

**LA IMPULSIVIDAD
EN PSICOPSIQUIATRÍA FORENSE**

*Seminario organizado
por el Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses
de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires
el 9 de noviembre de 2010*

PARTICIPANTES

Coordinador:

Dr. MARIANO N. CASTEX

Director del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses

Dr. EZEQUIEL MERCURIO

Toma de decisiones en pacientes con trastorno límite de la personalidad..... 5

Dr. DANIEL H. SILVA, Dra. BLANCA G. HUGGELMANN

y Lic. PEDRO CERUTI PICASSO

El trastorno explosivo intermitente frente a la psico-psiquiatría actual..... 15

TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD^{1, 2}

Dr. EZEQUIEL N. MERCURIO³

1. Introducción

Los trastornos de la personalidad han sido considerados históricamente como personalidades anormales, por fuera de las enfermedades psiquiátricas. Siguiendo a la psiquiatría alemana de Kurt Schneider, como anormalidades no patológicas, es decir sujetos variantes de una normal estadística, pero no enfermos. El autor alemán utiliza el término normal, desde un punto de vista estadístico y no valorativo.

El concepto de enfermedad se reserva para las alteraciones a nivel somático y corporal. Persiste así aquella concepción dualista cartesiana que divide y diferencia a la mente del cuerpo (cerebro).

En esta línea, el concepto enfermedad se encuentra orientado al concepto de lo corporal y el único sostenible en psicopatología. Schneider señala que “solo hay enfermedades en lo corporal; a nuestro juicio los fenómenos psíquicos son patológicos únicamente cuando su existencia está condicionada por alteraciones patológicas del cuerpo en las que nosotros incluimos las malformaciones”. El autor alemán deja por fuera de esta definición a las personalidades psicopáticas, ya que señala que no se trataría de fenómenos patológicos en sentido de procesos orgánicos sino sólo de variaciones y anomalías morfológicas y funcionales.

¹ Mención. XVI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, noviembre de 2009.

² Parte del presente trabajo fue presentado como *poster* en el XVI Congreso de Internacional de Psiquiatría, Buenos Aires, Asociación Argentina de Psiquiatras, septiembre 2009. Título: *Toma de decisiones y empatía en trastornos de la personalidad*. Mercurio, Ezequiel, López Florencia, Romina Monchablon

³ Médico del Cuerpo de Peritos de la Defensoría General de la Nación. Ex Becario del CIDIF.

Es decir los trastornos de la personalidad han quedado por fuera del modelo médico tradicional, donde las enfermedades surgen a partir de un proceso fisiopatológico con un correlato anatómico que permite explicar la presentación sintomática de dicho trastorno (18).

Tanto el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) como la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10) describen un cuadro de trastorno de la personalidad secundario a una enfermedad médica, lesión o disfunción cerebral que se diferencia de los trastornos de personalidad, porque en los primeros es posible demostrar y comprobar alguna alteración a nivel somática.

Siguiendo esta línea, el trastorno de la personalidad secundario a un trastorno cerebral (tumor, accidente cerebro vascular, traumatismo de cráneo) es una enfermedad psiquiátrica, en tanto que en aquellos casos donde la causa no resulta tan clara quedan por fuera de las enfermedades del cerebro. Continuando así con la concepción dualista, enfermedad neurológica/psiquiátrica/médica para el primer caso y variación de la normalidad o de la mente para el segundo caso. Se trata así del mismo grupo de síntomas, pero de entidades psicopatológicas diferentes, ya que en uno existe un proceso fisiopatológico y en el otro no.

2. Trastornos de la personalidad y cerebro

En los últimos años, el estudio sobre el cerebro ha despertado gran interés, la década de 1990 fue declarada por el presidente George H. W. Bush como “La Década del Cerebro” (20). En esta línea, los neurocientíficos han comenzado a investigar sobre algunos comportamientos esenciales de la condición humana como la empatía, el libre albedrío, las decisiones morales, y las bases biológicas de la violencia humana.

Así, los neurocientíficos se han dedicado a investigar en profundidad las funciones más complejas de la cognición humana, como la memoria, la atención, el lenguaje, y el control ejecutivo.

En la actualidad la evolución de las técnicas de neuroimagen permite estudiar el cerebro a través de estudios no invasivos y hace posible que se visualicen cosas que antiguamente no podían verse. Las modernas técnicas de imagen cerebral, la Resonancia Magnética (RM), la Resonancia Magnética Funcional (fMRI de sus siglas en inglés), la Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT), la

Tomografía por Emisión de Positrones (PET), permiten evaluar y medir funciones y disfunciones del cerebro en personas sanas y en aquellas que padecen una enfermedad mental (1).

Los trastornos de la personalidad no han sido ajenos al avance de las neurociencias, y modernas investigaciones empiezan a modificar algunos conceptos. En esta línea, descubrimientos actuales en el funcionamiento cerebral de pacientes con trastorno de personalidad permiten explicar y fundamentar científicamente las características clínicas principales de dichos trastornos.

La etiología del trastorno límite de la personalidad (TLP) es probablemente multifactorial y compleja. Investigaciones recientes señalan la relación entre situaciones traumáticas durante la infancia –maltrato infantil, abuso sexual y abandono– y el trastorno límite de personalidad (24, 25). Algunos autores señalan que el TLP debe ser incluido dentro del espectro de las patologías postraumáticas, junto con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastornos Disociativos (10). El fundamento de incluir al TLP junto a estas patologías se relaciona con los efectos del estrés temprano sobre el funcionamiento cerebral. Así el hipocampo es una zona especialmente sensible y vulnerable al estrés. Estudios de neuroimagen han demostrado un menor tamaño del hipocampo y la amígdala en pacientes con TLP (1, 14).

Por su parte, una de las características centrales del TLP, es la inestabilidad afectiva que se expresa en las relaciones interpersonales y en el comportamiento impulsivo. La corteza medial prefrontal se encuentra encargada de regular las respuestas de tipo emocional y al estrés, así como también se encarga de la inhibición de respuestas ante los estímulos externos, motivo por el cual las alteraciones en la corteza medial prefrontal se ha asociado a comportamiento violento y agresivo. En esta línea, estudios de neuroimagen cerebral han demostrado una disminución de la actividad de la corteza medial prefrontal (13, 15) la corteza cingulada anterior y alteraciones en la corteza orbitofrontal (5, 23).

En esta línea, Blair señala una diferencia entre el TLP y la psicopatía y las diferentes formas de agresión que presentan estos cuadros. Mientras en el primer caso se trata de una agresión de tipo reactiva o emocional, en la segunda se trataría de una agresión de tipo instrumental. En tal sentido, el autor propone que las regiones cerebrales involucradas son diferentes, el circuito entre la corteza órbita frontal y la amígdala para la agresión de tipo afectiva y el circuito de la corteza ventromedial prefrontal-amígdala (6, 7, 8, 9).

Asimismo, se han encontrado alteraciones neuropsicológicas en pacientes con TLP en comparación con sujetos sanos, relacionadas con disfunciones prefrontales, como por ejemplo, alteraciones en la función ejecutiva, en la toma de decisiones y en la planificación (2, 17).

En otras palabras, el TLP se caracteriza por una disfunción en el circuito fronto temporal (22). Dicha alteración explicaría las características clínicas principales del trastorno, dentro de las que se encuentran los trastornos en la regulación emocional e interacción social y la dificultad en el control de los impulsos (19).

3. Toma de decisiones y la hipótesis del marcador somático

Siguiendo la hipótesis del marcador somático la toma de decisiones que depende de procesos conscientes y no conscientes que se encuentra influenciado por sutiles señales que expresan el estado emocional del sujeto. En tal sentido, los defectos en la expresión de las emociones y sentimientos jugarían un rol importante en las alteraciones de la toma de decisiones (11, 12). El sustrato neural propuesto por Damasio para la hipótesis del marcador somático, es la amígdala, la corteza prefrontal ventromedial, la ínsula (12).

El Iowa Gambling Task (IGT) es una prueba neuropsicológica experimental diseñada para estudiar la integración de la emoción y cognición en el proceso de toma de decisiones (4). La tarea simula la toma de decisiones en la vida real. Se han hallado alteraciones en esta tarea en pacientes con daño prefrontal ventromedial bilateral y en pacientes con daños en la amígdala. También se han hallado alteraciones en pacientes con abuso de sustancias y en pacientes con bulimia nerviosa.

Teniendo en cuenta las características clínicas de los pacientes con TLP y las disfunciones neurobiológicas halladas que se han señalado previamente en la región fronto temporal (orbitofrontal y amígdala), se plantea como hipótesis que los pacientes con TLP realicen elecciones más desventajosas en el IGT en comparación con sujetos sanos, tal como se ha publicado en estudios internacionales.

Es por ello que se plantea como el objetivo principal de la presente investigación comparar los resultados del Iowa Gambling Task entre una muestra nacional de pacientes con TLP y los resultados internacionales publicados.

4. Metodología utilizada

La muestra se compuso de pacientes internadas y ambulatorias con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. El diagnóstico realizado fue clínico y en base a los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales en su IV versión (DSM IV). Las pacientes tenían entre 19 y 60 años, con un nivel de escolaridad entre 10 y 15 años. Fueron criterios de exclusión síntomas neurológicos, trastornos cognitivos, trastorno depresivo mayor en curso, y trastorno por consumo de sustancias. Se utilizó el Iowa Gambling Task, versión computarizada. La tarea comienza con \$ 2000, donde el sujeto tiene que elegir entre 4 mazos de cartas, 2 de ellos (el C y D) son mazos ventajosos, que dan poca ganancia y poca penalidad y 2 mazos (A y B) son desventajosos, ya que si bien dan una importante ganancia, también la penalidad es importante, motivo por el cual la elección sostenida de los mazos A y B a la pérdida del dinero en el largo plazo a pesar de dar una gran recompensa. Los sujetos son informados que existen mazos ventajosos y desventajosos, no se le dice cuál es cuál y se le indica que debe mantenerse alejado de los mazos desventajosos. Se realiza un total de 100 jugadas, que son divididas en 5 bloques de 20 jugadas. Los resultados se realizan restando la suma de los mazos ventajosos menos la suma de las elecciones desventajosas. Los resultados obtenidos fueron comparados con los resultados obtenidos previamente por Haaland y colaboradores (16).

5. Resultados

En la tabla 1 se muestran las características de las muestras con relación a la edad y años de educación. La muestra de nuestra pacientes tenía menos años de educación y una edad promedio mayor que la presentada por Haaland y colaboradores.

En la tabla 2 y el gráfico 1 se muestran la comparación de los resultados hallados en el IGT de la muestra de nuestras pacientes y la muestra de pacientes reportada por Haaland y colaboradores. Los resultados hallados en nuestra muestra de pacientes son similares a los reportados previamente y si se los compara con la muestra control utilizada por Haaland y colaboradores, los hallazgos son significativos, donde los pacientes con TLP realizaron elecciones menos

Tablas

Tabla 1. Características demográficas de la muestra nacional e internacional de los pacientes con trastorno límite de la personalidad en el IGT

| Muestra Nacional | | | Muestra Internacional | | |
|------------------|----------|------|-----------------------|----------|-----|
| (n:10) | Promedio | DS | (n:13) | Promedio | DS |
| Edad | 43,4 | 11,7 | Edad | 24,2 | 6,3 |
| Educación | 11,7 | 1,49 | Educación | 12,6 | 2,5 |

Tabla 2. Resultados del Iowa Gambling Task en muestra nacional e internacional

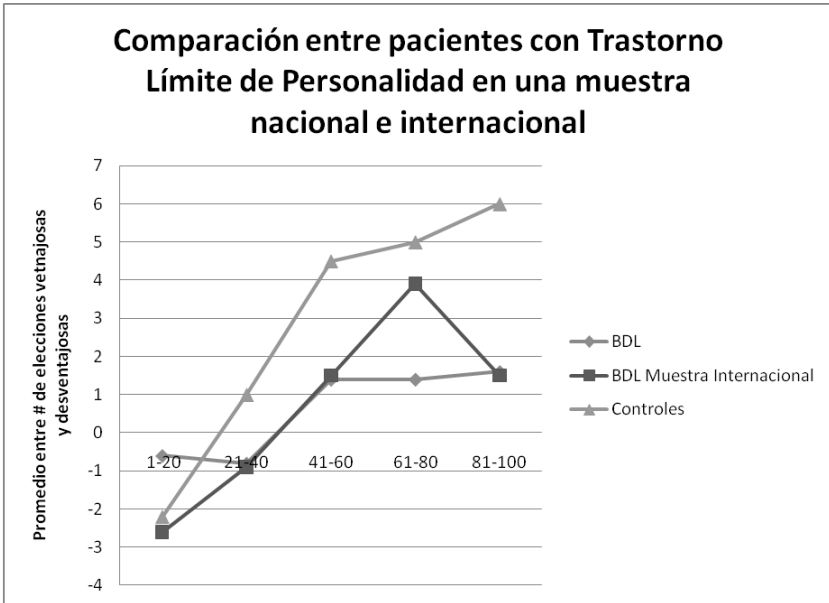
| Iowa Gambling Task | | | | | |
|--------------------|----------|------|--------------------|----------|------|
| Muestra Nacional | Promedio | DS | Iowa Gambling Task | Promedio | DS |
| Bloque 1 | -0,6 | 4,6 | Bloque 1 | -2,6 | 5,3 |
| Bloque 2 | -0,8 | 2,6 | Bloque 2 | -0,9 | 6,4 |
| Bloque 3 | 1,4 | 4 | Bloque 3 | 1,5 | 7,6 |
| Bloque 4 | 1,4 | 2,83 | Bloque 4 | 3,9 | 10,7 |
| Bloque 5 | 1,6 | 4,7 | Bloque 5 | 1,5 | 10,1 |
| Total | 3 | | Total | 3,4 | 26 |

ventajosas. Una posible explicación podría ser que los pacientes con TLP más experiencias para poder aprender de sus conductas y obtener un mayor control sobre las mismas, lo que podría ser la base de las alteraciones en la toma de decisiones que presentan.

6. Discusión y conclusiones

Se trata de una primera aproximación a las alteraciones en la toma de decisiones en pacientes con trastorno límite de la persona-

Grafico 1. Comparación de los promedios entre las elecciones ventajosas y desventajosas en el Iowa Gambling Task en pacientes con trastorno límite de la personalidad en una muestra nacional e internacional y un grupo control nacional



lidad con la utilización del IGT. Los resultados hallados son similares a los reportados en estudios internacionales reportados. En otras palabras las pacientes con TLP realizaron menos elecciones ventajosas. Estos hallazgos se relacionan con la dificultad que presentan estos pacientes en la regulación afectiva y las alteraciones subyacentes en el circuito fronto temporal. De acuerdo con la hipótesis del marcador somático, deficiencias en la región de la corteza órbito frontal y amígdala se podría relacionar con alteraciones en la toma de decisiones. Las limitaciones del presente estudio fueron las siguientes: un número pequeño de pacientes, con un rango mayor de edad y un nivel educativo menor. Sería de gran interés contar con un segundo grupo de sujetos sanos para poder compararlo con el de las pacientes con trastorno límite de la personalidad en una muestra nacional e internacional y un grupo control nacional.

Bibliografía:

1. Arango López, C.; Crespo Facorro, B; Arroyo, M. *Neuroimagen en psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 1^a ed., reimpresión, 2006.
2. Bazanis, E.; Rogers, R. D.; Dowson, J. H.; Taylor, P.; Meux, C.; Staley, C.; Nevinson Andrews, D.; Taylor, C.; Robbins, T. W. & Sahakian, B. J. (2002). "Neurocognitive deficits in decision making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder", *Psychological Medicine*, 32, 1395-1405.
3. Bechara, A.; Damasio, H.; Damasio, A. R. & Lee, G. P. (1999). "Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making", *Journal of Neuroscience*, 19, 5473-5481.
4. Bechara, A.; Damasio, A. R.; Damasio, H. & Anderson, S. W. (1994). "Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex", *Cognition*, 50, 7-15.
5. Berlin, Rolls and Ivers. "Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex", *Am J Psychiatry* 2005; 162:2360-2373.
6. Blair, R. J. "Functional contributions of amygdala and vmPFC", *Phil. Trans. R. Soc. B*.
7. Blair, R. J. "Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy", *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001;71:727-731.
8. Blair, R, J. "The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy", *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.11 No. 9, 387-392.
9. Blair, R. J. "The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior", *Brain and Cognition* 55 (2004) 198-208.
10. Bremner, J. D. "Acute and chronic responses to psychological trauma: where do we go from here?", *Am. J. Psychiatry*, 1999;156:349-351.
11. Damasio, A. R.; Tranel, D.; Damasio, H. "Somatic markers and the guidance of behavior: Theory and preliminary testings", en Levin, H. S.; Eisenberg, H. M. y Benton, A. L., eds., *Frontal Lobe Function and Dysfunction*, Oxford University Press, 1991, pp. 217-229, citado en Damasio, Antonio, *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Crítica, 3^a edición, 2004.
12. Damasio, A. R. (1996). "The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex", *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351, 1413-1420.
13. Damasio, A. R. (1996). "The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex", *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351, 1413-1420.

14. De la Fuente, J. M.; Goldman, S.; Stanus, E., et al. "Brain glucose metabolism in borderline personality disorder", *J. Psychiatr. Res.* 1997;31:531-541.
15. Driessen, M.; Hermann, J., Stahl, K. "Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization", *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57:1115-1122.
16. Goyer, P. F.; Andreason, P. J.; Semple, W. E., et al. "Positron-emission tomography and personality disorders", *Neuropsychopharmacology.* 1994;10:21-28.
17. Haaland, V., et al. "Decision making as measured with the Iowa Gambling Task in patients with borderline personality disorder", *JINS*, 2007, 13, 699-703.
18. Lenzenweger, M. F.; Clarkin, J. F.; Fertuck, E. A. & Kernberg, O. F. (2004). "Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: A preliminary study", *Journal of Personality Disorders*, 18, 421-438.
19. Mercurio, E. "Las personalidades psicopáticas. Breve revisión del concepto de anormalidad no patológica", *Comunicaciones forenses 2008*, Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, Buenos Aires, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 2009.
20. Minzenberg et al. "Frontolimbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study", *Psychiatry Res.* 2007 August 15; 155(3): 231-243.
21. President George H. W. Bush, Proclamation, "Decade of the Brain, 1990-2000, Proclamation 6158", *Federal Register* 55, n. 140 (1990): 29553.
22. Schmah, C. G.; Vermetten, E.; Elzinga, B. M.; Douglas Bremner, J. "Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder", *Psychiatry Res.* 2003 Apr 1;122(3):193-8.
23. Silbersweig, D., et al. "Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality Disorder", *Am. J. Psychiatry* 2007; 164:1832-1841.
24. Soloff, P. H.; Meltzer, C. C.; Greer, P. J.; Constantine, D.; Kelly, T. M. "A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder", *Biol. Psychiatry* 2000; 47:540-547.
25. Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R. "Pathways to the development of borderline personality disorder", *J. Personal Disord.* 1997; 11:93-104 citado en *Am J Psychiatry* 162: 4, April 2005.
26. Zanarini, M. C. *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press; 1997.

EL TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE FRENTE A LA PSICO-PSIQUIATRÍA ACTUAL

Dr. DANIEL H. SILVA*
Dra. BLANCA G. HUGGELMANN**
Lic. PEDRO CERUTI PICASSO***

Introducción al problema

Es dable observar que en varios trastornos psiquiátricos se pierde el control de los impulsos como parte de su sintomatología, produciéndose comportamientos anómalos llamados impulsiones. Pueden ser algunos ejemplos la pérdida de la inhibición y descontrol de los impulsos bajo los efectos confusionales de algunas drogas, la desinhibición en la demencia y en otros trastornos neurológicos en los que se encuentra dañado el lóbulo frontal, así como también los comportamientos derivados de una desestructuración del psiquismo.

Sin embargo los trastornos del control de los impulsos, como entidad pura, se refieren a un grupo de patologías en los que el síntoma principal es una disfunción en el control de un impulso concreto caracterizado por el fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio sujeto o para los demás. Dicho en otros términos en los muelles de contención.

Es interesante recordar como la Física Mecánica define el funcionamiento de un resorte y de un muelle en los siguientes términos: *“Su propósito, con frecuencia, se adapta a las situaciones en las que se requiere aplicar una fuerza y que esta sea retornada en forma de energía, y siempre están diseñados para ofrecer resistencia o amortiguar las presiones externas”*.

* Médico Forense de la Justicia Nacional.

** Perito Psiquiatra de la Defensoría de la CABA.

*** Perito Psicólogo Ad Hoc del Cuerpo Médico Forense (JN).

Si trasladamos esta definición en el campo de la Psicopatología y, más concretamente en los Trastornos del Control de los Impulsos (TCI), viene a ser una enunciación que bien puede ser adecuada.

Los pacientes pueden o no intentar conscientemente resistir el impulso, y pueden o no planear sus conductas. Concorre además con una sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el impulso. En el momento de consumir el acto el individuo siente placer, gratificación o liberación de la tensión acumulada, sin embargo esta acción puede o no verse acompañada después de sentimientos de pena, culpa, autorreproche, etc. Como sus conductas coinciden conscientemente con sus deseos, sus actos son egosintónicos (en contraste con los síntomas compulsivos)¹.

El comportamiento del sujeto se origina y salta como un resorte ante un estímulo concreto y no finaliza su mecanismo hasta la consecución y consumación del objeto de la conducta por la que es motivo del impulso. Vuelve a su estado basal original de calma y tranquilidad hasta que se inicia, de nuevo, todo el proceso de forma cíclica.

Dicho en otros términos, el sujeto ve cómo aumentan sus niveles de ansiedad a efectos de querer materializar la conducta impulsiva específica y, una vez materializado, retorna a sus niveles basales de armonía y tranquilidad psicológico-emocional hasta que –de forma cíclica– retorna de nuevo la necesidad de materialización de la conducta objeto del trastorno, constituyendo un ciclo que no puede cesar. Una vez que el sujeto ha iniciado su comportamiento anómalo, no finalizará hasta consumir su conducta perturbadora que tanto le origina esta angustia de materialización comportamental. Se tratan de sujetos que “disparan y saltan” su conducta de manera vehemente e impetuosa con objeto de satisfacer una necesidad interna a efectos de apaciguar su angustia ante este proceso cognitivo de carácter patológico y de alto riesgo en función de las conductas a desplegar.

Tanto las clasificaciones DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, basados en la psicopatología descriptiva y en los criterios operativos de diagnóstico, dedican un apartado específico a los “*Trastornos del control de los impulsos (no clasificados en otros apartados)*”. Incluyen en esta categoría al *Juego Patológico (Ludopatía)*; *Cleptomanía*; *Piromanía*; *Tricotilomanía* y *Trastorno Explosivo Intermitente*. Sobre éste último se centrará la presente reflexión.

¹ Kaplan, Harold, *Manual de psiquiatría*, 1998.

Cada uno de ellos tiene su manifestación conductual y comportamental específica y delimitada teniendo en común ese trastorno conductual caracterizado por un bajo nivel de autocontrol cognitivo-conductual en la esfera de la impulsividad mostrando y manifestando un comportamiento anómalo con riesgo de graves repercusiones en los ámbitos personales, familiares, laborales y sociales en general.

La CIE-10 trata a este cuadro como “*trastornos del control del comportamiento no clasificables en otros apartados, lo cual atribuye a este grupo una categoría de exclusión*”². Especifica que: “*por convención se excluyen de este apartado los trastornos de consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, los trastornos de impulsos y hábitos que afectan al comportamiento sexual y a la conducta alimentaria*”³.

La causa es desconocida hasta el momento, aunque parecen converger factores psicodinámicos, biológicos, psicosociales y neurobiológicos. El curso suele ser crónico y no es raro que se vea agravado por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

El trastorno explosivo intermitente: su caracterización

Es un desorden que afecta a la agresividad, se manifiesta en forma de episodios aislados de pérdida de control de los impulsos agresivos. Estos episodios pueden generar ataques incontenibles de agresión física o verbal que pueden provocar ofensas graves o destrucción de propiedades. El grado de agresividad que se manifiesta es desproporcionado a cualquier detonante que lo haya podido desencadenar. En algunas ocasiones la intensidad de los mismos puede incrementarse con el tiempo, lo que conlleva a complicaciones con el entorno, que acaba rechazando y marginando al individuo que parece incapaz de controlar su conducta.

Los pacientes pueden describir los síntomas como crisis, con aura previa, que aparecen en minutos u horas, y que remiten espontánea y rápidamente sin importar la duración que hayan tenido.

Por lo general luego del episodio crítico, el paciente se siente culpable y arrepentido. Entre los episodios, pueden observarse signos de impulsividad o agresividad.

² San Sebastián Cabases, F. J., *Trastorno del control de los impulsos en la infancia y adolescencia*, Aula Psiquiátrica, 2002.

³ J. Saiz Ruiz, *Trastornos del control de impulsos*, 2002 <http://www.sicolog.com/?a=299>

Se ha asociado el cuadro a un estado epileptoide: presencia de auras; cambios en el sensorio (amnesia parcial y difusa generalmente); hipersensibilidad a estímulos auditivos o luminosos.

Puede decirse que la incidencia es mayor en hombres, y que suele aumentar entre familiares de primer grado de personas afectadas. Los episodios suelen iniciarse al final de la adolescencia y rara vez después de los treinta años. En algunas mujeres el trastorno se intensifica en la etapa premenstrual⁴.

Kaplan⁵ define que los pacientes típicos son personas enérgicas pero dependientes, con escaso sentido de identidad masculina. Manifiestan sensaciones de impotencia o inutilidad para cambiar el ambiente como precedentes del episodio violento, y un marcado nivel de culpa, ansiedad y depresión al culminar el episodio.

El aporte de las Neurociencias

Si bien la etiología no está definida, algunos investigadores sugieren alteraciones de la neurofisiología, esgrimiendo que las respuestas agresivas serían fruto de un déficit de los mecanismos inhibitorios de la conducta, frente a un aumento de la reactividad emocional. El estudio se centraría en zonas cerebrales asociadas a la agresividad como la zona límbica y los lóbulos frontales y temporales.

Según precisa Elliot⁶ se observa en aproximadamente un 10 % de los pacientes afectados de trastorno explosivo intermitente focos irritativos temporales de tipo epileptogénos, el 40 % mostraba alteraciones electroencefalográficas inespecíficas, y el 40 % signos neurológicos menores.

Dentro de las manifestaciones bioquímicas significativas estarían la actividad de la monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria disminuida⁷, la disfunción noradrenérgica y serotoninérgica (principalmente en áreas cerebrales como el núcleo del rafe o el núcleo supraquiasmático).

⁴ McElroy, S. L.; Soutullo, C. A.; Beckam, D. A.; Taylor, P.; Keck, P. F., "DSM - IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases", *3 Clin Psychiatry* 1998.

⁵ Kaplan, Harold, *Manual de psiquiatría*, 1998.

⁶ Elliot, F. A., "Neurological Findings in adult minimal brain dysfunction and dyscontrol syndrome", *J Nerv Ment Dis*, 1982.

⁷ Buschbaum, M. S.; Coursey, R.D.; Murphy, D. L., "The biochemical high risk paradigm: behavioral and familial correlates of low platelet monoamine oxidase activity", *Science*, 1976.

co)⁸, y niveles elevados de testosterona, dopamina y vasopresina⁹. Se han detectado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR de estos pacientes¹⁰.

Otros investigadores centraron el estudio en causas psicosociales, destacando que el ambiente desfavorable durante la infancia es el determinante principal para que se desarrolle esta patología (ambientes caracterizados por alcoholismo, malos tratos, promiscuidad, amenaza de muerte, etc.).

Refieren como factores predisponentes los traumatismos perinatales, las crisis epilépticas infantiles, los traumatismos craneales, la disfunción cerebral mínima y la hiperactividad.

Aproximación psicodinámica

Desde el aspecto psicológico, se destaca la identificación con figuras parentales agresivas como símbolo del objeto de violencia. La frustración temprana, la opresión y la hostilidad son factores de riesgo también. Las situaciones que directa o simbólicamente recuerdan deprivaciones tempranas, se convierten en objetivo de la hostilidad destructiva. Asimismo se ha sugerido que puede ser una manifestación depresiva atípica, ya que más del 90 % de los pacientes presentan sintomatología depresiva, y de ellos, la mitad, de trastorno bipolar¹¹.

Fenomenología clínica

El cuadro debe suceder sin estar bajo los efectos de ninguna sustancia y sin padecer además algún otro trastorno psiquiátrico. Para su diagnóstico, se debe contar con una historia clínica que revele varios episodios de pérdida de control y agresividad. Generalmente la infancia transcurrió en un ambiente de inestabilidad emocional,

⁸ Linnoila & Virkkunen, *Síndrome de serotonina baja*, Kruesi et al., 1992.

⁹ Wise, M.G.; Tierney, J. G., *Impulse control disorders not elsewhere classified*, Textbook of psychiatry, 3ª ed., 1999.

¹⁰ Linnoila, M.; Jong, J.; Virkkunen, M., "Low cerebrospinal fluid 5-HIAA concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behaviour", *Life Sci.* 1983.

¹¹ McElroy, Sl. "Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder", 3 *Clin Psychiatry*. 1990.

violencia y dependencia del alcohol. Las biografías laborales de estos pacientes refieren pérdidas de trabajos frecuentes, dificultades conyugales y problemas legales. La mayoría ha solicitado tratamiento psiquiátrico previo, sin resultados.

El examen neurológico revela en ocasiones signos neurológicos menores (como ambivalencia derecha-izquierda e inversión perceptiva). El EEG suele ser normal o con cambios inespecíficos. Los test psicológicos para detectar organicidad ofrecen generalmente resultados normales.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno explosivo intermitente (F63.8 //312.34).

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Como diagnóstico diferencial ha de descartarse la esquizofrenia, un trastorno antisocial o límite de la personalidad, un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, un trastorno de conducta, etc. Asimismo deben descartarse cambios de personalidad debidos a enfermedad, médica y la intoxicación con sustancias psicoactivas. Debe diferenciarse del Trastorno explosivo aislado en el que sólo se presenta un episodio breve de violencia con conducta desproporcionada. En individuos con trastorno de personalidad narcisista, obsesiva, paranoide o esquizoide pueden presentarse episodios explosivos de rabia cuando son sometidos a situaciones estresantes¹².

¹² Tamayo, J. M., "Trastornos del Control de Impulsos", en *Psicofarmacología On-Line* URL: <http://psicofarmacologia.info/Timpulsos.html>

Aproximación psiquiátrico forense

Desde el ángulo pericial forense interesa saber cuales son repercusiones psicolegales presenta el sujeto que presenta esta entidad psicoclínica.

El orden jurídico de manera concreta y precisa nos interroga: “¿El sujeto es consciente o no del alcance de la gravedad de las consecuencias de sus actos?, en otras palabras ¿comprende el alcance de su accionar y lo puede dirigir conforme a dicha comprensión?, ¿Su trastorno ha dado lugar una disminución o una abolición de sus capacidades cognitivo-volitivas?”.

Con estas preguntas, se pretende apreciar si el grado de conciencia del sujeto ante su hecho delictivo es derivado de un acto cognitivo consciente o fruto de su inconsciencia psicopatológica no sabiendo lo que hacia y ni por qué lo hacía (siguiendo lo ya establecido por el Art. 34 inc 1° de nuestro Código Penal).

Dicha apreciación va orientada a efectos de las repercusiones jurídico-legales que dicho estado de anomalía conductual puede influir sobre la materialización del acto delictivo concreto: ¿es imputable, o inimputable? o ¿es tan grave su dolencia mental por la que no alcanza a considerar a los efectos de que el sujeto no sabia qué hacia ni por qué lo hacía? Pues la situación vuelve a ser compleja y profunda.

A modo de intento de aproximación puede considerarse que la imputabilidad en este tipo de alteraciones está en líneas generales disminuida e incluso en algunos casos se puede hablar de una anulación completa de la capacidad de reproche. Ello tiene su origen en que en la base de esos trastornos existe una perturbación severa del control volitivo, condición ésta sobre la que se fundamenta la imputabilidad. El cleptómano, el pirómano, el ludópata, aunque saben lo que hacen, es decir, son conscientes de la ilicitud del hecho, actúan todos ellos motivados por un impulso irresistible o cuando menos difícilmente controlable por medio de la voluntad. Esta situación llega a su extremo en el individuo con Trastorno Explosivo Intermitente caracterizado por un bajo nivel de autocontrol cognitivo-conductual en la esfera de la impulsividad mostrando y manifestando un comportamiento anómalo con riesgo de graves, tal como se ha expresado en párrafos anteriores.

Por todo ello, podemos considerar –sin ser temerarios–, que la imputabilidad se encuentra significativamente perturbada. No obs-

tante, siempre hay matices por lo que será preciso analizar cada caso en concreto y huir de generalizaciones simplistas y carentes de rigor.

Conclusiones

De acuerdo a lo desarrollado durante el presente trabajo, queda reflejado que la impulsividad no es fácil de definir, ya que subyacen bajo este concepto una diversidad de conductas que tienen como núcleo conceptual la irracionalidad sistemática de los actos; lo que suele redundar en resultados negativos para el individuo, bien por la expresión fuera del contexto apropiado, por ser actos apresurados o porque conllevan riesgos para sí u otras personas.

Los trastornos del control de los impulsos, son asimismo difíciles de diagnosticar, por presentarse la impulsividad en un amplio número de patologías tanto psiquiátricas como médicas que deben descartarse para diagnosticar el trastorno en su forma pura. Asimismo, la vergüenza o arrepentimiento que generan el paciente, ayudan al subregistro y la poca información sobre el tratamiento sistematizado.

En forma paralela, la forma de vida actual, la hiperexposición a estímulos visuales y auditivos, la motivación por la competencia, la exigencia de rapidez en las respuestas, y la desafectivización e informatización de las relaciones, son factores que tienden a aumentar la ansiedad y generar tensión en personas predispuestas y con poca o inadecuada contención.

Es importante tener en cuenta a la hora de efectuar un dictamen que estamos frente a:

1. Un tipo de trastorno que se mueve entre las fronteras del Eje I y del Eje II de nuestro Manual Diagnóstico (DSM-IV-TR).
2. Que, según la gravedad sintomatológica, presentará una merma o abolición de sus capacidades cognitivas y volitivas.
3. Un tipo de trastorno por el que la determinación de su dicotomía imputabilidad-inimputabilidad oscila entre la menor y la mayor gravedad del trastorno y de la presencia o no de otro tipo de trastorno psicopatológico asociado.

Bibliografía por autores

American Psychiatryc Association, *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, 4ª ed., Washington, American Psychiatric Association, 1994.

- Argemí Renom, Josep, *Nuevas patologías en pediatría social: Ciberpatología pediátrica*. http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Arguemi_Renom.htm
- Bombín, B., “Enfoques farmacológicos: serotonina y ludopatía”, en: Bombín (ed): *El juego de azar: patología y testimonios*, Valladolid, Junta Castilla y León, 1992.
- Bujold, A.; Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boisvert, J. M., “Treatment of pathological gamblers: An experimental study”, *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1994.
- Burt, V., *Impulse control disorders not elsewhere classified and adjustment disorders in Synopsis*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
- Buschbaum, M. S.; Coursey, R. D.; Murphy, D. L., “The biochemical high risk paradigm: behavioral and familial correlates ok low platelet monoamine oxidase activity”, *Science*, 1976.
- Custer, R. L., “Profile of the pathological gambler”, *J Clin Psychiatry*, 1984. [Medline]
- Christenson, G. A.; Popkin, M. K.; Mackenzie, T. B.; Realmuto, G. M., “Lithium treatment of chronic hair pulling”, *J Clin Psychiatry*, 1991.
- Christenson, G. A.; Crow, S. J., “The characterization and treatment of trichitillomania”, *J Clin Psychiatry*, 1996.
- De Caria, C.M.; Hollander, E.; Crossman, R.; Wong, Ch. M.; Mosovich, S. A.; Cherkasky, S., “Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling”, *J Clin Psychiatry* 1996.
- De la Gandara, J. J.; De Dios, A.; Cerezo, P.; Redondo, A. L., “El trastorno de adquisición y uso anormal del atuendo”, *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatrica*, 1990.
- Delgado Bueno, S. (dir); Gonzalez de Rivera y Revuelta, J. L. (coord); Rodríguez Pulido, F. (coord); Esbec Rodríguez, E. (coord), *Psiquiatria legal y forense*, Ed Colex, España, 1994.
- Dickerson, M., “Gambling: a dependence without a drug”. *Int. Rev. Psychiatry*, 1989;1:152-72.
- Echeburua, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J., “Comparative effectiveness of three therapeutics modalities in the psychological treatment of pathological gambling: longterm outcome”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1996.
- Echeburua, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J., “Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico”, *Análisis y modificación de conducta*, 1994.
- Elliot, F. A., “Neurological Findings in adult minimal brain disfunction and dyscontrol syndrome”, *J Nerv Ment Dis*, 1982.
- Goldman, M. J., “Kleptomania: making sense of the nonsensical”, *Am J Psychiatry*, 1991.
- González, A., “Juego patológico: una nueva adicción”, *Canal Comunicaciones*, Madrid, 1989.
- Grant, J.; Kim, S., “Demographic features of 131 pathological gamblers”, *J Clin Psychiatry*, 2001. [Medline]

- Gunderson, J.; Phillips, K., "A current view of the interface between borderline personality disorder and depression", *Am J Psychiatry*, 1991.
- Hallopeau, M., "Alopecia par grottagé (trichomanie o trichotillomanie)", *Ann Dermatol Vénéreol*, 1889.
- Ibáñez, A.; Saiz, J., *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*, Masson, Barcelona, 2001.
- Ibáñez, A.; Saiz, J., "Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos". En: Barcia, D., editor, *Tratado de psiquiatría*, Tomo 22, Madrid, Aran, 2000.
- ICD 9^o Revision. Mental disorder: glosary and guide to their classification in accordance with the 9^o Revision of the internacional Classification of disease, Geneve, WHO, 1978. Kaplan, Harold, *Manual de psiquiatría*, 1998.
- Linnolia, M.; De Jong, J.; Virkkunen, M., "Family history of alcoholism in violent offenders and impulsive FIRE setters", *Arch Gen Psychiatry*, 1989.
- Linnoila, M.; Jong, J.; Virkkunen, M., "Low cerebrospinal fluid 5-HIAA concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behaviour", *Life Sci.*, 1983.
- Linnoila & Virkkunen, "Síndrome de serotonina baja", 1992; Kruesi et al., 1992.
- Mattes, J.A.; Rosenberg, J.; Mays, D.; "Carbamazepine versus propranolol in patients with uncontrolled range outbursts: a random assignment study", *Psychopharmacol Bull*, 1984.
- McConaghy, B.; Blaszczynsky, A.; Frankova, A., "A comparison of imaginal desensibilization with other behavioural treatments of pathological gambling: a two-to nine-year follow up", *Brithis J of Psychiatry*, 1991.
- McElroy, S. L., "Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder". *3 Clin Psychiatry*, 1990.
- McElroy, S. L.; Pope, H. G.; Hudson, J. L.; Keck, P. E., "Kleptomania a epor of 20 casos", *Am J Psychiatry*, 1991.
- Mc Elroy, S. L.; Keck, P. E.; Phillips, K. A., "Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder", *Clin Psychiatry*, 1995.
- McElroy, S. L.; Soutullo, C. A.; Beckam, D. A.; Taylor, P., "Keck PF. DSM – IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases", *3 Clin Psychiatry*, 1998.
- Pedrero Péreza, M. T.; Rodríguez Monjeb, F.; Gallardo Alonso, M.; Fernández Girónc, M.; Pérez López, J.; Chicharro Romero, C., "Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4", <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13113922>
- Ros Montalban, S.; Peris Dias, M. D.; Gracia, Marco R., "Impulsividad", *Ars Medica*. 2004.
- Saiz Ruiz, "Trastornos del control de impulsos", 2002 <http://www.sicolog.com/?a=299>

- Sánchez Hervas, Juego patológico: un trastorno emergente URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13045096>
- San Sebastián Cabases, F. J., “Trastorno del control de los impulsos en la infancia y adolescencia”, *Aula Psiquiátrica*, 2002.
- Serrad, M. H.; Marini, J. L.; Bridges, C. I.; Wagner, E., “The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man”, *Am J Psychiatry*, 1976.
- Schlosser, S.; Black, D. W.; Repertinger, S.; Freet, D., y cols., “Compulsive buying: Demography, Phenomenology and Comorbidity in 46 subjects”, *General Hospital Psychiatry*, 1994.
- Sharpe, L.; Terrier, N., *Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling*.
- Swedo, S. E.; Leonard, H. L., “Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder?”, *Psychiatry Clin North Am.*, 1992.
- Tamayo, J. M., “Trastornos del Control de Impulsos”, en *Psicofarmacología On-Line* URL: <http://psicofarmacologia.info/Timpulsos.html>
- Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª edición, Ed Salvat, España, 1994.
- Virkkunen, M.; Rawlings, R.; Takola, R., y cols., “CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, FIRE setters, and healthy volunteers”, *Arch Gen Psychiatry*, 1994.
- Wise, M. G.; Tierney, J. G., “Impulse control disorders not elsewhere classified”, *Textbook of psychiatry*, 3ª ed., 1999.
- Wise, M. G.; Tierney, J. G., “Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados”. En: Hales, R. E.; Yudofsky, S. C.; Talbott, J. A., editors, *Tratado de psiquiatría*, 2ª ed., Barcelona, Áncora, 1996.

Sitios Web consultados

- American Psychiatric Association <http://www.psych.org/>
- American Psychological Association (APA) <http://www.apa.org/>
- Healthy Minds <http://www.healthyminds.org/>
- The American Journal Of Psychiatry <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Psiquiatría.com <http://www.psiquiatria.com>
- Asociación Argentina de Psiquiatras <http://www.aap.org.ar/>
- Asociación Argentina de Psiquiatría Infante Juvenil y Afines <http://www.aapi.org.ar/>
- Medicinainformacion.com <http://www.medicinainformacion.com>
- RevistadePsiquiatríaForense,SexologíayPraxis <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>
- Psiquiatríalatina.com <http://www.psiquiatríalatina.com/>
- Dialnet <http://www.dialnet.unirioja.es>
- DSM IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 http://www.sadamweb.com.ar/CIE_10_.pdf

<http://www.eutimia.com/cie10/>
<http://www.sicolog.com/?a=299>
http://www.psychologyinfo.com/problems/impulse_control.html
http://www.healthatoz.com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.jsp?requestURI=/healthatoz/Atoz/ency/impulse_control_disorders.jsp
http://www.psychnet-uk.com/clinical_psychology/clinical_psychology_impulse_control_disorders.htm
<http://external.doyma.es/pdf/182/182v09n04a13113922pdf001.pdf>
<http://www.cop.es/colegiados/MU00024/impulsos.htm>
<http://www.jhpsicologia.com/impulsos.htm>
http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Arguemi_Renom.htm