

Ante esta posición antiprogreso, creo, lo juzgo personalmente así, el médico debe incorporar el progreso insistentemente a su autoridad, sin caer en el pecado de usar lo novedoso como un arma de lucha profesional, cuando esto aún no ha sido comprobado, en el juicio del tiempo. A la par de los colegas y los maestros, debemos comprender que a la *iatrogenia* hay que conocerla para saber de nuestras limitaciones, que el médico debe ser un luchador infatigable para evitar la *iatrogenia* personal e institucional a través del poner en práctica sus propias capacidades y contar con los beneficios que brinda el progreso arrollador en este siglo de oro de la Medicina, donde han venido en "crecimiento maestros" la incorporación de la genética, la patología molecular, la farmacología y los grandes recursos

exploratorios para crear una medicina de lo objetivo, lo que crea, por la multitud de factores en juego, la necesidad de la especialización sin perder la vista de lo integral que es el organismo enfermo.

Creo también oportuno terminar esta conferencia con un documento que perdura desde 500 años antes del conocimiento de nuestra era, *los consejos de Esculapio* y que en su inicio dice así:

"¿Quiéres ser médico hijo mío?

Aspiración en ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. De seas que los hombres te tengan por un Dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el espanto"; y termina así este documento: "Piénsalo bien mientras estés a tiempo. Pero si indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te viera sólo entre las fieras humanas,

tienes una alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado con la dicha de una madre con una cara que sonrío porque ya no padece; con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; así ansías comprender al hombre, penetra todo lo trágico de su destino, hazte médico, hijo mío".

Bibliografía.

- CHAVES SELL, Susana Patricia: *Responsabilidad profesional del odontólogo*, Tesis de licenciatura, Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica, 1986, 234 páginas.
- ILLICH, Iván: *Némesis Médicas*, México, 1978, 276 páginas.
- LÓPEZ BOLADO, Jorge: *Los Médicos y el Código Penal*, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1981, 337 páginas.
- VARGAS ALVARADO, Eduardo: *Medicina Legal*, 3a. ed. 1983, Lehmann Editores, San José, 580 páginas.

ACERCA DE LA VERA PARANOIA: ENFOQUE PSICOLÓGICO FORENSE

M. Ps. FRANCISCO CIÓFALO ZÚNIGA
Psicólogo Clínico Forense, Sección de Psiquiatría Forense, Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial de Costa Rica.

REFERENCE: CIÓFALO, Francisco: "About Vera paranoia: A forensic psychological approach", *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 4, núm. 3, July 1987, pp. 7-9.

ABSTRACT: The author analyzes the approach of Gregori and Smeltzer, who consider that in one end is real paranoia (paranoia vera) and in the other end is schizophrenic paranoia. Other paranoid disorders are placed in intervening positions.

In sigmatic or standard units, the presence of paranoia would be between +0.75 and -0.75. Above and below those ciphers paranoid disorders evolve to the terminal psychotized paranoia, paranoid schizophrenia.

Vera paranoia is mistaken with normal mind. Its clinical diagnosis is difficult because symptoms are larvate.

From a medico legal point of view vera paranoia and paranoid personality should be considered as imputable. When they are neurotized a diminished imputability could be applied. In the terminal case of paranoid schizophrenia unimputability should be accepted.

KEYWORDS: Paranoia, paranoid states, paranoid schizophrenia, imputability, forensic psychopathology.

REFERENCIA: CIÓFALO ZÚNIGA, Francisco, Acerca de la vera paranoia: Enfoque psicológico forense, *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 4, núm. 3, julio 1987, págs. 7-9.

RESUMEN: El autor analiza el enfoque de los anglosajones Gregori y Smeltzer, quienes consideran que en un extremo está la verdadera paranoia (vera paranoia) y en el otro extremo la esquizofrenia paranoide. En una posición intermedia ubican otros desórdenes paranoides o parafrenias.

En unidades estándar o sigmáticas, la presencia de paranoia estaría entre los extremos +0.75 y -0.75. Por encima y por debajo de esos valores cursarían en forma patológica los desórdenes paranoides, hasta llegar a la terminal de la paranoia psicotizada, esquizofrenia paranoide.

La paranoia verdadera se confunde con la normalidad mental. Su diagnóstico clínico es difícil porque la sintomatología permanece larvada. Desde un punto de vista médico-legal, debe considerarse a la paranoia verdadera y a la personalidad paranoica como imputables. Cuando se neurotiza se puede aplicar imputabilidad disminuida. En el caso terminal de esquizofrenia paranoide se debe aceptar la inimputabilidad.

PALABRAS CLAVES: Paranoia, estados paranoides, esquizofrenia paranoide, parafrenias, imputabilidad, psicopatología forense.

Llama la atención que en los tratados contemporáneos de psiquiatría y, más precisamente, de psicopatología, se supprime este antiguo capítulo. En anterior estudio, aparecido en este Boletín, traté este asunto englobándolo dentro de las personalidades psicopáticas que, ampliando el término, denominé como *axiopatías*.

Dos tratadistas anglosajones, Gregori y Smeltzer, sostienen que existe un continuo descriptivo teórico que va desde la

verdadera paranoia, en un extremo, hasta la *esquizofrenia paranoide*, en el otro extremo; ocupando un lugar intermedio otros *desórdenes paranoides* o *parafrenias*.

Más adelante, aseguran dichos autores que el diagnóstico (de la *paranoia*) es ahora extremadamente raro y es usado, principalmente, como un constructo teórico (es decir, sin fundamento clínico y como mera base epistemológica).

Voy a pergeñar algunas notas sobre el

tema algo mítico que sigue estando vivo en las mentes de psiquiatras y psicólogos clínicos de nuestro medio científico y profesional. Aquí es muy frecuente el diagnóstico de *paranoia* y de *esquizofrenia paranoide*, sobre todo en clientes jóvenes y de edad media adulta.

En la vieja y frondosa sintomatología krapeliniana, en torno a este tema, casi no queda nada. Apenas persiste una personalidad (psicopática) paranoica tratada

magistralmente por el gran psicopatólogo clínico Kurt Schneider y que, en la actualidad, se puede traducir en estos términos: Personalidad delirante (Kraepelin), estado delirante bien sistematizado de desarrollo gradual (Kahlbaum) que, en realidad son definiciones de una entidad, no psicopatológica sino anormal mental que se caracteriza por los siguientes factores sintomáticos:

- Hipertrofia yoica,
- desconfianza,
- hipersensibilidad (Kretschmer),
- suspicacia,
- envidia,
- rechazo de toda crítica (ajena y propia),
- proyección de motivos inaceptables sobre otros,
- comunicación no verbal de las expectativas negativas que se convierten en profecías.

De todas maneras, estos síntomas no hacen patología sino que constituyen simple y llana caracterología: describen un tipo de personalidad que escapa a la normalidad y se sale, por lo tanto, de la zona de desviación normal (que va de US: +0.75, pasando por el US: 0.00, hasta llegar al tope inferior de US: -0.75).

De tal forma que, con nuestros instrumentos de medida de la personalidad (normal, anormal y patológica) se puede precisar, en unidades estándares o sigmáticas, la presencia de *paranoia*: extremos +0.75 y -0.75, por encima y por debajo de esos valores cursarían, ya en forma patológica los *desórdenes paranoides*, hasta llegar a la terminal de toda paranoia patológica psicotizada y de la llamada *esquizofrenia paranoide* (así lo declaraba, en cátedra, mi maestro de psicodiagnóstico D. Federico Pascual del Roncal).

Ahora bien, ¿cuándo interesa la llamada paranoia al psicólogo clínico forense? Precisamente cuando la entidad incursiona en el Derecho Penal. Mientras no se cometa una infracción, transgresión o delito, la paranoia permanece oculta, ignorada (digamos, subclínica). El agente es considerado lícito en su conducta y normal en su personalidad (siempre que no se apliquen pruebas de personalidad métricamente consideradas). Alguna que otra vez podrá comunicar su delirio sistematizado a personas allegadas o entrar en continua litis judicial contra todo y todos

(sin ser un don Miguel de Unamuno quien estaba también en contra de todo y todos) y se le podrá seguir considerando como normal (clínicamente). Pero, de repente, comete el acto insólito: hiere mortalmente al hipotético enemigo de toda su vida delirante y la comisión del delito la ha venido preparando, lenta y pacientemente, a veces con duración de años. Entonces recibe el diagnóstico de paranoico, estado paranoide, esquizofrenia paranoide y los estudiosos de la mente humana no se percatan de que el brote, más o menos psicótico, desaparece en breve tiempo y el infractor es enviado a su casa, ya que, anteriormente, se le declaró inimputable. Ahora vuelve a ser sano: no tiene patología pero conserva su estructura anormal, es una personalidad psicopática de la variedad paranoica.

Introduzcamos algunas consideraciones psicológicas legales: las mismas que anotamos en otro estudio cuando negamos la validez psicopatológica del llamado trastorno mental transitorio y del estado de emoción violenta. En el caso de la paranoia se presenta un brote inusitado, impredecible, impronosticable: aquí no se puede hablar de ninguna clase de emoción porque se trata de una entidad desalmada, como buen psicópata (personalidad psicopática paranoica) que es. Igual que en los casos anteriormente citados, se trata, aparentemente, de una reacción alienante momentánea que ofusca mentalmente al actor; antes del suceso delictivo se comportaba normalmente o aparentemente tal y después vuelve a recobrar su *status* psíquico: fue demente por instantes (¿?) y se esfumó la sintomatología como por encanto, como llamarada de petate, como dicen los mexicanos.

Mientras no se legisle acerca del concepto de anomalía mental que incluya a todas las psicopatías, inclusive la paranoica y su posible inimputabilidad total o disminuida, debemos considerar a la *paranoia verdadera*, al igual que toda personalidad psicopática, como imputable. Cuando se llena de patología y se neurotiza, entonces se puede aplicar la imputabilidad disminuida y, claro, en el caso terminal de *esquizofrenia paranoide* (la verdadera esquizofrenia paranoide remate de toda paranoia y esquizofrenia), se debe aceptar la inimputabilidad, pero teniendo en cuenta el monto residual o defectivo

nosológico, solamente detectable psicométricamente y proyectivamente (en esferas intelectual, emocional, volitiva y la personalidad global).

Los psicopatólogos experimentales, utilizando anfetaminas provocan estados que ellos denominan paranoicos, pero lo más seguro es que se estén refiriendo más bien a procesos esquizofrénicos paranoicos que están muy lejos de la paranoia verdadera, muy difícil de simular en el laboratorio porque se asemeja a la normalidad libre de patología mental, pero que, en realidad, es una anomalía del carácter, un trastorno de la personalidad.

Debemos recordar que la escuela alemana, con Schneider a la cabeza y la argentina, en que figura Certcov, están precisando que las reacciones no son patológicas sino anomalías, anomalías mentales.

De manera que en este continuo que se convierte en eje transversal de las dimensiones de la personalidad que ha trabajado tanto Hans Eysenck del Instituto de Psiquiatría de Londres, debe incluir al lado de las personalidades psicopáticas, a la verdadera paranoia que venimos objetando en su patología que no anomalía y agregar las reacciones que son entidades anómalas y no patológicas. Así quedaría constituida la fracción de la dimensión de la personalidad que se califica como eje psicopático que iría del US: 0.00 al US: +3.00; es decir, desde la personalidad psicopática variedad paranoica, pasando por las reacciones, los estados intermedios paranoicos o parafrénicos hasta desembocar en la fase terminal de la esquizofrenia paranoide (que estaría ubicada en el US: +3.00). La otra porción de la dimensión transversal de la personalidad, estaría representada por el *eje ictiopático* que incluiría los síndromes de disritmia cerebral y las oligofrenias, cursando desde US: 0.00 hasta US: -3.00, siendo el proceso demencial epiléptico terminal.

Es preciso señalar que la paranoia verdadera queda enmascarada dentro de la normalidad, que está larvada, figura en forma subclínica a partir de US: 0.00 y que se va perfilando la personalidad psicopática paranoica en el límite normal de US: +0.75, después se puede patologizar y tomar como aditamento formaciones reactivas, neuróticas y psicóticas, todo esto en forma progresiva, tal y como se

va forjando su misma forma delirante, hasta llegar a la meta de la esquizofrenia paranoide (US: +3.00).

Resumamos lo anteriormente expuesto y precisemos algunas conclusiones:

1. La verdadera paranoia se confunde con la normalidad mental porque carece de patología.
2. En cuanto se estructura la personalidad paranoica que pertenece a la familia psicopática, entonces es una anomalía del carácter, un trastorno de la personalidad.
3. La personalidad paranoica puede asumir la modalidad de reacción

que, actualmente no es patológica; pero se tamiza de patología mental o psicopatología, asumiendo formas neuróticas hipocondríacas y obsesivas y se puede complicar psicóticamente, hasta producir la esquizofrenia paranoide.

4. Es muy difícil, clínicamente, el diagnóstico de paranoia porque es subclínica y la sintomatología permanece larvaria. De aquí el contrasentido de la propedéutica psiquiátrica que declara sano a un paranoico que oculta su delirio y la hinchazón de su personali-

dad y que solamente la métrica de la personalidad deslinda la entidad paranoica como anomalía mental, ya que la paranoia verdadera es una personalidad psicopática.

Obras consultadas.

Betta, J.: *Psicopatología forense*, Ed. Albatros, Bs. As., 1976.
 Certcov, D.: *Psicopatología dialéctica*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1985.
 Gregori, I. and Smeltzer, D.: *Psychiatry, Essentials of clinical practice*, Brown-Little Co., Boston, 1977.
 Pasmanik, J.: *Psiquiatría forense y criminología*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1966.

SISTEMA PENITENCIARIO PROGRESIVO:

¿Una opción aún válida?

DR. DAGOBERTO PUPPO BOSCH
 Médico Legista, Médico Psiquiatra, Complejo Carcelario de Santiago Vázquez, Montevideo Uruguay.

| | |
|---|--|
| <p>REFERENCE: PUPPO, Dagoberto: "Progressive Penitentiary System: An option still valid?", <i>Medicina Legal de Costa Rica</i>, vol. 4, No. 3, July 1987, pp. 9-11</p> <p>ABSTRACT: <i>This paper approaches the problem of the validity of the actual penitentiary treatment. The penitentiary "treatment" is a series of actions taken by professionals in a penitentiary midst. Its objectives are:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Living together with others, based in respect between all members of the system.</i> 2. <i>Personalized technical assistance to the prisoners to facilitate their social reinsertion.</i> <p><i>The author considers that this treatment is the only way to guarantee Human Rights in the penitentiary midst and to propitiate a more human and personalized way of living together.</i></p> <p>KEYWORDS: Penitentiary system, Human Rights.</p> | <p>REFERENCIA: PUPPO BOSCH, Dagoberto: <i>Sistema penitenciario progresivo: ¿Una opción aún válida?</i>, <i>Medicina Legal de Costa Rica</i>, vol. 4, núm. 3, julio 1987, págs. 9-11.</p> <p>RESUMEN: <i>Este artículo aborda el problema de la validez actual del tratamiento penitenciario. El "tratamiento" penitenciario es un conjunto de acciones llevadas a cabo en el medio carcelario por profesionales. Tiene por objetivos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Una convivencia basada en el respeto entre todos los integrantes del sistema;</i> 2. <i>Asistencia técnica personalizada a los Internos para facilitar su reinsertión social.</i> <p><i>El autor considera que este tratamiento es el único medio de garantizar los derechos humanos en el medio penitenciario y propiciar una convivencia más humana y personalizada.</i></p> <p>PALABRAS CLAVES: Tratamiento penitenciario, derechos humanos.</p> |
|---|--|

La ideología del "tratamiento" de los delincuentes surgió en la escena penitenciaria en respuesta a la ineficacia de los anteriores sistemas carcelarios basados en el aislamiento celular y en la preeminencia custodial, los cuales estaban edificados sobre bases doctrinarias retribucionistas, intimidistas o prevencionistas. Se ensayaron entonces modelos de tratamiento de tipo premial, conductista, psicológico-psiquiátrico, socialterapéutico, etc., pero sin embargo, tampoco lograron en general abatir drásticamente los índices de la reincidencia. Tales fracasos en las funciones resocializadoras de estos modelos penitenciarios, determina soluciones diversas; tal por ejemplo, el retorno pendular del para-

digma del tratamiento hacia el custodial, no dando cabida a ninguna posibilidad de solución alternativa. Otra posición —la abolicionista—, demanda la eliminación de las instituciones totales judiciales, proponiendo soluciones sustitutivas para los conflictos sociales generados por los injustos penales.

La aflicción penal no puede ser considerada al margen del momento histórico y de las coordenadas socioculturales y políticas. La cárcel como institución estructurada para el cumplimiento de sanciones jurídicas, es una realidad fáctica reciente (precedida por las penas de muerte, de exilio y de multa), sobre la que suelen existir concepciones diferentes a lo

ancho del mundo en un momento histórico dado. Debido a ello, en este artículo se encara el problema de la validez actual del tratamiento penitenciario, en especial en países que aún no han logrado superar la etapa custodial, sin que ello suponga, por lo tanto, proponerlo como una solución adaptable a cualquier realidad social o aceptar su perennidad histórica.

Una primera tarea dialéctica en el desarrollo del tema impone considerar al "tratamiento" penitenciario en el marco de una serie de acciones que se anteponen a él (nivel prepenitenciario), que lo continúan (nivel postpenitenciario), y aún con-comitan con él aunque en otros segmentos del sistema penal (nivel parapeniten-