes no son enfermos mentales, es decir, la mayoría de la población que agrede (violencias delictivas). Cuando se parte de una hipótesis que diferencia salud de enfermedad mental, se ubica correctamente el problema de la violencia en la sociedad, ya que la violencia se procesa en la conciencia de quien delinque y no en sus condiciones sociales. En el caso del enfermo la causa de la conducta

agresiva es la desorganización mental que sufre y que lo altera en su autonomía, pero, en cambio, la causa del delito del normal es el delincuente mismo, su decisión de agredir. En las personas psíquicas normales (que son las que pueden obrar de acuerdo con sus valores) esta decisión personal, si bien debe ser valorada en relación con las condiciones psicofísicas y socio-culturales en las que formó su personalidad, es la causa central del acto. La realización de un acto en la persona normal siempre es expresión del “fiat” de su voluntad. Cuando, en cambio, se parte de la hipótesis de que quienes delinquen lo hacen como “expresión de” o “respuesta a” esas condiciones, la persona y su autonomía desaparecen porque se introduce en su lugar el determinismo que solo padecen los enfermos mentales. Negando así la autonomía de la persona se la “psiquiatriza”, es decir, se la piensa, no según su capacidad de autodeterminación, sino como que fuese predeterminada psico-físicamente y, por lo mismo, como no responsable de sus actos.

Aceptar que el problema de la violencia depende centralmente de la conciencia de las personas, hace ver que las estrategias de su prevención no son de índole médica, sino social. Insistir en hacer de esta prevención una cuestión psiquiátrica o psicológica, es marrar el objetivo. Primero, porque la violencia social no es la violencia patológica (que para cada caso individual requiere estrategias derivadas del tipo de patología mental), y segundo, porque confundiendo ambas formas de violencia no se investiga objetivamente la estructura social actual y sus valores “postmodernos”, fuertemente relacionados con la violencia en el medio social.

Para la violencia cotidiana en tanto es violencia elegida por la persona y también responsabilidad de las diferentes estructuras sociales, no cabe una explicación psicopatológica. Las hipótesis que integran aspectos de la teoría del aprendizaje social y de la integración social con las teorías del desfase entre los fines buscados en una sociedad y los medios disponibles, son las que actualmente “explican” mejor la conducta agresiva.

Con frecuencia la conducta delictiva violenta nace de la dificultad que tiene el hombre para valorar al otro como ser personal y

trascendente, lo que se ve facilitado cuando sobre la base de una ideología se seleccionan los hombres que deben ser respetados. En esas circunstancias no se dispone de criterios claros para aceptar la “violencia” positiva, ni para reprimir la violencia destructiva, ni tampoco para reconocer la objetividad de la enfermedad mental y sus consecuencias sobre la autonomía personal.

En consecuencia, las acciones de prevención de la violencia social implican a las diferentes estructuras sociales. Es difícil pensar en una sociedad menos violenta, es decir, menos destructiva, si las diferentes estructuras que conforman la sociedad no perciben la responsabilidad que les corresponde, según su objetivo específico. En ese sentido, parece necesario: a) que los proyectos educativos respondan a los desafíos éticos que plantean los “valores pos-modernos”, haciendo que en su realización sean propiamente culturales y no que solo proporcionen información y donde los intelectuales cooperen realmente con ese objetivo; b) que los medios de masa se integren a un proyecto colectivo de prevención de la violencia, preguntándose responsablemente sobre el significado real de “su deber de informar”; c) que quienes administran justicia revisen sistemáticamente sus actuaciones para autocontrolar la natural tendencia al prejuicio y para proteger su actividad de diferentes presiones externas; d) que las partes en conflicto laboral busquen distribuir con equidad la riqueza; e) que las decisiones de las estructuras políticas respeten la libertad personal, limiten al máximo la violencia implícita en el manejo del poder y la posibilidad de corrupción; f) que los diferentes grupos religiosos sirvan realmente al desarrollo espiritual del hombre mediante mensajes que, basados en la autonomía de la persona, respeten su libertad* 26 .

Y, de modo concreto, que la formación de diferentes profesionales universitarios (médicos en general, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, abogados, licenciados en ciencias sociales, etc.) incluya el profundizar en conceptos de violencia y enfermedad mental. En ese sentido parece ser un imperativo ético para épocas como las actuales, que quienes conforman

el sector de la formación “terciaria” tengan claridad sobre estos diversos problemas. De ese modo, apoyados en teorías válidas²⁷, podrán llevar a cabo acciones cotidianas más justas, podrán prevenir así muchas formas de violencia y, en definitiva, podrán servir a una mejor convivencia social.

Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido considerar los actos violentos que presentan los pacientes psiquiátricos. Los datos objetivos muestran dos aspectos: a) por un lado, que los pacientes con patología mental son más agresivos y violentos que la población psíquicamente normal; b) por otro que, prácticamente, casi todas las conductas agresivas delictivas, particularmente los crímenes más brutales, son decisiones de las personas normales, ya que la agresividad por patología mental cuando pasa al acto se presenta en forma de agresiones menores. El análisis de los “actos violentos de los pacientes psiquiátricos” pone de manifiesto, contra la imagen popular, que la violencia real no es la de los enfermos sino la de los mentalmente sanos, que en su conciencia “deciden agredir al otro”. En consecuencia, el encare de la violencia y su prevención implica reconocer que la violencia es un problema social y no médico, toda vez que su consideración no se centre en el pequeño grupo de enfermos mentales que agreden.

Referencias bibliográficas

1. **Ey H.** Epilepsie. Etudes psychiatriques, III, 26:519-652, Desclée de Brouwer: Paris; 1954 [trad. española: Estudios Psiquiátricos, vol II, Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 563-708].
2. **Ey H.** Psychanalyse de la violence. Discours d'introduction à la Semaine des Intellectuels Catholiques. Recherche et débats. Paris: Desclée de Brouwer; 1967:41-71 [trad. española: Bilbao: Desclée de Brouwer; 1969, pp. 53-69].

* Cf. ref. 25, p. 800: “los cristianos como los demás hombres gozan del derecho civil de que no se les impida vivir según su conciencia”.

3. **Arendt H.** Eichman à Jérusalem (Rapport sur la banalité du mal). Paris: Gallimard; 1966.
4. **Ey H.** La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. (La notion de "maladie mentale"). *Études psychiatriques*, I, 4:67-82, 2ème. éd. Paris: Desclée de Brouwer; 1952 [trad. española: *Estudios Psiquiátricos*, vol I, parte I. Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 67-82].
5. **Casarotti H.** L'acte intentionnel involontaire; le concept central de la psychopathologie. *Les Cahiers Henri Ey* 2009; (23-24):223-240.
6. **Ruiz-Maya M.** *Psiquiatría penal y civil*. Madrid: Plus Ultra; 1931.
7. **Skodol AE** (ed). *Psychopathology and violent crime*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998.
8. **Casarotti H.** Psychiatrie médico-légale: analyse des expertises de Henri Ey. *Les Cahiers Henri Ey* 2005; (14):97-120. [El peritaje psiquiátrico en la obra de Henri Ey. *Rev Psiquiatr Urug* 2006; 70(1):17-30].
9. **Ey H.** Les psychopathes dangereux. *Rev. du praticien* 1961; (12,31): 3237bis-3251bis.
10. **Ey H.** La psychopathologie et le problème de la volonté. (Colloque de Bonneval V: "Qu'est-ce que vouloir?", 1956). Paris: du Cerf; 1958, pp. 79-88.
11. **Casarotti H, Pereira T, Messano T, Saad J, Svirsky P, Esmoris V.** Diagnóstico positivo y diferencial de episodios agudos por alcohol/drogas (para el médico de emergencia). Montevideo: Lab. Elvetium; 2000.
12. **Casarotti H, Bo-Sánchez N.** Epilepsia y violencia. *Rev Uruguaya Epilepsia* 1993; 2,1:3-10.
13. **Delgado-Escueta A, Mattson R, King L. et al.** The nature of aggression during epileptic seizures (special report). *N Engl J Med* 1982; 305:711-716.
14. **Newton M.** *The Encyclopedia of Serial Killers*. New York: Checkmark Books; 2000.
15. **Ey H.** Impulsions. *Études psychiatriques*, II, Et.11:163-212. Paris: Desclée de Brouwer; 1950 [trad. española: *Estudios Psiquiátricos*, vol I, parte II. Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 169-220].
16. **Ey H.** Discussion à propos de: Ochonisky A. Le parricide, *Entretiens psychiatriques*, 10. Toulouse: Privat; 1964, pp. 153-154.
17. **Ey H.** Discussion à propos de R. Flaumendaum: Dépression et passage à l'acte (Approche d'une étude comparative). *Entretiens psychiatriques*, 15. Toulouse: Privat; 1972, pp. 128-129.
18. **Shapiro D.** *Los estilos neuróticos*. Buenos Aires: Psique; 1981.
19. **Piaget J.** *The moral judgement of the child*. New York: Free Press; 1932.
20. **La Fond JQ, Durham ML.** *Back to the asylum (The future of mental health law and policy in the United States)*. New York: Oxford Univ Press; 1992.
21. **Casarotti H, Pereira T.** Ley 9581 de "Asistencia de psicópatas" de 1936 (reflexiones para un anteproyecto de ley). *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(2):256-285.
22. **Stone AA.** Psychiatric abuse and legal reform: two ways to make a bad situation worse. In: Stone AA. *Law, psychiatry and morality*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1984, pp. 133-160.
23. **Lamb HR, Mills MJ.** The chronic mentally ill: changes in law and procedures. In: Talbott JA, ed. *Our patients' future in a changing world*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1986, pp. 131-144.
24. **Slate RN, Johnson WW.** The criminalization of mental illness (Crisis & opportunity for the Justice system). Durham: Carolina Academic Press; 2008.
25. **Couture EJ.** Las reglas de la sana crítica en la apreciación de la prueba testimonial. *Estudios de Derecho Procesal Civil*, t. II, 3.ª ed. Buenos Aires: De Palma; 1998, pp. 181-227.
26. *Declaración sobre la libertad religiosa*. Concilio Vaticano II (Constituciones, Decretos, Declaraciones) 6.ª ed. Madrid: B.A.C; 1968, pp. 782-804.
27. **Akers RL.** *Criminological theories (Introduction, evaluation and application)*. 3.rd ed. Los Angeles: Roxbury; 2000.