

Humanidades

Piromanía

Pedro Moreno Gea

El fuego ha estado presente en la vida humana desde sus comienzos, ya en la forma amenazante del incendio provocado por el rayo, como acompañante de ceremonias y rituales o como importante arma defensiva ante los depredadores, la fascinación que éste ejerce sobre algunas personas hace que éstas puedan dejarse llevar por el impulso de provocarlo sin considerar la notable destrucción que puede acompañar dicha acción. La conducta humana es con relativa frecuencia impulsiva, entendiendo por tal, la conducta no premeditada, aparentemente urgente y acompañada de gran tensión. Sin embargo, la educación y las normas sociales nos enseñan a modular dichos impulsos dejando que sólo se manifiesten aquellos que no tienen un perjuicio para nosotros mismos o los demás. Cuando existe una incapacidad para resistirse a este impulso entramos dentro del campo de la patología. La definición de los trastornos del control de los impulsos data del siglo XIX, cuando Pinel y Esquirol introdujeron el concepto de «impulso instintivo» y el término «Monomanía instintiva». Las monomanías originales incluían el alcoholismo, la piromanía y el homicidio (Talbot). Henry Ey, incluye estos cuadros de piromanía, cleptomanía, ciertos homicidios, jugadores y estafadores dentro del cuadro de personalidades psicopáticas.

El DSM-III clasifica la piromanía dentro de los trastornos del control de los impulsos, éstos se caracterizan por:

1. *Fracaso en resistir un impulso*, una tendencia o una tentación, a llevar a

cabo algún acto que es peligroso para el individuo o para los demás. Puede existir o no existir resistencia consciente al impulso. El acto puede o no puede ser premeditado o planificado.

2. *Sensación creciente de tensión antes de cometer el acto.*
3. *Experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de llevar a cabo el acto*, cuando se observa o cuando se participa en sus consecuencias. El acto es egosintónico, por el hecho de que es consonante con el deseo inmediato del individuo. Inmediatamente después del acto puede existir o no lamentación, autorreproche o sentimientos de culpa auténticos.

Entran dentro de este grupo:

- La cleptomanía.
- Juego patológico.
- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno explosivo aislado.
- Tricotilomanía.

Otros miembros potenciales de este grupo serían la automutilación repetitiva, compra compulsiva y el comportamiento sexual compulsivo (McElroy et al., 1992).

La piromanía se ha descrito como «conducta incendiaria sin motivación» (Kosson y Dvoskin, 1982). Ello significa que si no se puede determinar ninguna motivación se diagnostica piromanía. El problema es que con frecuencia el pirómano no reconoce esa motivación para no admitir su culpabilidad. Si existe motivación sería un «incendiario». La piromanía sería por tanto una subcategoría dentro del grupo de los incendiarios. La clásica monografía *Pathologic Firesetting* de Lewis y Yarnell (1951) constituye el estudio más extenso sobre el tema donde se recogen cerca de 1.500 casos.

En el caso de la piromanía los rasgos esenciales son el fracaso recurrente en resistir los impulsos para incendiar y también la intensa fascinación que produce el incendiar y el observar los incendios. Antes de iniciar el fuego, el individuo experimenta un incremento de su tensión y una vez el fuego se ha producido, el individuo experimenta inten-

so placer o alivio. Aunque el incendio resulta de un fracaso en la resistencia a un impulso, puede existir una considerable preparación anterior a cometer el acto y el individuo puede dejar pistas evidentes.

Los individuos que presentan esta alteración, son a menudo reconocidos como:

1. «Mirones» regulares en los incendios por parte de los vecinos, sienten fascinación por el fuego o sus características asociadas (toda la parafernalia).
2. Provocar con frecuencia falsas alarmas.
3. Demostrar interés en todos los instrumentos antiincendios.
4. Pueden ser indiferentes a las consecuencias que el fuego tiene para la vida o para la propiedad o puede incluso obtener satisfacción de la destrucción resultante.

Entre la sintomatología asociada se puede encontrar:

- La intoxicación alcohólica.
- Las disfunciones psicosexuales.
- El cociente intelectual inferior al promedio.
- Las frustraciones personales crónicas.
- El resentimiento ante las figuras autoritarias.
- Deformidad física.
- Pobre ajuste ocupacional o matrimonial.
- En caso de jóvenes se encuentra que con frecuencia vienen de hogares rotos.

Se han descrito algunos casos en los que el individuo se encuentra excitado sexualmente por el fuego.

Epidemiología

Edad de comienzo: El comienzo tiene lugar por lo general en la infancia. Cuando ocurre en la adolescencia o en la edad adulta, el incendio tiende a ser deliberadamente destructivo.

La incidencia máxima de conductas incendiarias se da a la edad de 17 años (Lewis y Yarnell, 1951).

Curso: El impulso del pirómano por in-

cendiar es episódico y a menudo autolimitado, apareciendo con frecuencia en relación con una crisis situacional o del desarrollo. La conducta incendiaria asociada al retraso mental, al alcoholismo o a un patrón ritualista indica un pronóstico pobre. Existe un mejor pronóstico si el paciente puede verbalizar sus frustraciones en la terapia. Los estudios indican unas tasas de recidivas para los incendiarios que oscilan entre un 4 y un 28 % (Lewis y Yarnell, 1951). El trastorno se puede complicar por las consecuencias legales de la detención.
Sexo: Más frecuente en varones.

Etiología

Psicodinámica: Cuando el paciente comete la acción agresiva, aparece como un ser social aislado que ha permanecido en un nivel infantil de prematuridad emocional o que ha regresado a él en el que su preocupación primordial es la de satisfacer inmediatamente las necesidades primitivas. Para Freud (1932), considera que la provocación de incendios tiene que ver con la masturbación y la excitación sexual. Fenichel (1945) habló de piromanía como de una forma especial de fijación uretral-erótica y resaltó el simbolismo sádico y destructivo del fuego. Estudios más recientes se focalizan además en la agresión y el estado total del ego (Boling & Brotman, 1975).

Biológica: Investigaciones recientes indican la existencia de una posible relación entre las bajas concentraciones de monoaminas en el LCR, la hipoglucemia reactiva y la impulsividad (Virkkunen et al. 1987).

La fiebre, traumas y encefalitis pueden actuar como factores precipitantes, junto con otras disfunciones cerebrales difusas. La constitución, el desarrollo o déficits traumáticos en el desarrollo son centrales en los trastornos de control de los impulsos.

Estudio de la motivación en 1.145 individuos con conductas incendiarias (Lewis y Yarnell, 1951) mostraban los siguientes resultados:

- 39 % piromanía (otros estudios encuentran que sólo supone el 2 %).

- 23 % venganza/resentimiento con celos.
- 13 % psicosis.
- 9 % bomberos voluntarios o entusiasmas del fuego.
- 7 % vagabundos/trabajadores emigrantes.
- 6 % «héroes en potencia».
- 3 % asociado con el robo a domicilio.

Blumberg identifica 5 grupos distintos:

1. No motivados psicológicamente.
2. Adolescentes y jóvenes.
3. Piromaníacos.
4. Psicóticos.
5. Mujeres.

Diagnóstico

Según el DSM-III-R, para poder hacer el diagnóstico es necesario que se hayan producido incendios deliberados y conscientes en más de una ocasión.

El diagnóstico no debe hacerse cuando el incendio es debido a:

- Un trastorno de conducta.
- Un trastorno antisocial de la personalidad.
- Esquizofrenia. Puede ser consecuencia de las ideas delirantes o las alucinaciones.
- Un trastorno mental orgánico, con fracaso para valorar las consecuencias sociales del acto.
- Acto de sabotaje incendiario llevados a cabo por extremistas políticos o existencia de ganancias monetarias.
- Cuando persigue esconder actividades criminales, o es secundario a cólera, venganza o al intento de mejorar las condiciones de vida.

La experimentación y la fascinación que los niños pequeños sienten ante las cerillas, los encendedores y el juego puede ser parte de su normal investigación del ambiente.

Tratamiento

La mayoría de lo que se ha escrito sobre el tratamiento de la piromanía enfocan

al paciente desde la perspectiva psicoanalítica (Macht y Mack, 1968), siendo ésta difícil por el frecuente rechazo a asumir la responsabilidad del acto, el uso de la negación y la existencia de alcoholismo.

La mayoría de los investigadores conductuales han utilizado la terapia aversiva para tratar a los incendiarios (McGrath y Marshall, 1979), aunque otros han utilizado el refuerzo positivo con amenazas de castigo, la saciación de estímulos y las fantasías estructuradas operantes con esfuerzo positivo (Bumpas et al., 1983).

Bibliografía

1. Blumberg NH. Arson update: A review of the literature on firesetting. *Am Acad Psychiatry Law Bull* 1981; 9, 4.
2. Boling & Brotman C. A firesetting epidemic in a state mental health center. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 946.
3. Bumpass ER, Fagelman FD, Brix RJ. Intervention with children who set fires. *Am J Psychotherapy* 1983; 37: 328-345.
4. DSM-III-R. American Psychiatric Association, 1985.
5. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría, pp. 335, octava ed. Ed. Toray-Masson, 1980.
6. Frosch WA, Frosch JP & Frosch J. The impulse disorders. Cap. 25, pp. 1-8. En: *Psychiatry*, vol. 1, Lippincott Company, 1992.
7. Koson DF, Dvoskin J. Arson: a diagnostic study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1982; 10: (n.1) 39-49.
8. Lewis NDC, Yarell H. Pathological Firesetting. *Nervous and Mental Disease Monograph* 82. New York, Coolidge Foundation, 1951.
9. Lion John R. Trastornos de personalidad. Salvat ed.S.A. Mallorca. Cap. 18, pp. 331, 1978.
10. Macht LB, Mack JE. The firesetter syndrome. *Psychiatry* 1968; 31: 277-288.
11. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG et al. The DSM-III-R Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified: Clinical Characteristics and Relationships to Other Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318-327.
12. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría, Ed. Ancora, S.A. American Psychiatric Press, pp. 603-605, 1988.
13. Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, et al. Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonist. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 241-247.