



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ACATLAN - U.N.A.M.

CARRERA DE LICENCIADO EN DERECHO

**" EL ENFERMO MENTAL ANTE
EL DERECHO PENAL."**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

P R E S E N T A :

VICTOR MANUEL PASTRANA SANCHEZ

ASESOR: LIC. MARCOS CASTILLEJOS ESCOBAR

ACATLAN, MEXICO.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

	Págs.
INDICE	I,II
INTRODUCCION	III,IV,V,VI

EL ENFERMO MENTAL ANTE EL DERECHO PENAL

CAPITULO I

PSIQUIATRIA MEDICO-LEGAL

1.1. Ubicación y Concepto	2
1.2. Alteraciones Mentales	12
1.3. Personalidad Anormal	15
1.4. Inconsciencia	20
1.5. Trastorno mental permanente y transitorio	21
1.6. Artículo 144 del Código Sanitario	24
1.7. La Simulación	27

CAPITULO II

CLASIFICACION SOBRE ENFERMEDADES MENTALES

2.1. Enfermedades mentales orgánicas	31
2.2. Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana	33
2.3. Psicopatías	42
2.4. Psiconeurosis	46
2.5. Psicosis	49
2.6. Depresiones	51
2.7. Reacciones Psicofisiológicas	52
2.8. Trastornos de la Personalidad	53

CAPITULO III

ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA

3.1. Concepto	56
3.2. Generalidades	57
3.3. Clasificación de los tóxicos	76
3.4. Responsabilidad Penal	77
3.5. Jurisprudencia	83

CAPITULO IV

EL ENFERMO MENTAL EN EL AMBITO LEGAL

4.1. Estado mental en el momento de la acción u omisión.	89
4.2. El enfermo mental como sujeto "activo" del delito.	94
4.3. El enfermo mental como sujeto pasivo del delito ..	96
4.4. Las acciones en estado de incapacidad en relación- a las formas de culpabilidad	99
4.5. La imputabilidad	104

CAPITULO V

TRATAMIENTO

5.1. Medidas de seguridad	108
5.2. Peligros sociales	113
5.3. Diagnóstico	117
5.4. Procedimiento	119
5.5. El Centro Médico para Reclusorios. Su integración..	127
CONCLUSIONES	134
LEGISLACION CONSULTADA	139
BIBLIOGRAFIA	140

I N T R O D U C C I O N

El auge que en las últimas décadas ha tenido la Psiquiatría Forense, rama de la medicina legal, y auxiliar del Derecho Penal Mexicano en lo referente al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales que tienen relación con un hecho antijurídico, hace necesaria su identificación y análisis a la luz de nuestra legislación contemporánea, para su aplicación científica en el ámbito legal. El elemento valorativo de los estados psicoc-afectivos y emocionales- en el momento de la comisión punible, nos lo proporciona invariablemente la psiquiatría forense, mediante el seguimiento de los métodos precedentes al dictámen pericial, aspecto que coadyuvá íntimamente con la función del órgano jurisdiccional. Es importante hacer notar que el procedimiento a seguir en los casos de los enfermos mentales emana de un juicio médico-legal, ya que es el único que puede proporcionar fehacientemente un criterio científico, cuya omisión produciría indudablemente el riesgo de una ilicitud procesal.

Los fenómenos psíquicos aparecen en formas distintas como procesos, como propiedades innatas, etc.. Es necesario poner de manifiesto cuáles son las fundamentales en sus interrelaciones con un aspecto jurídico. Su -

forma básica de existencia estriba en su cualidad de pro
vocar cambios en el mundo exterior que están encuadrados
en un tipo penal determinado.

Todo proceso psíquico se halla incluido en la -
interacción establecida entre el hombre y el mundo y sir
ve para regular su conducta, por lo que representa el es
labón en el proceso regulador de la actividad del individuo,
mediante la cual cambia el mundo, transforma la na
turaleza y reorganiza la sociedad. La in
consciencia por el contrario, hace irrelevante esta característica humana,
ya que distorsiona las ideas y por extensión los actos.

Las acciones y omisiones catalogadas como delitos,
que se perpetran en un estado de in
consciencia transitorio o permanente, han sido, históricamente mal re
pri
midas y peor sancionadas. La in
diferencia y el des
conoci
miento técnico de estas enfermedades fueron motivo de -
tratamientos arbitrarios e irracionales en épocas pasadas.
La enfermedad mental no se valoraba como excluyente
o atenuante de la responsabilidad penal, ya que lo importan
te a juzgar en aquel entonces, era únicamente el re
sultado material del delito. El nexo de causalidad entre
la plena conciencia del acto y su consecuencia no era -

factor primordial de validez todavía, lo que ocasionó la indebida concentración de enfermos mentales en las prisiones de los delincuentes comunes, bajo el imperio de una legislación rigorista y despersonalizada. En los albores de la Criminología que conjuntamente se desarrolló con las demás especialidades de la ciencia penal, las teorías de Beccaria, Lombroso y Ferri, empiezan a vislumbrar la importancia del estado mental en el momento mismo de la acción punible, y es esta época la que marca la decisiva evolución de la psiquiatría forense.

La determinación de la enfermedad mental, vinculada con un hecho ilícito, es un aspecto controvertido de actual importancia, ya que sólo es factible detectarla mediante el uso y la aplicación de la gran variedad de técnicas médico-periciales de las que se auxilia nuestro derecho positivo, requiriendo para esto del conocimiento previo de las circunstancias endógenas y exógenas que dan origen a la afección mental. Consecuentemente la intervención de la psiquiatría forense en el diagnóstico pronóstico y tratamiento de las enfermedades mentales es elemento imprescindible para el establecimiento de las penas y medidas de seguridad imponibles a los transgresores de la ley penal.

Este trabajo de investigación pone de manifiesto

que la voluntariedad del acto ilícito, debidamente conciliado con el sentir afectivo y la capacidad de razonamiento para entender el resultado de la conducta, son factores determinantes para la evaluación legal del grado de culpabilidad y punibilidad del sujeto activo de un delito, ya que la atribución que de un hecho se hace al individuo deviene forzosamente de una conexión psíquica entre la conducta y el propio agente.

La clasificación sobre enfermedades mentales proporciona al órgano jurisdiccional los parámetros necesarios para detectar en cada caso particular la aplicación de una norma penal individualizada, así como los preceptos legales que son la esencia jurídica de existencia de la doctrina, y reflejan el logro de una nueva legislación más humanizada y adecuada a nuestro tiempo, cuyo principal objetivo es la correcta distinción de los tipos delincuenciales en su aspecto subjetivo, para optimizar así, cada día, la herramienta tuteladora de nuestra sociedad: la administración de justicia.

VICTOR MANUEL PASTRANA SANCHEZ

EL ENFERMO MENTAL ANTE EL DERECHO PENAL

C A P I T U L O I

PSIQUIATRIA MEDICO-LEGAL

- 1.1. UBICACION Y CONCEPTO
- 1.2. ALTERACIONES MENTALES
- 1.3. PERSONALIDAD ANORMAL
- 1.4. INCONSCIENCIA
- 1.5. TRASTORNO MENTAL PERMANENTE Y TRANSITORIO
- 1.6. ARTICULO 144 DEL CODIGO SANITARIO
- 1.7. LA SIMULACION

1.1. UBICACION Y CONCEPTO.

La lenta pero segura evolución de las instituciones penales -empleando este término en su sentido más general- ha permitido a los autores contemporáneos distinguir con nitidez materias que, no obstante su íntima vinculación, en el pasado no habían podido ser claramente diferenciadas.

Trátase de las que integran las disciplinas del Derecho Penal, la Ciencia del Derecho Penal, la Criminología y las Ciencias Penales, disciplinas todas que al presente se encuentran ya certeramente conceptuadas, como en seguida podemos apreciar.

a).- En lo que respecta a la expresión "Derecho Penal", ha observado Maggiore que se aplica para designar -tanto al conjunto de normas penales (ordenamiento jurídico penal), como a la Ciencia del Derecho Penal, considerada como una rama del conocimiento humano compuesta de un acervo de nociones jurídicas de índole intelectual. Así, dicha expresión puede definirse según se haga referencia al sistema de normas, o bien, al de conceptos científicos sobre el delito, el delincuente y la pena (1).

(1) Derecho Penal, Bogotá, 1954, Editorial Temis, Tomo I, p.3.

Con referencia a su acepción normativa, Carrancá y Trujillo define el Derecho Penal como "el conjunto de leyes mediante las cuales el Estado define los delitos, determina las penas imponibles a los delincuentes y regula la aplicación concreta de las mismas a los casos de incriminación" (2); y Cuello Calón como "el conjunto de normas que determinan los delitos, las penas que el Estado impone a los delincuentes y las medidas de seguridad que el mismo establece para la prevención de la criminalidad" (3).

En tales definiciones y en la generalidad de las relativas al Derecho Penal en el sentido que nos ocupa, quedan puestos de relieve los conceptos fundamentales del mismo: normas, delito, delincuente, pena, medida de seguridad .

b).- En cuanto a la Ciencia del Derecho Penal, se integra por principios cuyo objeto es, desde luego, el estudio de las normas positivas, pero también se ocupa de fijar la naturaleza del delito, las bases, la índole y los alcances de la responsabilidad y la peligrosidad, así como la naturaleza, la adecuación y los límites de la respuesta respectiva por parte del Estado (4); de ahí, que-

(2) Derecho Penal Mexicano, Parte General, México, 1980, Ed. Porrúa, S.A., p. 17.

(3) Derecho Penal, Barcelona, 1956, T.I, p.8.

(4) Ignacio Villalobos, Derecho Penal Mexicano, México, 1960, Ed. - Porrúa, S.A., p. 19.

haya sido definida como "la sistematización de los principios relativos al delito, al delincuente y a las sanciones" (5).

Porte Petit habla de tres conceptos: Derecho Penal, Ciencia Penal y Ciencia del Derecho Penal, siendo el primero el conjunto de normas jurídico-penales; la segunda, el conjunto de principios que se refieren al delito, delincuente, pena y medida de seguridad, y a la tercera, el estudio de las normas jurídico-penales, o sea, la dogmática jurídico-penal (6).

c).- En lo que atañe a la Criminología, generalmente se le reconoce un contenido muy amplio, pues consiste en el estudio del hombre delincuente, del delito y de los medios de represión y prevención adecuados, observando así las siguientes materias: el delito en sus nociones jurídica, filosófica, etnográfica, histórica y cuantitativa; el delincuente en sus fases externa e internas, etnográfica, ambiental, más su clasificación y responsabilidad; la pena como reacción contra el delito, y, por último, el problema de la prevención (7).

Ante ámbito tan vasto, la Criminología viene a representar el término de muchas ciencias penales, entre

(5) José Rafael Mendoza, Curso de Derecho Penal Venezolano, Caracas, 1945, T. I, p.6.

(6) Apuntamiento de la Parte General de Derecho Penal, México, 1977, Editorial Porrúa, S.A., p.28.

(7) Carrancá y Trujillo, ob.cit., p.25.

las cuales destacan la Antropología, la Sociología, la Endocrinología, la Psicología y la Estadística, ciencias que, - como en seguida veremos, asumen no obstante, autonomía al enfocarse a la problemática penal.

d).- En lo que toca a las Ciencias Penales, aunque se sitúan dentro de la ciencia genérica de la Criminología, toman individualidad al ocuparse de determinados aspectos - del fenómeno penalístico. Ellas son las que a continuación- conceptuamos brevemente:

a).- La Antropología Criminal, que tiene por objeto el estudio del hombre delincuente, investigando las causas biológicas del delito.

b).- La Sociología Criminal, que estudia la delincuencia desde el punto de vista social, tendiendo a hallar sus causas, más que en el factor personal, en el medio ambiente.

c).- La Endocrinología Criminal, que intenta descubrir el origen de la delincuencia en el funcionamiento de - las glándulas de secreción interna, esto es, trata de demostrar la decisiva influencia de las hormonas en la etiología y aparición del delito.

d).- La Psicología Criminal, que no dejando de - ser, al igual que la anterior, rama de la Antropología Criminal, estudia al hombre delincuente en sus caracteres psíquicos.

e").- La Estadística Criminal, que da a conocer las relaciones de causalidad existentes entre determinadas condiciones personales, determinados fenómenos psíquico-sociales y la criminalidad. Así, poniendo de relieve sus causas, muestra el aumento o disminución de ésta y sus formas de aparición (8).

e).- Ciencias auxiliares del Derecho Penal.- La mayoría de los autores coincide en considerar que la Criminalística y la Medicina Legal son las principales ciencias auxiliares del Derecho Penal.

a").- La Criminalística.- Disciplina de índole explicativa, o sea, naturalística, se encuentra constituida por un conjunto de conocimientos heterogéneos encaminados al hallazgo de los delincuentes, al conocimiento del "modus operandi" del delito y al descubrimiento de las pruebas y de los procedimientos para utilizarlas, tratándose por ende de diversas ciencias y artes que hallan su lazo de unión en el objetivo de investigación de los delitos y descubrimientos de los delincuentes. De lo anterior se infiere que el contenido de la Criminalística está principalmente formado por la física, química, medicina legal, antropometría, fotografía, dactiloscopia, balística, etc., todas ellas ciencias o artes de la realidad, sin pretensiones normativas y orientadas a las dos finalidades acabadas de mencionar. Aunque -

(8) Fernando Castellanos Tena, Lineamientos de Derecho Penal, México, - 1971, Ed. Porrúa, S.A., pp. 25-27.

su carácter científico resulta discutible, puede afirmarse que, al presente, la Criminalística constituye mucho más que un conjunto de conocimientos prácticos de índole heterogénea, pues, como afirma López-Rey, si bien ésta fue su condición en un principio, actualmente su contenido constituye ya un verdadero sistema de conocimientos, suministrados por ciencias y artes (9).

b).- La Medicina Legal.- Esta disciplina tiene por objeto, poner al servicio de la administración de la justicia penal los conocimientos y las técnicas médico-quirúrgicas, pues es sabido que en la investigación de infinidad de delitos y en el tratamiento de los delincuentes se requiere el auxilio de médicos forenses, que no sólo examinan a los sujetos activos, sino también a las víctimas y procuran establecer, dentro de las posibilidades de la ciencia, el nexo causal entre el autor y el resultado, coadyuvando así a hacer realidad la aplicación del Derecho Penal (10).

Por consiguiente, la base de la propia disciplina es científica-médica, pero se integra además con elementos tomados de la legislación penal (o civil, en su caso).

(9) "Criminalística", en Enciclopedia Jurídica Omeba, Buenos Aires, - Editorial Bibliográfica Argentina, Tomo V, 1968, p. 120.

(10) Castellanos Tena, ob. cit., p. 28.

Marcos Castillejos Escobar, indica que a la Medicina Forense, en el Procedimiento Penal, se le hace intervenir ya que contribuye al conocimiento de la verdad histórica y en su caso, a conocer la personalidad del delincuente; además su importancia se observa en cualquiera de los períodos del Procedimiento Penal, indicados por el precepto Primero del Código Federal Formal.

Sirve en los siguientes casos, que se mencionan ejemplificativamente:

1.- Para comprobar el cuerpo de determinados delitos: homicidio, lesiones, infanticidio.

2.- Para los efectos de la métrica de la "pena"; gravedad de la alteración de la salud.

3.- Para determinar si la persona es o no sujeto de Derecho Procesal Penal; menor de edad.

4.- Para precisar el estado psicofisiológico del presunto activo y del presunto pasivo.

5.- Para indicar el estado de inimputabilidad "permanente" y "transitorio".

6.- Para los efectos de coadyuvar en el acreditamiento de ciertas "causas excluyentes de responsabilidad"; miedo grave.

- 7.- Para los efectos de la reparación del daño.
- 8.- Se refleja su intervención en cualquiera de los sujetos de la relación procesal.
- 9.- Para determinar la personalidad.
- 10.- Para la variación no substancial de la pena im_puesta.
- 11.- Para la extinción de la acción penal, por muer_te del presunto activo.
- 12.- Para la extinción de la sanción penal del acti_vo.
- 13.- Para la aplicación de la sanción disminuída; - en los casos del delito contra la salud.
- 14.- Para la aplicación de las medidas de seguridad,- como acontece del delito indicado.

Llegamos así a ubicar la disciplina de mayor impor_tancia en orden del presente trabajo, pues la Psiquia__tría Médico legal es una de las especialidades comprendi_das por la Medicina Legal, ya que tiene por objeto, como ratificaremos en seguida, el estudio de los sujetos del

delito en sus funciones psíquicas, indicando los tratamientos adecuados para los que padecen enfermedades o anomalías mentales.

f).- Concepto de la Psiquiatría Médico-Legal.---
En términos generales, Psiquiatría es la rama de la medicina que se aplica al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, especialmente las psicosis, pero también de los desórdenes de la sensibilidad y las neurosis (11). Por tanto, se ocupa de la personalidad del enfermo que padece trastornos psicopatológicos.

Ahora bien, cuando esta ciencia trabaja para colaborar con la administración de justicia, recibe el nombre de Psiquiatría Médico-Legal o Forense, que es la misma Psiquiatría clínica, aunque, como expresa Quiroz Cuarón, algo más especificada y con objetivo diverso: en ambas interesa el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, así como cuidar del paciente; pero la Psiquiatría forense relaciona al enfermo con las leyes para que se resuelvan ciertos problemas jurídicos o administrativos, razón por la cual necesita, además, de otros conocimientos: legislación, técnica pericial, criminología y criminalística. ---
" Se trata -agrega textualmente el citado autor- de una-

(11) Cfr. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Reader's Digest, México, 1972, T. 7, p. 3513.

especialidad nacida del tronco vigoroso de la medicina forense" (12).

Si bien la ciencia que nos ocupa tiene relaciones estrechas con el derecho civil y el administrativo, ellas se acentúan y multiplican respecto del derecho penal y el procesal penal, pues dictamina: sobre la enfermedad mental o salud del sujeto; sobre su desarrollo o retardo mental; sobre el difícil diagnóstico de la peligrosidad o los estados de embriaguez y otras intoxicaciones, o sobre la simulación, sobresimulación o disimulación; sobre los delincuentes enfermos mentales o sobre los delincuentes que enferman mortalmente.

Consecuentemente, si es la patología la que estudia las enfermedades, estamos ante la psiquiatría en el caso determinado de la patología mental; y si la etiología es el estudio de las causas de las enfermedades, la etiología de las enfermedades mentales es imprescindible en la psiquiatría, toda vez que resulta básica para tratamientos y pronósticos.

Precisado ya el concepto de la Psiquiatría Médico Legal, en posteriores incisos comprobaremos lo basto de su campo de acción y la relevante importancia que asume ante la problemática que suscita el ENFERMO MENTAL ANTE EL DERECHO PENAL.

(12) Alfonso Quiroz Cuarón, Medicina Forense, México, 1980, Editorial Porrúa, S.A., p. 740.

1.2. ALTERACIONES MENTALES.

Son numerosísimas las alteraciones que, en mayor o menor grado, afectan la normalidad mental; y cuando se trata de delimitarlas con precisión ni aún los especialistas encuentran un criterio de unánime aceptación. Con mayor razón entre los profanos, pues son muchos los que creen, equivocadamente, que entre la salud y la enfermedad mentales existe una frontera perfectamente definida.

En la inmensa mayoría de los casos las alteraciones mentales constituyen perturbaciones psíquicas que no es posible diagnosticar con tanta facilidad al primer golpe de vista, pues el principal obstáculo con que se tropieza para el diagnóstico científico de estas afecciones radica en que el enfermo no acusa sus sensaciones patológicas en la forma en que lo hacen los pacientes somáticos.

Por ello es que debe dejarse sentado que la transición de la salud a la enfermedad mental suele ser insensible y paulatina, ya que con frecuencia se aprecian insignificantes desviaciones de la normalidad que tan sólo se vuelven evidentemente patológicas en especiales situaciones afectivas.

Ha de tenerse presente que el número de casos de anormalidad psíquica o de inferioridad mental (imbecilidad)

es, sin duda alguna, mucho mayor que el de enfermedades mentales propiamente dichas, pues mientras que en los primeros suele tratarse de estados permanentes que sólo por excepción caen dentro del Código Penal, en la mayoría de los casos de grave perturbación mental se presenta la necesidad de dictaminar sobre algunas cuestiones judiciales referentes a la capacidad, a la responsabilidad, etc.; entonces, en el dictamen relativo, habrá de temerse la posibilidad de un desarrollo progresivo y paulatino de la enfermedad -lo cual constituye la regla general-, pero también que parte de esos casos mejoren o curen poco a poco.

En ocasiones, ofrece dificultades insuperables el deslinde del estado mental en la forma demandada por los tribunales de justicia; sin embargo, ante tal exigencia de la práctica, debe proceder el psiquiatra forense con la celeridad que el caso permita.

Se ha puesto de relieve que los grados principales de gravedad de los desórdenes mentales, son los siguientes:

1o.- Enfermedad psicótica o mental propiamente dicha en sentido clínico.

2o.- Psicopatía o inferioridad mental, que aunque no constituye enfermedad mental propiamente dicha, tampoco puede considerarse normal el individuo que la presenta.

3o.- Anormalidad psíquica leve en su infinita serie de variedades morbosas temperamentales, caracterológicas o

constitucionales psíquicamente, que no implican un tratamiento especial en sentido jurídico.

Tales grupos constituyen una clasificación cuantitativa de las alteraciones mentales, pero que asimismo ofrecen matices cualitativos que permiten el establecimiento de una serie de grupos de enfermedades o síndromes dentro de los cuales hay que separar rigurosamente la calidad de la perturbación, calidad que permite la clasificación de los trastornos psíquicos en: grupo de las perturbaciones epilépticas; grupo de las enfermedades sifilíticas del sistema nervioso central; grupo de los oligofrénicos congénitos o déficit mental adquirido en temprana edad; grupo de los desórdenes psíquicos alcohólicos, etc..

Al clasificar el caso concreto en alguno de esos grupos, el psiquiatra forense habrá de proceder a determinar el grado cuantitativo del trastorno con arreglo a los grupos establecidos, especificando si se trata de una enfermedad grave bien patente y de diagnóstico inconfundible o de una ligera perturbación, o de una leve anomalía del sistema nervioso central, carente de importancia práctica o legal.

Frecuentemente se dan casos de aparente anomalía que nunca pueden servir de base para establecer el diagnóstico ni formular las conclusiones periciales. Por eso, conviene dilucidar que caen dentro de lo normal y fisioló-

gico las oscilaciones del humor, la excitación nerviosa, la apatía, la depresión, etc., de modo que su comprobación no siempre habla en favor de una enfermedad mental. Asimismo, no es suficiente la existencia de una equivocación sensorial (alucinación o ilusión) para pensar en una alucinosis, ya que pueden producirse infinidad de representaciones anómalas sin que necesariamente hayan de considerarse como delirantes desde el punto de vista psiquiátrico.

Por ende, en cada caso particular debe expresarse taxativamente si el desorden psíquico es tan evidente que se ajusta a las condiciones médico-legales del párrafo correspondiente de los Códigos (13).

En capítulo posterior consignamos clasificaciones que deslindan de modo diáfano las fronteras entre la salud y la enfermedad mentales.

1.3. PERSONALIDAD ANORMAL.

La línea de separación entre la personalidad normal y anormal es, al igual que las alteraciones mentales, muy sutil y difusa, máxime que lo que es normal para una comunidad, como la muerte de quienes presentaban deformaciones, puede ser considerado como anormal por otra; lo que en un tiempo se aceptó como normal (homosexualidad en la Antigua Atenas), -

(13) Cfr. W. Weygandt, *Psiquiatría Forense*, México, 1959, Trad. de Rafael Luengo, Editorial Nacional, S. de R.L., p. 239 y sigs.

en otras épocas es considerado como anormal; lo cual revela que el concepto de normalidad es relativo, ya que, como asienta Werner Wolff, es diferente, según las distintas civilizaciones y sociedades, la situación y la edad, distinto también en cada sexo, y en los varios estados mentales, tales como la vigilia y el sueño, la calma y la excitación. "Al parecer la 'normalidad' es simplemente un artificio. Un tipo de conducta es normal cuando la sociedad está de acuerdo en llamarlo así" (14)

Sin embargo puede puntualizarse que la normalidad de una persona desde un punto de vista estadístico, se determina por su identificación a una tendencia central del grupo; y asimismo, desde un punto de vista normativo, se refiere a la conducta del individuo, acorde a los valores aceptados por la comunidad, de modo que, desde el punto de vista clínico, el anormal es quien sufre una considerable alteración de su vida fisiológica que le impide desarrollar sus capacidades o su vida de relación.

Algunas manifestaciones psíquicas del individuo pueden hacer claramente ostensible su personalidad anormal, tales como la debilidad mental, la acromegalia, el cretinismo, etc...

Otras manifestaciones -evidentemente la mayoría- en realidad pasan inadvertidas, como v.g., actos leves de

(14) Werner Wolff, Introducción a la Psicopatología, México, 1970, Brevarios del Fondo de Cultura Económica, p. 10.

disociación o de razonamiento emocional que deforman lo real.

En el cuadro comparativo que sigue, se contraponen las características usuales de la personalidad normal y de la anormal.

N O R M A L	A N O R M A L
1.- Desarrollo	1.- Fijación
2.- Integración	2.- Aislamiento
3.- Coordinación	3.- Disociación
4.- Adaptación	4.- Inadaptación
5.- Actividad	5.- Pasividad
6.- Autoafirmación	6.- Autodestrucción
7.- Productividad	7.- Esterilidad
8.- Equilibrio	8.- Desequilibrio

Son muy numerosas las manifestaciones de los caracteres de la personalidad anormal. A guisa de ejemplo, citaremos las siguientes:

1.- De la fijación, frustraciones, estereotipias, detención del desarrollo mental y emocional.

2.- Del aislamiento, síntomas de retiro.

3.- De la disociación, fenómenos varios de personalidad escindida.

4.- De la inadaptación, los síntomas que producen los conflictos del individuo en su medio.

5.- De la pasividad, la apatía, la ansiedad, la incapacidad.

6.- De la autodestrucción, sentimientos de inferioridad, producción de accidentes y hasta suicidio.

7.- De la esterilidad, impotencia, sentimiento de vacío y aburrimiento.

8.- Del desequilibrio, obsesiones e impulsos.

La característica común de todos estos defectos estructurales, es la incapacidad del individuo de enfrentarse consigo mismo; puede huir por medio de sueños, crímenes, neurosis, psicosis o el suicidio o, bajo, la máscara de la normalidad, vegetar aburrido y resignado (15).

Cabe aquí expresar que para Freud la normalidad es el equilibrio entre el ego, el superego y el ello: el ello tiende a obtener el placer y eludir el dolor, no obstante lo cual sus impulsos deben modificarse para adaptarse a la realidad y es entonces cuando forman su ego; pero como los impulsos del ello no desaparecen, creando continuos conflictos entre el ello y las adaptaciones del ego, puede presentarse la neurosis, si tales conflictos llegan a ser muy intensos. Por su parte, el superego, que representa el sistema de valores o ideales que el individuo va constituyendo desde niño, se opone al ello, pues mientras éste obra a impulsos de la obtención de placer o para evi

(15) Idem., p. 404.

tar el dolor, el superego significa todas las restricciones morales e ideales orientadoras. En estas condiciones, el ego se interpone entre los impulsos emocionales del ello y las restricciones del superego (16).

Resumiendo lo anterior, puede expresarse que el superego indica al ello lo que debe hacer o no hacer, y los conflictos que se derivan entre los impulsos y los ideales crean sentimientos de culpa, que para Freud tienen origen en conflictos sexuales. En cambio, para Adler, tales sentimientos de culpa los encontramos en el deseo de poder del individuo cuando llega a obrar agresiva o cruelmente; en tanto que para Jung el sentimiento de culpa del individuo se produce cuando fracasa al no alcanzar metas que se ha propuesto, dando origen al complejo de inferioridad o superioridad (17).

De todas formas, esos procesos negativos del individuo, a que aluden los citados autores, determinan en el mismo los que genéricamente constituyen la personalidad anormal, punto de partida de conducta moral, social o jurídicamente reprochables, de entre las cuales la de máxima lesividad son las que se ubican en el ámbito del Derecho Penal, siendo, por ende, las que más requieren la intervención del psiquiatra forense.

(16) Idem., ob. cit..

(17) Octavio A. Orellana Wiarco, Manual de Criminología, México, 1978, Editorial Porrúa, S.A., p. 195.

1.4. INCONSCIENCIA.

Más que psiquiátrico, el término "inconsciencia" es jurídico, pues ha tomado carta de naturaleza en el Código Penal y la doctrina para designar genéricamente el estado producido por la amplia diversidad de enfermedades mentales permanentes y trastornos mentales transitorios.

Unos y otros figuran bajo el rubro de las causas de inimputabilidad, en el que se comprenden también el miedo grave y la sordomudez.

Respecto de las enfermedades mentales permanentes, el aludido ordenamiento punitivo previene, en su artículo 68, lo siguiente:

"Los locos, idiotas, imbéciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo".

"En forma igual procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales".

Como se aprecia, la ley mexicana no establece el

concepto de enfermedad mental, sino que alude a diferentes padecimientos o características mentales de la persona, - cuando se refiere a "locos, idiotas, imbéciles o los que - sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía - mentales", distintos casos éstos, que señalan una preten- - sión casuística de la propia ley que a su vez indica lo - que ésta entiende como enfermedad mental, la locura, la - idiocia, la imbecilidad y otras formas de manifestación de dicha enfermedad.

A reserva de volver con mayor detenimiento a es- - te tema, aludiremos en seguida a los trastornos suscepti- - bles de producir la inconsciencia.

1.5. TRASTORNO MENTAL PERMANENTE Y TRASTORNO MENTAL TRANSI- - TORIO.

Claramente se advierte que las enfermedades pre- - vistas ejemplificativamente en el transcrito artículo 68 - del Código Penal, determinan la existencia, en cada caso, - de un trastorno mental permanente, ya que las personas que las padecen carecen de las condiciones necesarias para ser consideradas inteligentes y capaces de conducirse con li- - bre voluntad.

Tales personas reciben la denominación general - de "enfermos mentales".

Para efectos penales, la enfermedad mental puede estudiarse bajo un doble aspecto: enfermedad por deficiente desarrollo de las facultades intelectivas superiores, que corresponde a las personas que la ley mexicana denomina idiotas, imbeciles o débiles mentales y, en segundo término, la enfermedad mental que impide a quien la padece una adaptación lógica y activa en las normas de convivencia social, enfermedad que corresponde a quienes son llamados "locos" por la ley nacional (18).

Dado el efecto de la inconsciencia permanente de los enfermos mentales, las enfermedades que padecen constituyen causas de inimputabilidad absoluta, de suerte que quienes en esas condiciones cometen actos lesivos encuadrados en el marco penal, no son considerados en modo alguno como delincuentes, por lo que no son acreedores a una pena, aunque sí "serán reclusos en manicomios o departamentos especiales por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos, con autorización de facultativo, a un régimen de trabajo".

Contrariamente al trastorno a que acabamos de hacer referencia, el mental transitorio supone una delimitación de índole temporal, lo que implica que el estado de inconsciencia que produce es necesariamente pasajero.

Entendido doctrinariamente el trastorno mental -

(18) Sergio Vela Treviño, Culpabilidad e inculpabilidad, México, 1977, Editorial Trillas, pp. 116-117.

transitorio como "la pérdida temporal de las facultades intelectivas necesarias para la comprensión de lo antijurídico y para la actuación conforme a una valoración normal" - (19), el Código Penal lo contempla como circunstancia excluyente de responsabilidad penal, a tenor de la fracción-II del artículo 15:

"Son circunstancias excluyentes de responsabilidad: ...II.- Hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes o por un estado tox infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio".

Por consiguientes son tres las situaciones que previene la citada norma, a saber:

1a.- Inconsciencia por el empleo de sustancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes;

2o.- Inconsciencia motivada por tox infecciones, y

3o.- Inconsciencia por trastornos mentales de carácter patológico.

La primera situación se configura cuando el empleo de una sustancia tóxica (por ejemplo, quinina, atropina, yodoformo) produce en el sujeto una intoxicación que provoca un estado de inconsciencia patológica. Por tanto, las

(19) Idem., p. 60.

acciones que en tal estado se ejecutan no son propiamente del sujeto, sino puede decirse que le son ajenas, lo que explica sobradamente la inimputabilidad.

En cuanto a la embriaguez, debe ser plenamente accidental e involuntaria para que se constituya en causa de inimputabilidad, pues la voluntaria, lejos de serlo, puede ser considerada por el juez como índice de mayor temibilidad; pudiendo afirmarse esto mismo respecto de los estupefacientes.

En lo que se refiere a las tox infecciones, puede puntualizarse que devienen del padecimiento de algunas enfermedades de tipo infeccioso o microbiano, como en los casos de tifo, la rabia o la poliomielitis.

Con referencia al trastorno mental patológico, debe entenderse toda perturbación pasajera de las facultades psíquicas, debiendo tener ésta los caracteres de patológica y transitoria, pues sólo así la conducta lesiva podrá ser considerada inimputable (20).

1.6. ARTICULO 144 DEL CODIGO SANITARIO.

Toda vez que la salud mental es un imperativo de las sociedades modernas para alcanzar su pleno desarrollo, en todos los países se han adoptado legislaciones que tie

(20) Carrancá y Trujillo, ob. cit., pp. 492 y sigs..

nen por objeto su protección, y tanto en el aspecto general de tipo administrativo, como en el específico penal.

En nuestro medio, esa protección general de la salud mental de todos y cada uno de los integrantes de las diversas comunidades sociales, se encuentra prevista esencialmente en el Código Sanitario (21), de cuya normativa conviene mencionar en primer término el artículo 144, pues en él se da un concepto por cierto de carácter descriptivo, de las afecciones psíquicas. Se encuentra redactado en los siguientes términos:

"144.- Quedan consideradas bajo la designación de enfermedades mentales:

I.- Las diversas formas de psicosis.

II.- Las diversas formas de neurosis.

III.- Los defectos de desarrollo mental, los determinados por regresión orgánica cerebral, los trastornos de personalidad, los trastornos somáticos de origen psíquico-presumible, los padecimientos psicosociales y otros que señale el Consejo de Salubridad General".

Como se aprecia, la enumeración de los males mentales es sólo ejemplificativa y, toda vez que no se da una definición genérica de ellos queda abierta la facultad del Consejo de Salubridad General para señalar otras enfermedades mentales que no figuran en la relación del artículo -

(21) Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 1973.

144.

Aclarando que volveremos al tema de la conceptua
ción de las enfermedades mentales, es oportuno indicar aho
ra, que dicho Código consigna una acción sanitaria muy com
pleta para la promoción de la salud mental, pues comprende:

a).- la educación higiénica y acción preventiva-
general, a través de los servicios de salud mental;

b).- La orientación técnica sobre educación que,
en materia de salud mental, deben recibir los profesores,-
educadores, encargados de guarderías en general, personas-
designadas a guiar a la niñez, a la adolescencia y a la ju
ventud;

c).- El desarrollo de actividades culturales, --
deportivas, de esparcimiento y otras de proyección social,
dirigidas especialmente a la infancia y a la juventud, y

d).- El fomento de organización de la orienta--
ción social, en favor de la salud mental de la población.

Para los aludidos fines, la Secretaría de Salu_
bridad y Asistencia debe coordinar el ejercicio de sus fun
ciones con las dependencias competentes (artículo 43).

Obviamente, las previsiones de naturaleza penal-
en orden a la salud psíquica, si bien se encuentran apar_
te de las providencias administrativas o preventivas de -
que se ha hecho mérito, no pierden su vinculación con las-

mismas, ya que tienden a resolver problemas específicos - en que se hace patente la existencia de actos cuyo autor o autores adolecen de una anormalidad mental.

1.7. LA SIMULACION.

La práctica forense ha consignado no pocos casos de simulación, fraude por el que manifiestan predilección los enfermos psicóticos, llevando a cabo mediante fingimiento de una psicosis que suponen idónea para eludir la sanción consecuente a un acto antijurídico.

Según expone Weygandt, los simuladores suelen ser sujetos tarados de histeria o degeneración, imbéciles leves y epilépticos, quienes generalmente simulan síntomas aislados, pero, excepcionalmente, un cuadro patológico complicado; no faltándoles ciertamente inspiración para encontrar las ideas delirantes que desean simular.

Son muy diversos los síntomas que dichos sujetos pueden simular. Sirvan de ejemplo los siguientes:

1.- Hay histéricos que tienen la habilidad para subir la columna del termómetro mediante rozamientos imperceptibles y sorprender al observador con elevadas hiperpirexias.

2.- Otros simulan hemorragias mediante succiones en diferentes partes del organismo, sobre todo en las en-

cías por su gran propensión a sangrar.

3.- Otros sujetos prefieren -y esto son los casos que más nos interesan- la simulación de demencia, en que, entre una infinita variedad de recursos, suelen aparentarse los siguientes síntomas:

a).- Parálisis motoras, trastornos de la marcha y temblores;

b).- Respuestas a preguntas fáciles en tal forma que no puede haber la menor duda de que la pregunta se ha comprendido, pero que intencionalmente se elude la contestación correcta;

c).- El llamado estado crepuscular de Ganser, propio de las psicosis carcelarias, que presenta los siguientes caracteres principales:

a").- Estupor;

b").- Conducta francamente negativista, seguida de tendencia a dar "respuestas soslayadas".

c").- Estado pseudodemencial.

d).- Expresión de gritos inarticulados;

e).- Movimientos extravagantes y amanerados;

f).- Manifestaciones verbales y conducta de rasgos infantiles (puerilismo) (22).

(22) Ob. cit., pp. 233 y sigs..

Ha habido inclusive casos de simulación de la - epilepsia, como el relatado por Vallejo Nájera: "Uno de - mis enfermos afecto de degeneración alcohólica había llega do a adquirir tal maestría que podía de súbito caer presa de un accidente comicial, repitiendo la comedia en distin_ tos puntos de la ciudad para recolectar cuantiosas limos_ nas" (23).

Toda vez que no es infrecuente la simulación de enfermedades mentales, es obvio que el personal que tiene a su cargo la prevención, persecución y represión de deli_ tos (elementos de Sanidad, Ministerio Público, miembros de la judicatura, funcionarios y empleados penitenciarios y, - sobre todo, los médicos y psiquiatras legistas), debe en_ contrarse siempre alertado para tratar adecuadamente y sin dejarse sorprender, a los aludidos simuladores.

(23) A. Vallejo Nájera, "Sobre el diagnóstico de la epilepsia simulada", en *El Siglo Médico*, 1926.

C A P I T U L O II

CLASIFICACION SOBRE ENFERMEDADES MENTALES

- 2.1. ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS
- 2.2. CLASIFICACION DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA
- 2.3. PSICOPATIAS
- 2.4. PSICONEUROSIS
- 2.5. PSICOSIS
- 2.6. DEPRESIONES
- 2.7. REACCIONES PSICOFISIOLOGICAS
- 2.8. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2.1. ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS.

Se ha puesto de relieve que no se puede hablar con certeza de una determinada causalidad orgánica respecto de cada enfermedad mental. Y sobre este punto, destacado autor relata que desde tiempo inmemorial pretendieron filósofos, psicólogos, biólogos y alienistas, relacionar cada forma de perturbación psíquica con determinada causa. Los alienistas, que llegan a su apogeo hacia fines del siglo pasado e inicios del presente, encaminados a la demostración de que cada infección o intoxicación específica origina asimismo una forma específica de psicosis, pretendiendo así demostrar que en freniatria rige también el principio de causalidad, como en patología general. Pero, no obstante los esfuerzos de dichos alienistas, y más aún de Kraepelin -el coloso de la clínica psiquiátrica- se fracasó en el intento de relacionar cada agente patógeno con determinado síndrome clínico -psicopatológico observable en el hombre. Hasta la fecha no han podido descubrirse las lesiones histológicas cerebrales patognomónicas de determinado síndrome o enfermedad mental, como tampoco las alteraciones funcionales correspondientes a cada uno de los agentes etiológicos, morales o psicológicos de la psicosis. Por lo contrario, ha podido probarse que distintas infecciones, intoxicaciones o lesiones mecánicas cerebrales originan la misma clase de alteración mental,

mientras que la misma causa produce, a veces, muy diversos -
síndromes clínicos. La inespecificidad etiológica de las -
psicosis fue señalada desde 1893. Esa imposibilidad de esta-
blecer en psiquiatría una relación directa de causa a efec-
to, dimana de que entran en juego factores endógenos o cons-
titucionales que alteran de manera fundamental las manifes-
taciones clínicas efecto de la acción del agente morboso so-
bre el sistema nervioso central (24).

Por su parte, Hoche ha dilucidado que la discordan-
cia entre causa y efecto en las enfermedades mentales, se -
debe a que en el cerebro existen preformados determinados -
procesos psicopatológicos elementales (agitación, melanco-
lía, furia, confusión, etc.), los cuales pueden desencadenar-
se por muy diversas causas patógenas, dando lugar a la exte-
riorización clínica de propiedades patológicas latentes en-
la constitución individual. A tales síndromes preformados -
deben unirse las infinitas formas de reactividad psicoafec-
tiva, dimanadas de los muy complejos factores que radican -
en la personalidad biosíquica del sujeto (25).

Pero, esta teoría de Hoche no se admite por la gene-
ralidad de los autores, debido a que ya en el terreno clíni-
co difícilmente se distinguen los síndromes preformados de-
las formas de reacción de la personalidad individual (26).

(24) A. Vallejo Nájera, Tratado de Psiquiatría, Barcelona, 1944, Ed. Salvat,
pp. 277-278.

(25) Cit. por Vallejo Nájera, *idem.*, p. 279.

(26) *Idem.*, misma p..

De ahí, nuestra afirmación inicial en este inciso, - en el sentido de que no pueda hablarse con precisión de enfermedades mentales orgánicas, a no ser que se empleen estos términos en la apreciación genérica consistente en denominar estados anormales de la mente cuando ya factores causales externos han afectado de tal modo la normalidad anímica, y durante tanto tiempo, que ya el mal mental se considera - como aflorado exclusivamente de la personalidad individual del sujeto.

De todas formas, la calidad orgánica o no de las enfermedades mentales no ha conformado punto de vista especial para clasificar éstas, aunque no dejan de tomarse en cuenta -en las diversas clasificaciones- determinados síndromes orgánicos, especialmente cerebrales, como lo acredita la que resumimos en el siguiente inciso.

2.2. CLASIFICACION DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA.

Esta institución ha formulado una muy completa clasificación de las enfermedades mentales, al tenor siguiente:

I.- DEBILIDAD MENTAL, que comprende:

Debilidad mental límite

Debilidad mental leve

Debilidad mental moderada

Debilidad mental grave

Debilidad mental profunda

Debilidad mental no especificada

A cada una de estas graduaciones de debilidad mental pueden aplicarse las siguientes hipótesis causales:

- 1.- Después de una infección o de una intoxicación.
- 2.- Después de un traumatismo o debida a un agente físico.
- 3.- Asociada a trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición.
- 4.- Asociada a una enfermedad macroscópica del cerebro (posnatal).
- 5.- Asociada a enfermedades y padecimientos debidos a una influencia prenatal (desconocida).
- 6.- Asociada a una anormalidad de los cromosomas.
- 7.- Asociada a un nacimiento prematuro.
- 8.- Después de un trastorno psiquiátrico importante.
- 9.- Con carencia psico-social (ambiental).
- 10.- Con otro padecimiento (especificado o no).

II.- SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS, que, designando los trastornos provocados por, o asociados a una alteración en la función del tejido cerebral, comprende las dos subramas siguientes:

II.A.- PSICOSIS ASOCIADAS A SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS, que a su vez comprenden:

a).- Demencia senil y presenil.

1.- Demencia senil.

2.- Demencia presenil.

b).- Psicosis alcohólica.

1.- "Delirium tremens".

2.- Psicosis de Korsakov (27).

3.- Alucinosis alcohólica.

4.- Estado paranoide debido al alcohol (paranoia alcohólica).

5.- Intoxicación aguda debida al alcohol.

6.- Intoxicación patológica.

7.- Otra psicosis alcohólica (especificada o no).

c).- Psicosis asociada a infección intracraneal.

1.- Psicosis con parálisis general.

2.- Psicosis con otro tipo de sífilis del sistema nervioso central.

(27) La psicosis de Korsakov, o psicosis polineurítica de los bebedores, constituye la forma más grave de las perturbaciones alcohólicas de la inteligencia, presentándose de ordinario consecutivamente del delirium tremens. Se inicia por pérdida de la memoria e imposibilidad de retener lo aprendido, pudiendo llegar hasta embotamiento completo de las capacidades intelectuales y demencia. Ordinariamente suele existir neuritis dolorosa concomitante, asociada de parálisis y paresias, atrofia muscular y hasta reacción de degeneración (Weygandt, ob.cit., pp. 392-393).

3.- Psicosis con encefalitis epidémica.

4.- Psicosis con encefalitis de otro tipo, -
(especificada o no).

5.- Psicosis con otra infección intracraneal.
(especificada o no).

d).- Psicosis asociada a otro padecimiento cerebral.

1.- Psicosis con arterioesclerosis cerebral.

2.- Psicosis con otra alteración cerebrovascu-
lar.

3.- Psicosis con epilepsia.

4.- Psicosis con neoplasia intracraneal.

5.- Psicosis con enfermedad degenerativa del-
sistema nervioso central.

6.- Psicosis con traumatismo cerebral.

7.- Psicosis con padecimiento cerebral de -
otro tipo (especificado o no).

e).- Psicosis asociada a otro padecimiento físico.

1.- Psicosis con trastorno endocrino.

2.- Psicosis con trastornos metabólico o nu-
tricionales.

3.- Psicosis con infección orgánica.

4.- Psicosis con intoxicación debida a una -
droga o a un veneno (distinto del alcohol).

5.- Psicosis de parto.

6.- Psicosis con otro padecimiento físico, -
diagnosticado o no.

7.- Psicosis con padecimiento físico no espe-
cificado.

II.B.- SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS NO PSICOTICOS.

Son éstos los trastornos que no se especifican como psicóticos y que se asocian a padecimientos físicos, e incluyen:

1.- SCO (síndrome cerebral orgánico) no psicótico -
con infección intracraneal.

2.- SCO no psicótico con intoxicación debida a una-
droga, a un veneno, o a un padecimiento sistémico.

3.- SCO no psicótico debido al alcohol (embriaguez-
simple).

4.- SCO no psicótico, con intoxicación debida a otra
droga, a otro veneno o a otro padecimiento orgánico.

5.- SCO no psicótico con traumatismo cerebral.

6.- SCO no psicótico con alteración circulatoria.

7.- SCO no psicótico con epilepsia.

8.- SCO no psicótico con alteración del metabolismo
del crecimiento o de la nutrición.

9.- SCO no psicótico con enfermedad cerebral senil-
o presenil.

10.- SCO no psicótico con neoplasia intracraneal.

11.- SCO no psicótico con enfermedad degenerativa -
del sistema nervioso central.

12.- SCO no psicótico con otro padecimiento físico -
(especificado o no).

13.- Síndrome cerebral agudo, no especificado de -
otra manera.

14.- Síndrome cerebral crónico, no especificado de -
otra manera.

III.- PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A LOS PADECIMIENTOS FI SICOS PREVIAMENTE ENNUMERADOS:

a).- Esquizofrenia.

- 1.- Esquizofrenia, tipo simple.
- 2.- Esquizofrenia, tipo hebefrénico.
- 3.- Esquizofrenia, tipo catatónico.
- 4.- Esquizofrenia, tipo catatónico, excitado.
- 5.- Esquizofrenia, tipo catatónico, retraído.
- 6.- Esquizofrenia, tipo paranoide.
- 7.- Episodio esquizofrénico agudo.

8.- Esquizofrenia, tipo latente.

9.- Esquizofrenia, tipo residual.

10.- Otras esquizofrenias, tipos: esquizo-afectivo, excitado; deprimido; de la niñez, indiferenciado - crónico.

b).- Principales trastornos afectivos (psicosis afectivas).

1.- Melancolía involutiva.

2.- Enfermedad maniaco-depresiva, en sus tipos maniaco, deprimido y circular.

3.- Psicosis afectiva de otro tipo, no especificado.

c).- Estados paranoides.

1.- Paranoia.

2.- Estado paranoide involutivo (parafrenia involutiva).

3.- Estado paranoide de otro tipo.

d).- Otras psicosis.

1.- Reacción depresiva psicótica (psicosis depresiva reactiva).

2.- Excitación reactiva.

3.- Confusión reactiva (estado de confusión agudo o sub-agudo).

4.- Reacción paranoide aguda.

5.- Psicosis reactiva no especificada.

6.- Psicosis especificada (demencia, locura - psicosis no especificada de otra manera).

IV.- NEUROSIS, comprendiendo las siguientes formas; de angustia; histérica; fóbica; obsesivo-compulsiva; de depresiva; neurasténica; de despersonalización; hipocondría ca.

V.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, comprendiendo: - personalidad paranoide; ciclotímica (personalidad afectiva); esquizoide; explosiva; obsesivo-compulsiva; histérica; asténica, antisocial; pasivo-agresiva; inadecuada.

Y comprendiendo también: desviaciones sexuales (homosexualidad; fetichismo, paidofilia; travestismo; exhibicionismo; voyeurismo; sadismo; masoquismo; desviaciones sexuales de otro tipo y no especificadas); alcoholismo - (libación excesiva episódica; libación excesiva habitual; adicción al alcohol); dependencia de una droga (opio, alcaloides del opio, derivados de dichos alcaloides, analgésicos sintéticos, barbitúricos, hipnóticos y sedantes o "tranquilizantes", cocaína, marihuana, alucinógenos, y droga de otro tipo y no especificadas).

VI.- TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS, que pueden ser:- de la piel, musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, hémico y linfático, gastrointestinal, genitourinario, endocrino, de un órgano especial de los sentidos.

VII.- SINTOMAS ESPECIALES, que son de muy diversa índole y entre los que destacan: alteración del habla; alteración específica del aprendizaje, tic, trastorno psicomotor de otro tipo; trastorno del sueño; alteración de la alimentación; enuresis; encopresis; cefalalgia; síntoma especial de otro tipo.

VIII.- ALTERACIONES DEBIDAS A UNA SITUACION TRANSITORIA, que comprenden especialmente las reacciones de adaptación de la lactancia, de la niñez, de la adolescencia, de la vida adulta, de los últimos años de la vida.

IX.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, comprendiendo las reacciones: hipercinéticas, de retraimiento, de angustia excesiva, la consistente en huir del hogar, la agresiva no socializada, la de la delincuencia en grupo.

X.- PADECIMIENTOS SIN TRASTORNO PSIQUIATRICO MANIFIESTO, en los que sobresalen: la mala adaptación social, la mala adaptación conyugal, la mala adaptación profesio_

nal, la conducta que se aparta de las normas sociales (28).

Si bien, como se aprecia, la citada clasificación - parece comprender todas las posibilidades en cuanto a anomalías mentales y trastornos de la personalidad, hemos de optar, para el estudio de las mismas, por la mucho más sencilla y tradicional clasificación de la psiquiatría - respecto de las propias enfermedades mentales: aquella - que las divide en tres grandes grupos: el de las psicopatías, el de las neurosis y el de las psicosis, mismos grupos de los cuales nos ocupamos, por separado, en los sendos incisos siguientes.

2.3. PSICOPATIAS.

Bajo el nombre de psicopatías se comprenden las anomalías psíquicas que se caracterizan clínicamente por no presentar por lo general graves trastornos mentales y que sólo excepcionalmente son tributarias de tratamiento estacionario. Por tanto, el psicópata, no obstante la relativa integridad de sus facultades mentales, nos produce la impresión de algo anómalo psíquicamente, de una anomalía en cualesquiera de las múltiples facetas del psiquismo, origen de una conducta extraviada que es frecuente causa de rozamientos en la vida social (29).

(28) Tomada de Quiroz Cuarón, ob. cit., p.743 y sigs.

(29) Weigandt, ob. cit., p. 259.

No es, como se cree, tan tenue la diferencia entre la psicopatía y la normalidad, pues, como expresa Vallejo-Nájera, en las personalidades psicopáticas el desequilibrio y la incoordinación de los elementos de la personalidad inducen a las reacciones desproporcionadas e inusitadas. Experimentan emociones súbitas inadecuadas a los estímulos y estados de exaltación y depresión pasional; en la esfera intelectual se hallan las mayores contradicciones y falseamientos de los juicios; en la esfera social, su conducta contradice todas las normas sociales. "Ciertamente es -agrega textualmente dicho autor- que también el hombre normal cede más o menos a las emociones, que sufre desfallecimientos morales, que deja vagar su imaginación, que oscila entre el humor alegre y el sombrío, que sobrestima demasiado sus méritos y virtudes, que desconfía de su prójimo, que sus juicios son en ocasiones apasionados y desacertados, que su conducta se sale de las normas sociales generalmente admitidas; pero tales defectos, propios de la imperfección del hombre, pueden ser corregidos y encauzados, al contrario que en el psicópata, que resiste a la educación y está dominado por sus tendencias e impulsos instintivos"(30).

Al presente, las investigaciones psiquiátricas establecen la equiparación, por sinónimos de conceptos, entre los degenerados y las personalidades psicopáticas, por lo que degeneración es, en el lenguaje psiquiátrico, un término

(30) Ob. cit., p. 555.

no equivalente al de personalidad psicopática; no obstante lo cual debe reconocerse que existen estados psicopatológicos no oriundos de una causalidad interna, propia de la personalidad, sino del abuso de estímulos externos (alcohol, estupefacientes), determinantes de desequilibrios tales de la personalidad que constituyen, por su relevancia social, verdaderas formas degeneradas de la misma personalidad, si bien la psiquiatría las considera fuera del cuadro de las personalidades psicopáticas (31).

Entre las características anímicas del psicópata, - destacan las siguientes:

1.- Es una persona con una marcada inestabilidad en todos sus despliegues de conducta, proyectando así una personalidad con una grave conflictiva interna, que se traduce especialmente en la relación interpersonal agresiva y autodestructiva.

2.- El psicópata presenta dificultades en el pensamiento, en especial en relación a un pensamiento lógico, - debido a que se mueve en un plano bastante inmaduro y hasta infantil.

3.- El juicio psicópata está en desconexión con la realidad y esto posibilita las fantasías y ansiedades persecutorias.

4.- La comunicación es inestable, predominando un -

(31) A. Figueras y L. Zimman, Tratado elemental de psiquiatría, Buenos Aires, 1947, Ed. López y Etchegoyen, S.R.L., p. 151.

contenido verbal sádico e infantil, que tienda a la burla de los demás.

5.- El sentimiento de culpa está muy disminuido en el psicópata, con escasa capacidad para experimentar emociones normales de depresión.

6.- La angustia se manifiesta por lo común a través de conductas agresivas y sádicas que le proporcionan un alivio a su estado de ansiedad.

7.- El psicópata tiene fuertes sentimientos de minusvalía e inferioridad; de ahí la necesidad del comportamiento agresivo para equilibrar en el plano de la fantasía su narcisismo.

8.- Presenta una alteración de la conciencia que lo conduce a perturbaciones en su adaptación social.

9.- Los psicópatas no se adaptan ni a las personas ni a los grupos, y muestran una oposición constante hacia la autoridad.

10.- Si bien el psicópata es hiperactivo, presenta deterioro en el plano ético, pues padece una acentuada distorsión de los valores de la cultura a la cual pertenece - (32).

Kraepelin clasificó a los psicópatas en: irritables; inestables; instintivos; tocados de la cabeza, que llaman la atención por extravagantes o por sus manías; mentirosos mórbidos y defraudadores; antisociales, pleitistas, discu_

(32) Hilda Marchiori, Psicología Criminal, México, 1980, Editorial Porrúa, S.A., pp. 111 a 113.

tidores (33). Y por su parte, Gruble precisó con tino la -diferenciación entre el psicópata y el psicótico, mediante el símil de la diferencia entre una anomalía constitucio_nal y una enfermedad; así, la psicopatía sería la variación congénita, como v.g., el prognatismo, y la psicosis correspondería a la enfermedad, al proceso patológico, como, por ejemplo, la sífilis. El psicópata lo sería de origen y no tendría un proceso patológico; sería anómalo, desviado con relación al término medio del hombre; así sería, no padece-ría, por ende, el término psicópata comprende a las desvia_ciones -principalmente congénitas- del término medio, en -lo relativo a conducta, al carácter, los instintos y las -relaciones entre los sentimientos y el propio cuerpo (34).

No importa ya puntualizar que, dadas sus negativas características intelectualivo-emocionales, los psicópatas re_sultan sujetos proclives a comisiones delictivas de la más variada índole.

2.4. PSICONEUROSIS.

La denominación genérica de neurosis comprende a un complejo grupo de enfermedades mentales que se manifiestan en una más o menos permanente perturbación de la psiquis,- si bien esta perturbación no afecta a la integración de la personalidad -lo cual la diferencia de las psicopatías, ni

(33) Cit. por Quiroz Cuarón, ob. cit., p. 757.

(34) Cit. por Quiroz Cuarón, idem., p. 756.

comporta alteraciones en el juicio- lo cual la diferencia de la psicosis-. Por consiguiente, el sujeto neurótico tiene siempre conciencia de la presencia de su enfermedad, - aun cuando ésta influya en las posibilidades concretas de su conducta social.

La clasificación más importante de las neurosis se debe a Freud, quien las distinguió entre neurosis actuales, - que responden a causas co-presentes, y psiconeurosis, que derivan de una larga evolución genética.

Destacan entre las primeras:

a).- Las neurosis de angustia, en las cuales el paciente se manifiesta dentro de un marco de constante zozobra.

b).- La neurastenia, que se proyecta como consecuencia de un intenso proceso de agotamiento de las energías nerviosas.

c).- La hipocondría, que se caracteriza por manifestaciones sensibles anormales en el cuerpo del paciente, - las que, con cierta permanencia, lo inducen a suponer que se encuentra enfermo aun cuando no exista ningún proceso físico de tipo patológico.

En cuanto a las psiconeurosis, se especifican sus siguientes tipos principales:

a).- La histeria de conversión, que se presenta en personas de extrema sugestibilidad y que se manifiesta en ciertos síntomas, tales como parálisis de miembros, manifestaciones anestésicas, etc., radicados en determinadas regiones del cuerpo y que aparecen como una consecuencia reactiva de deseos insatisfechos o desplazados.

b).- La histeria o neurosis fóbica, cuyo mecanismo-psíquico es análogo al del tipo anterior, con la diferencia de que el desplazamiento referencial no se proyecta ni se radica hacia regiones del propio cuerpo del sujeto, sino hacia objetos, lugares o zonas exteriores del individuo; manifestándose así en un injustificado temor hacia un objeto, persona, lugar o situación del mundo circundante, temor que perturba en modo notable la capacidad práctica del individuo.

c).- La neurosis obsesiva, que se exterioriza en la incesante tendencia de concretar una acción cuya cualidad-axiológica aparece siempre indeterminada en el sujeto; de modo que hay en este estado una constante lucha entre la tendencia y la personalidad; a consecuencia de lo cual nace en quien la padece un estado permanente de duda entre el querer y no querer, hacer y no hacer, a raíz de lo cual los obsesivos exageran el sentido de responsabilidad en sus actos, que no realizan sino después de larga meditación(35).

(35) Figueras y Zimman, ob. cit., p.160.

Hilda Marchiori, resume en pocos términos los extremos a que puede llegar el neurótico, al expresar que puede proyectar una conflictiva de radical violencia y agresividad exterior como es el homicidio; o una hábil e inteligente manipulación en las conductas de estafas, hasta llegar a una problemática en su autoestima que lo conducen al suicidio (36).

2.5. PSICOSIS.

El psicótico es el alienado, término éste más jurídico o médico-forense que psiquiátrico puro. La alienación o locura ha sido definida como "una afección cerebral, generalmente crónica, sin fiebre y con desórdenes de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad" (37); o bien, como "el estado en que se halla alguna persona por detención del desarrollo, desviación o debilitamiento de las funciones intelectuales, motivadas por causas morbosas bien definidas" (38).

Por consiguiente, la enajenación mental-que la psicosis lo es esencialmente- es la de aquel sujeto que sufre trastornos generales de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, que impide la adaptación lógica o activa a las normas del medio en que vive, sin provecho para sí mismo ni para la so

(36). Ob. cit., p. 129.

(37) Esquirol, cit., por Quiroz Cuarón, ob. cit., p. 754.

(38) Rosí, idem., misma p..

ciudad. De lo anterior se infiere que son cuatro las notas-distintivas de la psicosis, a saber:

1.- Trastorno general y persistente de las funciones psíquicas.

2.- Falta de autoconciencia.

3.- Inadaptabilidad.

4.- Ausencia de utilidad.

Se pregunta Quiroz Cuarón cuál de las expresiones es preferible: ¿psicótico o enfermo mental?. Y estima que enfermo mental no es una expresión afortunada, porque por mente se comprende fundamentalmente el entendimiento, la inteligencia, y es el caso que hay enfermos mentales que no tienen menoscabo de la inteligencia, y para evitar equívocos resulta más apropiada la expresión "psicosis", misma que podrá ser grave o no; destruir la personalidad de quien la padece -el demenciado-, o por el contrario, curar sin dejar huella alguna; pero la gravedad o benignidad no cambia el concepto de psicosis; pues lo que la caracterizará será el conjunto de síntomas psicopatológicos que aparecerán como algo nuevo y extraño que hacen al sujeto distinto a como era (39).

De lo anterior se desprende que el criterio de diferenciación de la psicosis con respecto a las neurosis, se basa en el autocrítica del individuo, o sea, en el juicio -

(39) Ob. cit., p. 755.

que el paciente se formula acerca de su propio estado mental; mientras que en el estado neurótico, el sujeto, mediante una autoreflexión puede emitir un juicio con pretensión de verdad sobre su propia situación psicopatológica, en el estado psicótico el individuo no tiene conciencia alguna - de su propio estado, no habiendo por tanto una crítica por autoreflexión. De ahí, que los trastornos psicóticos se caractericen generalmente por un grado variable de desorganización de la personalidad, habiendo destrucción del ligamen con la realidad e incapacidad para el trabajo, lo que indica que el psicótico entra en una etapa de total aislamiento psíquico y social, y de ahí su marginación progresiva inclusive a nivel familiar (40).

Comprende muchos tipos de afecciones la psicosis, - pero destaca entre ellos el de la esquizofrenia, que es - una psicosis crónica, profunda alteración de la personalidad, en que la persona cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un caos imaginario, tras un proceso lento, progresivo y profundo (41).

2.6. DEPRESIONES.

Constituyendo otro gran rubro de las enfermedades mentales, las depresiones tienen conexión con el síndrome depresivo o depresión reactiva que pueden manifestarse en-

(40) Hilda Marchiori, ob. cit., pp. 93-94.

(41) E. Henry, Tratado de Psiquiatría, Barcelona, 1961, Editorial Torray Masson, p. 196.

estados psiconeuróticos o en psicosis, como la fase melancólica de los maniaco-depresivos; caracterizándose por insomnio severo, preocupaciones obsesivas que llegan al pensamiento paranoide, hipocondría, sentimiento de minusvalía, llanto frecuente inmotivado, ideas e intentos serios de suicidio.

Comprende esta enfermedad, la depresión de la menopausia o depresión agitada, que aparece en ocasiones en la mujer, alrededor de los 45 a 55 años de edad, y en el hombre entre los 55 y los 65 años, y suele coincidir con la etapa de obtención de jubilaciones, pérdida de seres queridos o de bienes o prestigio.

Por lo general, las depresiones no asumen importancia en el ámbito del Derecho Penal, pues no producen en la persona inclinaciones delictivas, aún cuando sí pueden suscitar comportamientos proclives a la autodestrucción (42).

2.7. REACCIONES PSICOFISIOLÓGICAS.

Llamadas también psicósomáticas, estas enfermedades aparecen a través de un desplazamiento de la ansiedad a órganos o sistemas del organismo, provocando reacciones psicofisiológicas del sistema muscular, digestivo, de la piel, del aparato genitourinario, etc.. Consecuentemente,-

(42) Orellana Wiarco, ob. cit., pp.219-220.

si bien el paciente se queja de diversas afecciones orgánicas, se observa que en el organismo no se encuentra el origen de su enfermedad, sino en su psique.

Son frecuentes, entre las reacciones psicofisiológicas, la úlcera péptica, la gastritis crónica, la impotencia, la neurodermatitis, el lumbago, el asma bronquial, la jaqueca, etc..

La escasa importancia que representan para la Criminología, deviene de que permiten conocer mejor la personalidad del delincuente, pero, por regla general, no conforman un factor determinante para comisiones de índole delictiva.

2.8. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Algunos autores, e incluso la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, han querido integrar un rubro autónomo con los trastornos de la personalidad, dentro del género de las enfermedades mentales, tomando como base que existen las personalidades psicótica, alcohólica, esquizoide, explosiva, farmacodependiente, histérica, anti-social, obsesiva-compulsiva, inadecuada, etc.. Pero basta la sola mención de esta amplia diversidad de personalidades anormales, para poder concluir, con otros varios especialistas, que, precisamente por esa diversidad, los trastornos de la personalidad no pueden englobarse dentro de una especie deter

minada, con cuyo estudio sea factible explicar, partiendo de bases comunes, las muy numerosas personalidades psíquicamente no normales.

Por tanto, es preferible optar por que dichos trastornos o dichas personalidades se ubiquen dentro de los males mentales que han sido ya determinados en rubros especiales. Así, v.g., la personalidad psicopática tiene su ámbito de análisis científico en el rubro de las psicopatías, pero no en el muy general y vago de "trastornos de la personalidad".

Por lo demás, debe tenerse presente que la mayor parte de los trastornos de la personalidad se sitúan en el campo de la psiconeurosis o de la psicosis, clases de enfermedades mentales ya especialmente circunscritas desde el inicio de la psiquiatría; razón por la cual no hay ninguna necesidad científica de desplazar el examen de sus sujetos hacia el punto de vista de los trastornos de la personalidad, que, repetimos, son tan numerosos y de índole tan diversa.

C A P I T U L O I I I

ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA

3.1. CONCEPTO

3.2. GENERALIDADES

3.3. CLASIFICACION DE LOS TOXICOS

3.4. RESPONSABILIDAD PENAL

3.5. JURISPRUDENCIA

3.1. CONCEPTO.

La Toxicología es la parte de la Medicina que se ocupa del estudio de los tóxicos, entendiéndose por éstos todas aquellas sustancias capaces de causar signos o transformaciones en el metabolismo celular.

El metabolismo es el conjunto de cambios fisiológicos entre el organismo vivo y la materia(43).

La Toxicología médico legal o médico forense -la que nos concierne-, es el estudio de los asuntos médicos supeditados a un aspecto legal, en relación con las intoxicaciones y el uso de los fármacos. Se ocupa entonces del análisis médico de las intoxicaciones que tengan conexión con un hecho jurídico.

Una intoxicación podemos definirla como la alteración del metabolismo celular originada por la penetración de una sustancia química al organismo por cualquier vía (oral o cualquier otra parenteral como la olfatoria, intramuscular, etc.), y se manifiesta en cambios que son detectables por síntomas.

La adicción es una compulsividad a tomar determinada droga, y es detectable cuando se presenta el síndrome de supresión en las personas que están sometidas a tratamiento de abstinencia. Dicho síndrome es considerado como un conjunto de alteraciones (patogenesis) que presenta -

(43) Larousse, Diccionario Enciclopédico Ilustrado, p.638, París, ed. 1955

el sujeto al que se le ha suprimido total o parcialmente el consumo de la droga.

El Dr. Ramírez Covarrubias nos dá la siguiente definición de farmacodependencia y las dos modalidades en que esta se puede traducir:

"la Farmaco-dependencia es la dependencia psíquica, a veces física, causada por la interacción de un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones de conducta, con un impulso irreprimible a tomar el fármaco y puede ir o no acompañado de tolerancia".

Dependencia Psicológica: Consiste en una adaptación emocional o afectiva a los efectos producidos por la droga.

Dependencia Física: Existe cuando el organismo se ha acostumbrado de tal modo a la presencia de determinada droga, que el usuario enferma si se ve privado de la dosis habitual o si se le da otra droga para contrarrestar los efectos de la que ha causado dependencia (44).

3.2. GENERALIDADES.

Una vez que se han estudiado los principales conceptos referentes a esta capítulo, veremos algunos aspectos generales relacionados con las drogas y sus efectos físicos y sociales, haciendo también referencia a los que al respecto

(44) G. Ramírez Covarrubias, Medicina Legal, p.183, 1a.ed., Ed.Virginia, México, 1979.

regulan nuestras leyes.

En primer término mencionaremos al alcohol etílico o etanol, por ser la droga que más perniciosamente se encuentra arraigada entre la población. Su consumo ha llegado a ser tan extenso e inmoderado, que es reconocido como una lacra social, ya que además de afectar al individuo en su salud física y mental, propicia la disolución del núcleo familiar y altera el orden público. En cuanto al daño orgánico que sufre el individuo que abusa de las bebidas alcohólicas, el Dr. Luigi Salvatore nos menciona en su Diccionario las principales enfermedades que ocasionan: faringitis y gastritis crónicas, úlcera gástrica, hepatitis, enfermedades renales, cirrosis hepática, degeneración grasa del corazón, neuritis, neuralgia, delirium tremens, psicosis y debilitamiento total o parcial de la memoria e inteligencia (45).

La desintegración de la familia en que existe uno o más casos de alcoholismo es un resultado lógico y fatal, ya que la conducta del adicto seguramente originará situaciones problemáticas en el hogar tales como miseria, temor, degeneración, etc. que irán en detrimento de los componentes familiares. El Código Civil para el Distrito Federal, para salvaguardar la institución familiar, núcleo primario de la sociedad en que vivimos, menciona en su artículo 156 fracc. VIII al alcoholismo habitual como impe

(45) L. Salvatore, Diccionario Médico, p. 59, 2a.ed., Ed. Teide, Barcelona, 1963.

dimento para celebrar el contrato de matrimonio:

Fracc. VIII. "La embriaguez habitual, la morfinomanía, la eteromanía y el uso persistente de las demás drogas enervantes..."

Y esta misma fracción puede ser causa de nulidad de un matrimonio, según lo establece el art. 235 fracc.II - del mismo Código. Asimismo este Código considera como causal de divorcio a la embriaguez en su art. 267 fracc.XV :

Fracc. XV. "Los hábitos de juego o de embriaguez o el uso indebido y persistente de drogas enervantes, cuando amenazan causar la ruina de la familia o constituyen un continuo motivo de desavenencia conyugal".

El Estado, con estas medidas, aparte de proteger las relaciones entre las personas que componen una familia, está también previniendo el engendramiento de hijos-anormales que pueden nacer con alteraciones físicas y mentales, tales como labio leporino, mongolismo, dedos supernumerarios o soldados entre sí, problemas de conducta y aprendizaje, locura, epilepsia, etc..

En el campo laboral, el alcohol ejerce también sus nocivos efectos, ya que provoca la disminución del rendimiento general del trabajador y propicia el ausentismo, por ser propio en el enfermo alcohólico el desmembramiento de su personalidad con la consiguiente abulia total hacia toda actividad productiva.

Nuestra Ley Federal del Trabajo contempla entre sus preceptos situaciones relacionadas con la ingesta del alcohol y el desempeño de la actividad laboral:

Art. 47.- Son causa de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

Fracc. X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;

Fracc. XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante...

En la fracción X, se observa el mencionado caso del ausentismo, en el que es muy frecuente que el trabajador falte a sus labores por motivo de una "parranda" o bien, que su desgaste físico sea tal que le impida asistir a su trabajo. Aquí se está gestando la desvaloración gradual del individuo, en relación directa con su capacidad productiva.

El artículo 135 de la Ley Federal de Trabajo dice:

Fracc. II. Faltar al trabajo sin causa justificada o sin permiso del patrón;

Fracc. IV. Presentarse al trabajo en estado de embriaguez;

Esta Ley también abarca a los patronos, el art. 133 establece:

Art. 133. Queda prohibido a los patronos:

Fracc. XI. Presentarse en los establecimientos en estado de embriaguez o bajo la influencia de un narcótico o droga enervante.

Estos lineamientos vistos, son causas de rescisión de contrato y prohibiciones a trabajadores y patronos, y como medida precautoria tenemos el artículo 116 de la misma Ley que dispone:

Art. 116.- "Queda prohibido en los centros de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juego de azar y de asignación. Esta prohibición será efectiva en un radio de cuatro kilómetros de los centros de trabajos ubicados fuera de las poblaciones".

Para los efectos de esta Ley, son bebidas embriagantes aquellas cuyo contenido alcohólico exceda del cinco por ciento.

Ahora bien, en el ámbito penal, el alcohol desempeña un importantísimo y fatídico papel en la comisión de delitos de tipo doloso y culposo en los que incurren los individuos que se encuentran en estado de embriaguez.

Los delitos que generalmente perpetran los alcoholi

zados son de índole sexual, como violación, estupro, incesto, etc.; de tipo patrimonial, como daño en propiedad ajena, robo; y los delitos contra la vida y la integridad corporal como lesiones y homicidio.

Camile Simonin dice "el consumo del alcohol ejerce una influencia cierta sobre la criminalidad; muertes, golpes y lesiones, violación y atentados a las costumbres, ultrajes y rebeliones, actos de destrucción o de violencia, tales como las infracciones cometidas bajo el imperio del alcohol"(46).

Habiendo estudiado ya de una forma general los principales efectos que produce el abuso del alcohol, nos planteamos ahora la pregunta ¿Qué situaciones propician el consumo inmoderado de tan peligrosa droga?. La respuesta, es una serie de factores sociales, políticos, económicos y culturales que rodean al individuo. El alcoholismo es un problema originado por situaciones emotivas del sujeto; encontramos personas que beben para atenuar algunas sensaciones molestas, como el hambre, el frío, etc.; sujetos que toman por aliviar un estado emocional grave, como la depresión, ansiedad, etc.; aquellos que lo hacen por superar sus inhibiciones; y tenemos a los alcohólicos que empiezan tomando por cumplir con determinados compromisos sociales y no pueden después substrarse del consumo. Independientemente de estos factores señalados, existe otra situación -

(46) C. Simonin, Medicina Legal Judicial, p. 565, 3a. Ed., Ed. Jims, Barcelona, 1973.

que posiblemente sea el fondo de muchos casos de alcoholismo: la publicidad llamada de tipo subliminal, que ha establecido su imperio en todos los medios de comunicación masiva con el propósito de comerciar con la salud del público, haciendo para esto una labor de convencimiento que se basa principalmente en inducir a las personas a consumir tal o cual bebida, insinuando que el hacerlo contribuirá al feliz desarrollo de sus actividades sociales, sexuales, etc.. Cabe hacer mención que este tipo de anuncios son realizados con un verdadero derroche de destreza psicológica, y con una continuidad tal, que es verdaderamente difícil para el público substraerse a ellos.

A continuación veremos los señalamientos contenidos en el capítulo III del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en relación a la publicidad de este tóxico:

Art. 236.- Para los efectos de este Código se consideraran como bebidas alcohólicas, aquellas que contengan más del dos por ciento de alcohol.

Art. 247.- La propaganda y publicidad sobre bebidas alcohólicas se limitará a dar información sobre las características de estos productos, calidad y técnicas de su elaboración y no a los efectos que produzcan en el hombre debido a su contenido alcohólico; además no se deberá inducir a su consumo por razones de salud o asociados con actividades deportivas, del hogar o del trabajo, ni utilizaren ella a personas in-

fantiles o adolescentes o dirigirla a ellos.

Art. 248.- Los órganos de difusión comercial, al realizar la propaganda y publicidad de bebidas alcohólicas, deberán combinarlas o alternarlas en los términos que determine el reglamento respectivo, con mensajes de educación para la salud y de mejoramiento de la nutrición popular, así como aquellos mensajes formativos que tiendan a mejorar la salud mental de la colectividad y a disminuir las causas del alcoholismo.

Asimismo, la Ley Federal de Radio y Televisión establece en su artículo 68:

Art. 68.- Las difusoras comerciales, al realizar la publicidad de bebidas cuya graduación exceda de 20 grados, deberán abstenerse de toda exageración y combinarla o alternarla con propaganda de educación higiénica y de mejoramiento de la nutrición popular. En la difusión de esta clase de publicidad no podrán emplearse menores de edad; tampoco podrán ingerirse real o aparentemente frente al público, los productos que se anuncian.

Para establecer un corolario que amplíe considerablemente el tema de la publicidad alcohólica, se transcribe a continuación el capítulo III referente a las bebidas alcohólicas del Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos, publicada en el Diario Oficial de la Fe

deración el 17 de diciembre de 1974.

Art. 33.- La publicidad de bebidas alcohólicas se limitará a dar información sobre las características de estos productos, calidad y técnicas de elaboración de los mismos.

Art. 34.- La publicidad de bebidas alcohólicas se abstendrá de emplear imperativos que induzcan directamente a la ingestión de estos productos.

Art. 35.- La publicidad de bebidas alcohólicas y su vinculación con la alimentación del ser humano, solamente se permitirá cuando dichos productos no se anuncien como indispensables en la mencionada alimentación.

Art. 37.- No se autorizará la publicidad de bebidas alcohólicas cuando:

I.- Se relacione con ideas o imágenes de esparcimiento espiritual, paz, tranquilidad, alegría, euforia u otros efectos que por su contenido alcohólico se producen en el ser humano;

II.- Atribuya a estos productos propiedades nutritivas, sedantes o estimulantes;

III.- Se asocie con ideas o imágenes de mayor éxito en el amor o en la sexualidad de las personas;

IV.- Se asocie con ideas o imágenes de centros de

trabajo, de instituciones educativas, del hogar o actividades deportivas;

V.- Motive a su consumo por razones de fiestas nacionales, cívicas y religiosas;

VI.- Haga exaltación de prestigio social, hombría o femineidad del público a quien va dirigida;

VII.- Se asocie con actividades creativas del ser humano;

VIII.- Utilice en ella como personajes a niños o adolescentes o bien la dirija a ellos;

IX.- Presente establecimientos llamados comúnmente centros de vicio, cualquiera que sea su naturaleza; y

X.- Exhiba la ingestión real o aparente de estos productos.

Como se puede apreciar, existe una estricta reglamentación para la publicidad de estos productos, pero analizando en la esfera de la realidad sabemos que el cumplimiento de estos preceptos es muy relativo, ya que los grandes "cerebros" de la publicidad hacen una interpretación de ellos a su entera conveniencia. Así comprendemos que el alcohol sea el tóxico más difundido, por ser el único cuyo comercio y consumo es lícito, no teniendo las restricciones que se le han impuesto la coerción necesaria para erradicarlo.

Seguidamente estudiaremos algunas características del alcoholismo, haciendo mención de las etapas médicas que se suceden posteriormente de la ingesta.

El Dr. Guillermo Ramírez Covarrubias define el alcoholismo agudo o embriaguez como "la intoxicación y trastornos causados por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas" (47).

También el Dr. Salvatore nos dá su definición: "El alcoholismo es el deseo invencible de beber siempre más alcohol a pesar de que el alcohólico se da cuenta del gravísimo daño que se está produciendo en su organismo" (48).

De acuerdo a esto podemos definir al alcoholismo como la enfermedad caracterizada por una elevada compulsión a la ingesta del alcohol y la pérdida del control sobre su consumo.

Camile Simonin distingue tres etapas en el estado de embriaguez:

El primero se caracteriza por la excitación de las funciones intelectuales y por el estado de euforia.

La segunda fase es a la que corresponden perturbaciones psicosensoriales profundas, generadoras de actos antisociales o de accidentes: es el período médico-legal.

El tercer período es el de embriaguez comatosa, que sobreviene progresivamente y está esencialmente cons

(48) L. Salvatore, op. cit., p. 59.

(47) G. Ramírez Covarrubias, op. cit., p. 206.

tituido por anestesia profunda con abolición de los reflejos, parálisis e hipotermia (49).

A continuación está la clasificación hecha por el investigador Boguen y que transcribe en su obra el Dr. Ramírez Covarrubias acerca de la evolución que se produce durante la ingesta alcohólica en el organismo, Boguen distingue seis etapas: Subclínica, estimulativa, conduccional, atontamiento, comatosa y muerte.

Sobriedad.- No hay influencia aparente, pequeños cambios sólo detectables con pruebas especiales.

Euforia.- Mediana euforia, verborrea, sociabilidad, disminución de la atención y el juicio.

Excitación.- Inestabilidad emocional, desinhibición, pérdida del juicio crítico, disminución de las respuestas sensoriales.

Confusión.- Desorientación, confusión, mareos, estados emocionales exagerados (dolor, alegría), disminución de la sensibilidad al dolor, incoordinación muscular.

Estupor.- Apatía, inercia generalizada, marcada disminución de los estímulos y muscular, vómito, incontinencia fecal y urinaria, sueño y estupor.

Coma.- Inconciencia completa, coma, anestesia, reflejos disminuidos o abolidos, hipotermia, incontinencia fe

(49) C. Simónin, op. cit., pp. 572-3.

cal y urinaria, posible muerte.

Muerte. - Muerte por parálisis respiratoria (50).

Respecto a las etapas evolutivas anteriores, debe hacerse notar que la sintomatología está sujeta a las diversas circunstancias que pudiesen haber acontecido durante la ingesta (clase de bebida, estado psíquico-físico del sujeto, etc.), y la forma de reaccionar de cada organismo.

Con relación a las enfermedades originadas por el abuso de bebidas alcohólicas que hemos mencionado anteriormente, y para hacer específica mención de las de tipo mental, tenemos la opinión de C. Simonin:

"El alcohol favorece, indiscutiblemente, el desarrollo de enfermedades mentales, sea directamente (embriaguez, trastorno del carácter y del humor, delirios, demencia), sea indirectamente agravando las otras psicopatías".

"El alcohol altera a la larga la inteligencia, la voluntad, el humor, el carácter, la afectividad, y termina por degradar la personalidad humana".

La debilitación de la memoria de fijación, de la atención y del juicio repercute gravemente en el plano profesional.

La debilidad de la voluntad es la causa psicológica de las recidivas alcohólicas, y conduce a la delincuencia por abandono.

(50) G. Ramírez Covarrubias, op.cit., pp. 206-7.

Los trastornos del humor y del carácter hacen al -
alcohólico susceptible, irritable, agresivo, colérico, im-
pulsivo, presto a reacciones dudosas, peligrosas, brutales,
por motivos insignificantes o a consecuencia de un acceso-
mórbido de celos" (51).

Ahora bien, separadamente del alcohol etílico, -
existen otras drogas de consumo generalizado entre la po-
blación que cuentan con gran demanda. Se utilizan con fi-
nes médicos en algunas ocasiones, y en las mayorías de -
ellas con el fin de satisfacer prácticas viciosas. A pe-
sar de que el consumo de esos tóxicos no ha llegado a ser-
tan elevado como el del alcohol, tenemos que aceptar que -
el tema de la drogadicción es un problema social de primer
orden, ya que los daños que origina en el individuo, la fa-
milia y la sociedad son análogos a los que estudiamos al -
tratar el alcoholismo. Entre las drogas de uso más frecuen-
te encontramos a la marihuana (ya que es la de más facil -
obtención y bajo costo); las pastillas como ciclopales y -
mandrax, y menos usuales la heroína y la cocaína. A los -
problemas antes citados, hay que añadir en el ámbito crimi-
nológico al narcotráfico, que está propagado por todo el -
país, sin que las permanentes campañas del gobierno hayan-
podido mermar los plantíos de marihuana y adormidera, labo-
ratorios clandestinos y la importación y exportación subrep-
ticias de drogas en el país.

(51) C. Simonin, op. cit., p.577.

Otro aspecto muy importante en el consumo de las drogas, es el de que la mayor parte de los adictos, carecen de medios económicos para satisfacer sus dosis diarias, por lo que recurren a delitos tales como robo, abuso de confianza, o cualquier otro que les facilite la obtención de dinero.

El índice de drogadicción es más elevado entre los jóvenes, propiciado por la curiosidad que tienen de experimentar alguna sensación nueva, por apologías que hacen de la droga personas ya adictas o mal informadas, y en general por las causas psíquicas que originan el alcoholismo. En una encuesta llevada a cabo en la Ciudad de México en 1973, mencionada por el Lic. Octavio A. Orellana Wiarco, en su obra, "sobre 2085 alumnos de Escuela Preparatoria, tanto oficiales como particulares y que comprendió un 64.44% de hombres y un 35.56% de mujeres, se obtuvo que el 15.58% de los encuestados aceptaron haber probado droga alguna vez" (52).

Respecto a lo que nuestra legislación establece acerca de la toxicomanía, podemos consultar los artículos antes transcritos: artículos 156 fracc. VIII, 235 fracc. II y el artículo 267 fracc. XV del Código Civil para el D.F.; el artículo 47 fracc. XIII y 133 fracc. XI de la Ley Federal del Trabajo. Las disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal, serán estudiadas dentro del tema -

(52) Octavio A. Orellana Wiarco, Manual de Criminología, p. 260, 1a. ed. Ed. Porrúa, México, D.F., 1978.

de Responsabilidad Penal que posteriormente asumiremos:

Por su parte, el Código Sanitario dice:

Art. 290.- La siembra, cultivo, cosecha, elabora--
ción, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión,
comercio, importación, exportación, transporte en cualquier
forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consu_
mo y, en general todo acto relacionado con el tráfico o su_
ministro de estupefacientes o de cualquier producto que sea
considerado como tal en los Estados Unidos Mexicanos, queda
sujeto a:

I.- Los tratados y convenios internacionales;

II.- Las disposiciones de este Código y sus reglamen_
tos;

III.- Las disposiciones que expida el Consejo de Salu_
bridad General;

IV.- Lo que establezcan otras leyes y disposiciones-
de carácter general relacionadas con la materia;

V.- Las disposiciones técnicas y administrativas -
que dicte la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y

VI.- Las disposiciones administrativas de las Secre_
tarías de Hacienda y Crédito Público e Industria y Comercio
de materia fiscal y de importaciones, respectivamente.

Art. 292.- Para los efectos del artículo 290 se con_

sideran como estupefacientes, las sustancias y vegetales - comprendidos en la siguiente lista:

Acetildihidrocodeína, Acetilmetadol, Acetorfina, Al_
fameprodina, Alfametadol, Alfaprodina, Alilprodina, Anfeta_
mina, Anilleridina, Banisterina, Benzetidina, Bezilmorfina,
Betacetilmetanol, Betameprodina, Betametadol, Betaprodina,-
Becitramida, Bufoteína de dioxafetilo, cannabis, catobenido_
na, clonitazeno, coca, cocaína, codeína y sus sales, codexi_
ma, concentrados de paja adormidera, Desomorfina, Dexanfen_
tamina, Dextromoramida, Diampromida, Dietilamida del ácido-
lisérgico L.S.D., Dietiltiambuteno, Difenoxilato, Dihidroco_
deína, Dihidromorfina, Dimepeptanol, Dimenoxadol, Dimetil_
tiambuteno, Didipanona, Ecgonina, Etilmetiltiambuteno, Etil_
morfina, Etonitazena, Etorfina, Etoxaeridina, Fenadoxona, Fe_
nampromida, Fenazocina, Fenomorfan, Fenmetrazina, Fenorperi_
dina, Fentatil, Falcodina, Furetidina, Haemadictyon, Amazo_
nicum, Heroína, Hidrocodona, Midroforminol, Hidroforma. Hi_
droxipetidina, Hongos Alucinantes, Isometadona, Lenofenacil_
morfan, Lenometorfan, Lenomopramida, Levorfanol, Metadona,-
Metanfetamina, Metazocina, Metildesorfina, Metilhidromorfi_
na, Metilfenidato, Metopon, Microfina, Moramida, Morferidi_
na, Morfina, Nicocodina, Nicocodiconina, Nocomorfina, Nora_
cimetadol, Norcodeína, Norlevorfanol, Normetadoma, Normofi_
na, Norpipanona, Ololique, Opio, Oxiconona, Oximorfona, Pa_
ja de adormidera harmala, Pentazocina, Pentabarbital, Peti_

dina, Peyote, Piminodina, Piritramida, Proheptazina, Prope_ridina, Propiram, Racemeterfan, Racemoramida, Raceformán, - Secobarbital, Tabermanta, Xiboga, Tabacon, Tebaína, Tetrahi_drocanabinos, Trimeperidina, y sus isómeros.

Como podemos apreciar, el Código Sanitario nos seña la una extensa lista de las sustancias y vegetales que son considerados como estupefacientes, y asimismo, nos dá una - clasificación de las sustancias psicotrópicas que a conti_nuación transcribiremos:

Art. 312.- En relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias, - las sustancias psicotrópicas se clasificarán en cinco gru_pos:

I.- Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que por sersusceptibles de uso indebido o abuso, constitu_yen un problema especialmente grave para la salud pública;

II.- Las que tienen un valor terapéutico, pero conti_tuyen un problema grave para la salud pública;

III.- Las que tienen valor terapéutico, pero contitu_yen un problema para la salud pública;

IV.- Las que tienen usos terapéuticos y que constitu_yen un problema menor para la salud pública; y

V.- Las que carecen de valor terapéutico y se utili_zan corrientemente en la industria.

Respecto a las substancia psicotr6picas del grupo I, el C6digo Sanitario nos proporciona la siguiente lista:

Art. 232.- Substancias Psicotr6picas del grupo I:

Dietiltriptamina, Dimetiltriptamina, Fenilpropano,- Parahexilo.

En el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federaci6n el d1a 30 de diciembre de 1976, por el entonces- Presidente de la Rep6blica Luis Echeverr1a Alvarez, aparece en su art1culo segundo las listas de substancias psicotr6pi cas pertenecientes a las grupos II, III, IV del art1culo - 321 del C6digo Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos:

Substancias Psicotr6picas del Grupo II:

Amobarbital	Fenproporex
Ciclobarbital	Heptabarbital
Colhidrato de tilidin	Meclocualona
Clorbenzorex	Metacualona
Fentermina y sus sales.	

Substancias Psicotr6picas del Grupo III:

Benzodiazepinas, derivados y sus sales	Fendimetrazina
Carbonatos, derivados y sus sales	Glutetimida
Dietilpropion	Hidrato de Cloral
Etclorovinol	Trihexifenidilo

Substancias Psicotrópicas del Grupo IV:

Barbital	Metilfenobarbital
Fenobarbital	Metitural

3.3. CLASIFICACION DE LOS TOXICOS.

Después de haber reproducido textualmente los nombres de los vegetales y sustancias que el Código Sanitario reconoce legalmente como estupefacientes y Psicotrópicos, - observemos ahora la clasificación que de los tóxicos en general hace el Dr. Guillermo Ramírez Covarrubias.

La clasificación mencionada cuenta con tres grupos:

GRUPO I. ESTIMULANTES.

a).- Aminas Simpaticomiméticas.

(Anfetaminas, dextroanfetaminas y metilanfetaminas).

b).- Cocaína.

c).- Alucinógenos o psicomiméticos.

(LSD, Mezcalina y mariguana)

GRUPO II. DEPRESORES.

a).- Hipnótico sedante.

1.- Barbitúricos (Barbital, fenobarbital).

2.- No barbitúricos (Hidrato de cloral, hidrato de butilcloral).

3.- Etanol (Alcohol).

b).- Ansiolíticos.

(Clordiazepóxico, Diazepan, Meprobamato, Metacualo_ na).

c).- Analgésicos narcóticos.

(morfina, codeína, pentazocina).

d).- Inhalantes.

((Xileno, tolueno, acetona, éter, óxido nitroso).

GRUPO III. OTRO.

a).- Antihistamínicos.

(Difenhidramina)

b).- Anticolinérgicos o parasimpaticolíticos.

(Escopolamina, atropina).

c).- Antiparkinsonianos.

(Levadopa, tribexifenidil).

3.4. RESPONSABILIDAD PENAL.

La responsabilidad penal se refiere a la imputabili_ dad que tiene ante la Ley, el sujeto activo de un acto anti_ jurídico en el momento de la acción u omisión punibles. La - palabra imputabilidad viene del latín IMPUTARE, que signifi_ ca "atribuir a otro una cosa censurable" (53). A reserva de-

(53) Quiroz Cuarón Alfonso, Medicina Forense, Ed. Porrúa, 2a. ed., México, 1980, p. 904.

ahondar en este tema en el siguiente capítulo, haremos un esbozo preliminar del mismo para tratar la responsabilidad penal de alcohólico y farmacodependiente.

Para que una persona pueda ser considerada como jurídicamente imputable, se requiere que en el momento del hecho delictivo, posea el grado necesario de salud y desarrollo mental, que le permita en ese preciso instante tener la capacidad de entender y querer el resultado.

La capacidad de querer y de entender es la valoración personal que el individuo realiza mentalmente en base a sus sentimientos y a su razón, en el momento previo a la acción, y que conjuntamente con la libertad natural de selección de actitudes, inducen al hombre a obrar en determinada forma.

Manzini opina al respecto: "la imputabilidad penal es el complejo de las condiciones psíquicas por las cuales una persona es capaz ante el Derecho Penal, y es la causa eficiente de la violación de un principio penal" (54)

El concepto de imputabilidad se refiere entonces a la capacidad legal que el hombre tiene ante el Derecho Penal, para responder ante él, por las acciones u omisiones que contra sus ordenamientos realice.

"El problema de imputabilidad o capacidad de la culpabilidad, según lo designa un sector de la doctrina, ha

(54) Op. cit., p. 905.

transitado por terrenos polémicos en el encuentro entre la tesis de la responsabilidad moral y la responsabilidad social" (55).

Cuando la capacidad de entendimiento y de libre autodeterminación de la conducta se vé menoscabada por alguna causa, se cae en la hipótesis jurídica de la inimputabilidad que a continuación estudiaremos.

Inimputabilidad.- La inimputabilidad, figura contraria a la imputabilidad es la nula posibilidad legal de que una persona responda penalmente por un acto delictivo.

Los supuestos que fundamentan la imputabilidad son, a contrario sensu, los que regulan a la imputabilidad: la capacidad de entender y de querer, en este caso disminuída, afectada o anulada por diversos agentes internos y externos del individuo infractor.

Si la condición para considerar penalmente responsable al sujeto activo del delito es la intencionalidad, o la falta de ella, originada por la imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o cuidado del individuo en el momento previo de la realización de la acción u omisión punibles, se considera que la persona que carece de la responsabilidad de determinarse con autonomía, y libre albedrío - en cuanto al acto mencionado, se encuentra en una situación peculiar que tiene que regularse mediante un tratamiento es

(55) Sergio García Ramírez, "La imputabilidad en el Derecho Penal Mexicano". Instituto de Investigaciones Jurídicas, U.N.A.M., 1968.

pecial.

La ley mexicana ha identificado claramente los ca_ -
sos anteriores, y hace la prevenciones anteriores.

El Código Civil, en su artículo 450, fracción IV se_
ñala:

Art. 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

Fracc. IV.- "Los ebrios consuetudinarios y los que_
habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes". -
Asímismo el art. 15 del Código Penal señala en su fracción II:

Art. 15.- Son circunstancias excluyentes de respon_
sabilidad penal:

Fracc. II.- "Hallarse el acusado al cometer la in_ -
fracción, en un estado de inconsciencia de sus actos, deter_
minado por el empleo accidental e involuntario de substan_ -
cias tóxicas embriagantes o estupefacientes, o por un esta_
do toxicoinfeccioso agudo o por un trastorno mental involun_
tario de carácter patológico y transitorio";

Esta eximente de responsabilidad penal anotada, de_
berá interponerse de oficio cuando se comprenda la tipifica_
ción del precepto, y tendrá efectos de sobreseimiento en to_
dos los casos (art. 17 Código Penal).

El Derecho Penal considera básicamente como sujetos
con incapacidad de entender el carácter ilícito de su com_ -

portamiento y de determinarse conforme a esta inteligencia:
a:

1.- Sujetos con enfermedad mental (Permanente o transitoria) (aquí se considera el estado de inconsciencia).

2.- Sujeto con deficiente desarrollo mental.

a).- Por sordomudez.

b).- Por minoridad.

Ahora bien, para la configuración de la causa de inimputabilidad señalada anteriormente en el artículo 15 del Código Penal, se requiere indefectiblemente de la accidentalidad e involuntariedad del estado de inconsciencia, para presuponer de esta manera la escasa temibilidad del sujeto por la infrecuencia o inexistencia de dichos hábitos.- En caso contrario, el origen libre de la causa material y moral del resultado ilícito, que propone que un trastorno psíquico transitorio, tendrá efecto de imputación al sujeto, tendiendo incluso en algunos casos a agravar la penalidad de su acción ilícita.

Desde las legislaciones de 1871 y 1929, se empezó a legislar sobre los delitos cometidos en estado de inconsciencia parcial y absoluta, haciendo mención de la embriaguez habitual con escándalo. El Código de 1931, con la finalidad de proteger a la sociedad contra el latente peligro de los delitos cometidos en estado de inconsciencia, abolió

la excluyente del estado parcial inconveniente, remitiendo su eximidad al completo estado de ebriedad, siempre que concurren los elementos materiales, ya que siempre será responsable el sujeto que en forma voluntaria y no excepcional se coloque en el estado de inconsciencia peligroso. De acuerdo a esta disposición, tenemos como caso ejemplificativo el artículo 171 del Código Penal que dice:

Art. 171.- "se impondrá prisión de seis meses, multa hasta cien pesos o suspensión o pérdida del derecho de usar licencia de manejo:"

Fracc. II.- "Al que en estado de ebriedad o bajo el influjo de drogas enervantes cometa alguna infracción a los reglamentos de tránsito y circulación al manejar vehículos de motor, independientemente de la sanción que le corresponde si causa daños a las personas o las cosas".

Podemos concluir, para efectos de responsabilidad penal, que la persona que comete un delito en estado de embriaguez o bajo en influjo de drogas enervantes, se presume que obra con dolo, por su voluntariedad de colocarse en tal situación aún a sabiendas del peligro inminente que tal estado puede provocar, tipificándose entonces el delito, y dando origen a la imputabilidad del sujeto activo quien tendrá que soportar la sanción ordinaria (si no hay agravantes) a menos que sobrevenga alguna causa de inimputabilidad.

3.5. JURISPRUDENCIA.

JURISPRUDENCIA DEFINIDA.- Inconsciencia, prueba de la excluyente de. La comprobación de la excluyente de responsabilidad penal, consiste en obrar en estado de inconsciencia, requiere por su naturaleza inminentemente psicológica, de pruebas técnicas especiales que hacen necesario el dictamen de peritos. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. XXIV, pág. 130. A.D. 1470/59. Vol. XXXIII, pág. 60. A.D. 6748/59. Vol. SLIV, pág. 84. A.D. 8551/60. Vol. LV, pág. 32. A.D. 2245/60. Vol. LVI, pág. 40. A.D. 8453/61.

TESIS RELACIONADAS.- Inconsciencia como excluyente (Legislación Militar). Si la defensa del quejoso consiste en que al delinquir se encontraba en estado de inconsciencia de sus actos, que prevé como causa de inimputabilidad la fracción II del artículo 119 del Código de Justicia Militar, como esta circunstancia, por su naturaleza, evidentemente queda dentro de la órbita médica y, aún más, dentro de las especialidades de la psiquiatría forense y del psicoanálisis criminal, la prueba de testigos resulta del todo inepta y es el dictamen de peritos el único documento que puede proporcionar la verdad al respecto. Quinta Epoca: Vol. CXXIII, pág. 1256. A.D. 1291/53. Trastorno mental como excluyente.

La ocurrencia de un padecimiento mental debe acreditarse con prueba pericial médica. Aún cuando se llegara a tener como cierto que el procesado padecía algún trastorno mental, no se tendría base, con sólo ello, para poder estimar que en el momento en que consumó el ataque contra su víctima se encontraba en un estado de inconsciencia determinado por su enfermedad o por otra causa. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. I, pág. 92, A.D. 7023/56. Inconsciencia como excluyente. El estado de inconsciencia, por su naturaleza inminentemente psicológica, requiere de pruebas especiales. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. III, pág. 104. A.D. 4125/56. Trastorno mental como excluyente. Las eximentes deben de demostrarse en forma plena y especialmente tratándose de las causas de inimputabilidad son necesarias pruebas especiales, por referirse dichas eximentes al campo subjetivo del individuo; por ello es preciso que se compruebe que en el momento de hecho, el agente no poseía la salud o el desarrollo mentales exigidos abstracta e indeterminadamente por el legislador para comportarse en el mundo del Derecho Penal. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. III, pág. 154. A.D. 4260/56. Inconsciencia como excluyente. Las eximentes de responsabilidad por estado de inconsciencia, por su naturaleza eminentemente subjetiva (ya que afectan la imputabilidad del sujeto) tienen que ser comprobadas por pruebas especiales. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. VI, pág. 154. A.D. -

4615/55. Inconsciencia como excluyente. Siendo la incons--
ciencia un estado mental, científicamente sólo pueden deter_
minarla los médicos forenses, y la falta de informe al res_
pecto hacen que se deba desestimarla. Sexta Epoca, Segunda-
Parte: Vol. VI, pág. 164. A.D. 5461/55. Inconsciencia como-
excluyente. Para que proceda en derecho reconocer que el -
acusado obró, al cometer la infracción, en estado de incons_
ciencia de sus actos originado por un trastorno mental de -
carácter patológico y transitorio, debe probarse tal circuns_
tancia, preferentemente por dictámen pericial. Sexta Epoca-
Segunda Parte: Vol. XXXIV, pág. 44, A.D. 180/60. Trastorno-
mental permanente. (Consecuencias) Si de las constancias -
procesales se advierte que la ahora quejosa padece un tras_
torno mental permanente, anterior a la realización del he_
cho típico penal, en la especie no se trata de alguna de -
la causa de inimputabilidad contenidas en la fracción II -
del artículo 15 del Código Penal del Distrito y Territorios
Federal y que en su conjunto se designan doctrinariamente -
como estados de inconsciencia transitorios, sino de una en_
fermedad permanente captada por el artículo 68 de la Ley en
cita; este dispositivo preceptúa que, quienes sufren cual_
quier debilidad, enfermedad o anomalías mentales y ejecuta-
hechos o incurran en omisiones definidas por la Ley como de_
litos, serán reclusos en manicomios o establecimientos es_
peciales durante el tiempo necesario para su curación y so_
metida, con autorización del facultativo a un régimen de -

trabajo. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. LVI, pág. 53, A.D. 3092/61. Trastorno mental involuntario y Transitorio.

No puede constituir el trastorno mental transitorio, un sentimiento de ira, que puede ser considerado como una alteración psíquica, pero no por eso puede sostenerse validamente que pierde el sujeto el dominio de sus actos, pues la excluyente, para que opere, tiene como supuesto el automatismo del sujeto que padece el trastorno. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. LXVIII, pág. 18. A.D. 2247/61. Embriaguez, miedo grave y legítima defensa.

JURISPRUDENCIA DEFINIDA.- Ataque a las vías de comunicación. Conducción de vehículos en estado de ebriedad.

El delito de ataques a las vías generales de comunicación previsto en la fracción II del artículo 171 del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, se integra no solamente con la conducción de un vehículo en estado de embriaguez, sino que se requiere además que se cometa alguna infracción a los reglamentos de tránsito y circulación, diferente a la que implica de por sí el manejar ebrio. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. LIII, pág. 11. A.D. 5014/61. Vol. LVIII, pág. 82. A.D. 7115/61. Vol. LIX, pág. 39. A.D. 7257/61. Vol. LX, pág. 61. A.D. 8490/61, Vol. LXIII, pág. 58. A.D. 1573/62.

TESIS RELACIONADAS.- Conducción de vehículos en estado de ebriedad. Por lo que se refiere al delito de violación

a la Reglamentación de Tránsito, los elementos materiales - que lo constituyan son el hecho de manejar vehículos de motor, en estado de ebriedad o bajo el influjo de drogas enervantes y cometer alguna infracción a los Reglamentos de Tránsito y Circulación. Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. XIII,- pág. 47. A.D. 7823/57.

C A P I T U L O I V

EL ENFERMO MENTAL EN EL AMBITO LEGAL

- 4.1. ESTADO MENTAL EN EL MOMENTO DE LA ACCION U OMISION
- 4.2. EL ENFERMO MENTAL COMO SUJETO "ACTIVO" DEL DELITO
- 4.3. EL ENFERMO MENTAL COMO SUJETO PASIVO DEL DELITO
- 4.4. LAS ACCIONES EN ESTADO DE INCAPACIDAD EN RELACION A LAS FORMAS DE CULPABILIDAD
- 4.5. LA IMPUTABILIDAD

4.1. ESTADO MENTAL EN EL MOMENTO DE LA ACCION U OMISION.

Ya destacado tratadista ha puesto de relieve que la conjunción de dos condiciones es indispensable para determinar la imputabilidad penal, a saber:

a).- Inteligencia o discernimiento, que nos dará la noción del bien y del mal; y

b).- La libre voluntad o libertad, que permite escoger entre el bien y el mal (57).

Este acondicionamiento para atribuir a alguien un delito era conocido desde la antigüedad, pues, v.g., Aristóteles, después de expresar que ya es posible que quien cometa una injusticia o un crimen no sea aún completamente injusto o criminal, se preguntaba "¿Cuál es el punto en que el hombre se hace realmente justo y culpable en cada género de injusticia: por ejemplo, ladrón, adúltero, bandolero? ¿o no debe hacerse absolutamente ninguna diferencia según los casos?" y respondía: "sólo se comete delito o se hace un acto justo cuando se obra voluntariamente, - lo mismo en uno que en el otro caso; pero cuando se obra sin querer, no es justo ni injusto a no ser indirectamente; porque al obrar así sólo se ha sido justo o injusto por accidente. Lo que hay de voluntario o involuntario en la acción es lo que constituye la iniquidad a la justicia,

(57) C. Simonin, Medicina Legal Judicial, Trad. de G.L. Sánchez Maldonado, Barcelona, 1973, Editorial JIMS, p. 915.

afirmación de que desprendía que "es un estudio imprescin-
dible cuando se quiere dar la razón a la virtud, determi-
nar lo que debe entenderse por acto voluntario e involunta-
rio: este conocimiento es indispensable también a los ilus-
tradores para ilustrarles sobre las recompensas y castigos
que decreten" (58).

Siglos después este criterio habría de asumir es--
tructura científico-penal a través de la teoría de la impu-
tación de Francisco Carrara, sintetizada por éste al expre-
sar que ella al delito en sus puras relaciones con el agen-
te y a éste, a su vez, lo contempla en sus relaciones con-
la ley moral, según los principios del libre albedrío y de
la responsabilidad humana, resultando así que un individuo
es penalmente responsable "cuando puede cargarse a su cuen-
ta el delito y sus consecuencias" (59).

Basta el aludido criterio de los dos eximios pensa-
dores, para resaltar la importancia que corresponde al es-
tado mental del sujeto en el momento de la acción u omisión
delictiva, pues de las características del propio estado-
mental habrá de depender si se carga o no en su cuenta el-
resultado del evento penal.

Así, si en el sujeto existe normalidad mental al mo-
mento de realización del delito, el hecho le será imputa-
ble. Si, por lo contrario, en el citado momento su estado-

(58) Aristóteles, Moral a Nicómano, Editorial El Ateneo, Libro V, Cap.
VI, pp. 209 y sigs.

(59) Francesco Carrara, Programa de Derecho Criminal, Parte General,-
Vol. 1, p. 31.

mental es anormal, su acto u omisión son inimputables; y ello precisamente porque entonces no tuvo la posibilidad de determinarse consciente y libremente.

Ahora bien, el sujeto que en estado de normalidad mental o capacidad psíquica ejecuta una acción o incurre en una omisión catalogadas en la ley como delitos, se encuadra exactamente en la posición que hace devenir el análisis dogmático de su comportamiento, o sea, determinar si desplegó una conducta de conformación penalística; y si tal conducta fue típica, antijurídica, imputable y culpable. Importa pues, en este punto, conceptuar, así sea brevemente, cada uno de esos elementos integrantes del delito.

a).- Conducta.- Dicho término, penalísticamente aplicado, es una expresión de carácter genérico significativa de que todo delito consta de un comportamiento humano, por lo que resulta un término más adecuado para recoger en su contenido conceptual las diversas formas en que el hombre se pone en relación con el mundo exterior (acto, acción, hecho, omisión); por lo demás, refleja mejor el sentido finalista que es forzoso captar en la acción o inercia del hombre para poder llegar a afirmar que integran un comportamiento dado (60).

(60) Mariano Jiménez Huerta, Panorama del Delito, México, 1950, Imprenta Universitaria, pp. 7-8.

b).- Tipicidad.- Se designa con este nombre la exigida correspondencia entre el hecho real y la imagen rectora expresada en la ley en cada especie de infracción (61); implicando así que cuando una conducta humana encaja en alguna descripción legal delictiva, la propia conducta está contemplada penalísticamente, por lo que el comportamiento es típico.

c).- Antijuridicidad.- Siendo en su sentido más general la contradicción a las normas objetivas del Derecho, la antijuridicidad suscita el problema de su doble capta-ción; la formal y la substancial. La primera indica que una acción es antijurídica sólo porque es contraria a una prohibición del Derecho de hacer u omitir; en tanto que la segunda, indica que la acción es antijurídica porque tiene una determinada manera de ser o materia, que es lo que la vuelve contraria al Derecho (62).

En nuestro medio, Jiménez Huerta ha aportado una valiosa noción de la antijuridicidad en su aspecto substancial, al expresar que la esencia íntima de lo antijurídico se integra por un binomio: la lesión a un bien jurídico tutelado y la ofensa a los ideales valorativos de la comunidad, consistiendo tal ofensa en el daño social causado por la violación a los ideales de seguridad y justicia conteni

(61) Luis Jiménez de Asúa, Tratado de Derecho Penal, Buenos Aires, 1951, T.III, p. 653.

(62) Ricardo C. Núñez, Conceptos fundamentales acerca de la antijuridicidad en Revista Jurídica de Córdoba, Argentina, 1942, No. 10, p. 12.

dos en la Ley (63).

d).- Imputabilidad.- Por cuanto que este elemento del delito, por su íntima conexión con nuestro tema, será analizado con detenimiento posteriormente, sólo enunciaremos aquí que está considerado como "la posibilidad condicionada por la salud mental y por el desarrollo del autor, para obrar según el justo conocimiento del deber existente" (64).

e).- Culpabilidad.- Cuando el sujeto ha realizado una conducta típica y antijurídica, y su estado mental normal indica la imputabilidad, deviene el juicio de culpabilidad, mediante el cual -según la teoría psicologista- la atribución al sujeto de su hecho procede de la mera conexión psíquica existente entre la conducta realizada y el propio agente, de suerte que la culpabilidad, así, queda reducida únicamente al ligamen psicológico que se expresa en las dos formas clásicas de dolo y culpa (65); y según la teoría normativa, al juicio de culpabilidad será el de reproche dirigido a la forma en que ha actuado una persona, tomando en cuenta, además de la base psicológica, la contrariedad al deber impuesto por la norma (66).

(63)Mariano Jiménez Huerta, La Antijuridicidad, México, 1952, Imprenta Universitaria, p.54 y sigs..

(64)Definición de Max Ernest Mayer, cit. por Fernando Castellanos Tena, Lineamientos de Derecho Penal, México, 1971, Ed. Porrúa, S.A., p.296.

(65)Carlos Fontán Balestra, El elemento subjetivo del delito, Buenos Aires, 1957, Ed. Roque Depalma, p.4

(66)Ricardo Franco Guzmán, La Culpabilidad y su aspecto negativo, Criminalia, Año XXII, Núm.7, julio de 1956, p.456.

Desde este punto de vista, se ha definido la culpabilidad en una forma muy completa, como "el resultado del juicio por el cual se reprocha a un sujeto imputable haber realizado un comportamiento típico y antijurídico, cuando le era exigible la realización de otro comportamiento diferente, adecuado a la norma (67).

Tras lo expuesto, puede puntualizarse que el sujeto que en el momento de la acción u omisión goza de un estado mental saludable (capacidad psíquica delictiva) se erige en el punto de referencia humano sobre el cual ha de examinarse el total proceso dogmático: si su conducta típica, antijurídica e imputable, fue culpable, para que en caso afirmativo, se irroge al responsable la pena prevista en el tipo al que adecuó su comportamiento.

En cambio, como veremos en seguida, el sujeto que en el momento de la acción u omisión se encuentra en un estado mental anormal, no podrá llegar a ameritar el juicio de culpabilidad, dado que falta la imputabilidad y éste es un presupuesto de aquélla.

4.2. EL ENFERMO MENTAL COMO SUJETO "ACTIVO" DEL DELITO.

Desde luego, en puridad dogmático-penal, un enfermo mental no puede asumir el carácter de sujeto activo de

(67) Sergio Vela Treviño, ob.cit., p. 201.

delito, en virtud de que carece de la normalidad psicológica que legalmente se requiere para serlo. De ahí, el entrecomillado del término en el presente rubro.

Es por esa propia razón, que las legislaciones contemplan una previsión separada, especial, respecto de los anormales mentales, que, en primer término, los excluye de la consideración de delincuentes o sujetos activos de delitos, y, en segundo lugar, señala una reacción estatal diversa de la prescrita para los agentes de delito de condición psicológica normal. Así, nuestro Código Penal, siguiendo esas orientaciones de la generalidad de los países, dispone en su artículo 68 lo siguiente:

"Los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran - cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo...".

Claramente se desprende del texto transcrito, que los anormales mentales no pueden tener el carácter de sujetos activos de delito, pues la misma disposición habla de que "hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos", pero no dice que cometan delitos, pues esta imposibilidad deviene de que carecen de las facultades

psicológicas necesarias para saber que los están cometiendo.

Por tanto, para la Ley, el enfermo mental que realice un acto u omisión que se encuentran previstos como delitos, no ameritará, como el sano mental, una pena, sino una medida de seguridad, rubro genérico que comprende los numerosos y diversos tratamientos que en su oportunidad examinaremos, y que son la consecuencia de las acciones u omisiones lesivas de los propios enfermos mentales.

4.3. EL ENFERMO MENTAL COMO SUJETO PASIVO DEL DELITO.

En todo delito existen dos sujetos pasivos: uno constante, o sea, el Estado-administración, que se halla presente en todo delito, toda vez que todo delito es violación de un interés público estatal; y uno eventual, dado por el titular del interés concreto violado por la infracción y que se toma especialmente en consideración con motivo del caso del consentimiento del derecho-habiente, de la querrela y de la acción civil que puede hacerse valer en el curso del procedimiento penal (68).

Así, el Código Penal, al encasillar los diversos delitos en función del bien jurídico tutelado, en cada caso, - va señalando no solamente a quien conjuga el verbo que tipifica la acción sancionada (sujeto activo), sino también, y a

(68) Giuseppe Bettiol, Derecho Penal, Parte General, Bogotá, 1945, Ed. Temis, p. 610.

contrario sensu, a aquél sobre quien se ejercita la actividad punible (sujeto pasivo) (69).

El enfermo mental, en cuanto miembro de la sociedad, no sólo por regla general se encuentra protegido al igual - que los demás integrantes de la misma, sino que, dada su incapacidad psicológica, dispone de una más acentuada tutela.

Por ello es que numerosos tipos del Código Penal - agravan la penalidad de delitos cometidos contra inimputables, tanto menores de edad como enfermos o deficientes mentales. Un ejemplo respecto de los primeros lo proporciona - la figura de Corrupción de Menores, descrita por el artículo 201 al tenor siguiente:

"Se aplicará prisión de seis meses a cinco años al que facilite o procure la corrupción de un menor de dieciocho años de edad.

Comete el delito de corrupción de menores el que procure o facilite su depravación sexual, si es púber, la iniciación en la vida sexual o la depravación de un impúber, o los induzca, incite o auxilie a la práctica de la mendicidad, de hábitos viciosos, a la ebriedad, a formar parte de una asociación delictuosa, o a cometer cualquier delito.

Cuando los actos de corrupción se realicen reiteradamente sobre el mismo menor y debido a ellos éste adquiera

(69) Alfredo Nocetti Fasolino, "Sujeto pasivo del delito", en Enciclopedia Omeba, Tomo XXV, p.967.

los hábitos del alcoholismo, uso de sustancias tóxicas u - otras que produzcan efectos similares, se dedique a la prostitución o a las prácticas homosexuales, o forme parte de - una asociación delictuosa, la pena de prisión será de cinco a diez años y multa hasta los veinticinco mil pesos...".

Otro ejemplo en esta materia, es el tipo contenido en el artículo 266, que describe la llamada violación presuntiva y que tutela tanto a menores como a anormales mentales, Su texto expresa:

"Se equipara a la violación y se sancionará con las mismas penas, la cópula con persona menor de doce años o - que por cualquier causa no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa".

Desde el punto de vista procesal, el sujeto pasivo del delito en general tiene, por lo común, durante el procedimiento, facultades para presentar denuncias y querellas, aportar ante el Ministerio Público o ante el juez los elementos de prueba que estén a su alcance, deducir derechos contra terceros, en lo concerniente a la reparación del daño, - y también, la interposición de los recursos señalados por - la Ley, cuando sus intereses así lo demanden (70).

Obviamente, cuando el sujeto pasivo del delito es -

(70) Guillermo Colín Sánchez, Derecho Mexicano de Procedimientos Penales, México, 1977, Ed. Porrúa, S.A., p.195

un enfermo mental, los aludidos derechos que le corresponden como ofendido, han de ejercitarse por conducto de tutor, ya que el objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a patria potestad tienen incapacidad natural y legal, o solamente la segunda, para gobernarse por sí mismos.

Tienen incapacidad natural y legal:

- 1.- Los menores de edad;
- 2.- Los mayores de edad privados de inteligencia - por locura, idiotismo o imbecilidad, aun cuando tengan intervalos lúcidos;
- 3.- Los sordomudos que no saben leer ni escribir;
- 4.- Los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes (artículo 449 y 450 del Código Civil del Distrito).

4.4. LAS ACCIONES EN ESTADO DE INCAPACIDAD EN RELACION A LAS FORMAS DE CULPABILIDAD.

De conformidad con el artículo 3o. del Código Penal, la acción o conducta, para los efectos de la culpabilidad, únicamente puede manifestarse en dos formas: intencional o dolosa y no intencional o culposa, o imprudencial, entendiéndose por imprudencial toda imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado que causa -

igual daño que un delito intencional.

La doctrina suele agregar la preterintencionalidad, que es una hipótesis donde el dolo se mezcla con la culpa, en el sentido de que el dolo aparece en lo concerniente al delito menos grave, que ha sido previsto y querido por el agente, y la culpa en el resultado más grave que se realiza (71).

Si bien el artículo 80. no contempla esta forma de culpabilidad, la situación que entraña se encuentra regulada por la fracción II del artículo 90., al establecer que no se destruye la presunción de que en un delito es intencional, aun cuando se pruebe por el acusado "que no se propuso causar el daño que resultó, si éste fue consecuencia necesaria y notoria del hecho u omisión en que consistió el delito".

Se nota aquí claramente consignado el criterio legislativo en orden a la preterintención, en el sentido de que habiendo una voluntad ilícita inicial el resultado seguirá siendo reprochable a título doloso, aun en el caso de que ese resultado no haya sido querido pero sea una consecuencia notoria y necesaria de la conducta. "Lo que importa para sostener la intencionalidad en estos casos -dice Vela Treviño-es, simplemente, que pueda establecer

(71) Bettiol, Derecho Penal, Parte General, p. 409.

se la causalidad material entre la conducta y el resultado, y el previo enlace psicológico entre una voluntad imbuída de ilicitud y el consecuente comportamiento. Habiendo ilicitud previa, el resultado, previsible y evitable, debe ser imputado a título de dolo, siendo irrelevante que haya excedido los límites subjetivamente precisados por el autor de la conducta" (72).

En cuanto a la forma intencional, Mezger afirma que actúa dolosamente el que conoce las circunstancias de hecho y la significación de su acción y ha admitido en su voluntad el resultado (73).

Por tanto, el concepto de dolo se encuentra integrado por los elementos intelectual y volitivo, significando el primero el conocimiento de la criminalidad de la conducta por parte de su autor; y el segundo, la voluntad del resultado antijurídico.

Respecto a la culpa, que ha sido conceptuada como la voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho, se encuentra integrada por tres elementos, a saber:

- 1.- Voluntariedad del acto;
- 2.- Falta de previsión del efecto nocivo; y
- 3.- Posibilidad de prever (74).

(72) Ob. cit., p. 262.

(73) Edmundo Mezger, Tratado de Derecho Penal, T. II, p. 91.

(74) Carrara, Programa, Parte General, Vol. I, p. 83.

Basta observar cuáles son elementos que integran, - por una parte, al dolo (conocimiento y voluntad) y por otra parte a la culpa (voluntariedad del acto, falta de previ_ - sión y posibilidad de prever), para reiterar que el enfer_ - mo mental carece de la capacidad necesaria para actuar in_ - tencional o imprudencialmente, dado que no goza de los atri_ - butos de conocer y de querer; pero la razón dogmática por_ - la que se concluye que el sujeto anormal mental no puede - incurrir en las formas de la culpabilidad, consiste en que, no siendo imputable, no se da en los actos que cometen el_ - presupuesto imprescindible de la culpabilidad.

De todas suertes, las acciones de los incapacita_ - dos mentales suscitan interesantes problemas: ¿Puede concu_ - rrir la legítima defensa en favor de un inimputable? ¿Pue_ - de haber legítima defensa contra el inimputable?

Respecto a la primera hipótesis (la legítima defen_ - sa del inimputable), han surgido dos criterios, a saber:

- 1.- Que existe una causa de justificación: legíti_ - ma defensa, y
- 2.- Que estamos frente a una causa de inimputabilidad.

Los defensores de la primera postura estiman que - los imputables pueden ser también sujetos activos de la de_ - fensa legítima, porque la circunstancia de la impunidad opera inmediatamente, sin que sea necesaria la indagación-

sobre la culpabilidad.

Los partidarios de la segunda opinión consideran que preferir negar la causa de justificación y conceder sólo la inimputabilidad, equivaldría a la injusticia de atraer sobre la víctima la sanción de responsabilidad civil, que iría a su vez a enriquecer a un agresor injusto, y que parece ser, la solución más adecuada a derecho y a justicia, la de optar por la legítima defensa, porque el enajenado, bien que incapaz, es un hombre dotado de instintos y reacciones vitales, y la Ley le debe todas las garantías posibles de protección.

En lo que atañe a la segunda interrogante, referente a la legítima defensa contra el inimputable, hay también dos puntos de vista:

1.- El que sostiene que cabe la legítima defensa contra el inimputable;

2.- El que considera que se está ante un estado de necesidad.

Los expositores del primer criterio estiman que siendo la antijuridicidad de naturaleza objetiva, contra la agresión de un inimputable procede la causa de licitud legítima-defensa.

Los del segundo, consideran que como el inimputable carece de voluntariedad, su agresión dá margen a un estado de necesidad de quien la rechaza. Pero a este argumento ha respondido Antolisei diciendo que tal opinión debe considerarse

infundada, puesto que la falta de capacidad de entender y de querer no excluye la injusticia intrínseca del hecho (75).

4.5. LA IMPUTABILIDAD.

De conformidad con lo que hemos expuesto, puede puntualizarse que la imputabilidad es el elemento del delito - que falta en la comisión de actos lesivos de los enfermos mentales; de modo que si no hay imputabilidad tampoco puede haber culpabilidad y la ausencia de esta última provoca la inexistencia del delito.

Las causas de inimputabilidad pueden dividirse en tres grandes grupos a saber:

1o.- El de la inimputabilidad genérica determinada normativamente;

2o.- El de la inimputabilidad específica; y

3o.- El de la inimputabilidad absoluta.

1o.- El primer grupo comprende los casos en que la Ley penal establece un tratamiento especial para los sujetos autores de las conductas que lo producen. A éstos, excluyéndolos de la calidad de delincuentes, la Ley manda la aplicación de medidas de seguridad o el sometimiento a tratamientos educativos y correctivos, pero nunca impone una -

(75) Francesco Antolisei, Manual de Derecho Penal, Parte General, Trad. de Juan del Rosal y Angel Torio, Buenos Aires, 1960, p. 218.

pena, debiéndose este especial trato legal precisamente a la ausencia de imputabilidad en tales sujetos, que genéricamente han dispuesto las normas del derecho positivo.

La Ley valora como inimputables genéricos a los menores de edad y a los sordomudos.

2o.- En cuanto al grupo de las causas de inimputabilidad por ausencia de imputabilidad específica, es el integrado por aquellos casos en los que habiendo imputabilidad genérica en el sujeto, falta la propia imputabilidad respecto de un hecho o acontecimiento particular y en el momento preciso de producción del resultado típico.

Tales son las causas siguientes:

a).- Trastorno mental transitorio, previsto por la fracción II del artículo 15 del Código Penal:

"Hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o enervantes, o por un estado toxifeccioso, agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio".

b).- El miedo grave, previsto por la fracción IV del propio artículo 15 del Código Penal, y que doctrinariamente ha sido definido como "la perturbación del ánimo, originada de la aprensión de algún peligro o riesgo que nos amenaza o que recelamos" (76).

(76) Joaquín Escriche, Diccionario Razonado de Legislación y Jurisprudencia, Madrid, 1880, p. 1237.

3o.- El tercer grupo, que es el que interesa a los efectos de este trabajo, es el que comprende las causas de inimputabilidad absoluta, y las cuales, como ya vimos, quedan englobadas dentro del artículo 68 del Código Penal, cuyo texto en seguida recordamos:

"Los locos, idiotas, imbéciles, o los que sufran - cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, - y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos, con autorización de facultativo, a un régimen de trabajo".

Precisamente a los procedimientos curativos de tales sujetos destinamos el capítulo siguiente y final de este estudio.

C A P I T U L O V

T R A T A M I E N T O

- 5.1. MEDIDAS DE SEGURIDAD
- 5.2. PELIGROS SOCIALES
- 5.3. DIAGNOSTICO
- 5.4. PROCEDIMIENTO
- 5.5. EL CENTRO MEDICO PARA RECLUSORIOS.
SU INTEGRACION

5.1. MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Diversa a la pena, que en su concepción más técnica ha sido definida como la "la privación o restricción de bienes jurídicos impuestas conforme a la Ley, por los órganos jurisdiccionales competentes, al culpable de una infracción penal" (77), la medida de seguridad nomina varios recursos del Estado o la sociedad para educar, corregir, curar, separar y readaptar personas que han incurrido en la comisión de delitos.

Los destinatarios de las medidas de seguridad han sido, históricamente, de variada índole. Así, en España, desde el siglo XVII fueron fundados establecimientos en que eran reclusas prostitutas y mujeres vagabundas. Se le conoció con el nombre de "Galeras de Mujeres". En el siglo XVIII existió la Casa de Corrección de San Fernando de Jarama, siendo sus internados hombres y mujeres, sumidos antes en la vagancia y la malvivencia, y a quienes se trataba de reformar. Los Códigos penales españoles de 1848 y 1870 concibieron el internamiento en manicomio de locos-delincuentes.

Pero, la sistematización de las medidas de seguridad aparece inicialmente en el primer anteproyecto de Código Penal suizo, de 1893, pasando, a través de los anteproyectos de Código Penal alemán y austríaco, prácticamen

(77) Eugenio Cuello Calón, La Moderna Penología, Barcelona, 1974, Casa Editorial Bosch, p.16.

te a todas las legislaciones.

Los tratadistas están acordes en considerar a las medidas de seguridad como especiales medios preventivos, privativos o limitativos de bienes jurídicos, impuestos por los órganos estatales competentes a determinados delincuentes, a efecto de alcanzar alguno de los siguientes objetivos:

1.- Su readaptación a la vida social, rubro bajo el cual se comprenden las medidas de educación, de corrección y de educación.

2.- Su separación de la vida social, que entraña las medidas de aseguramiento de delincuentes inadaptables.

3.- La prevención de la comisión de nuevos delitos.

En cuanto a las medidas de readaptación, comprenden:

a).- El tratamiento de los menores y jóvenes delincuentes.

b).- El tratamiento e internamiento de delincuentes enfermos y anormales mentales.

c).- El internamiento de delincuentes alcoholizados y toxicómanos.

d).- El internamiento de vagos y refractarios al trabajo.

e).- La sumisión al régimen de libertad vigilada.

Las medidas de separación de la vida social, comprenden:

a).- La reclusión de seguridad de delincuentes habituales peligrosos; y

b).-El internamiento de locos criminales.

El grupo de medidas de prevención abarca:

a).- La caución de no ofender.

b).- La expulsión de delincuentes extranjeros.

c).- La prohibición de residir en ciertas localidades.

d).- La prohibición de frecuentar determinados lugares, tales como sitios donde se expenden bebidas alcohólicas, etc..

e).- La obligación de residir en un punto designado.

f).- La interdicción del ejercicio de determinadas profesiones o actividades.

g).- El cierre de establecimientos.

h).- En algunos países, la castración de delincuentes sexuales peligrosos.

Nuestro Código Penal, en su artículo 24, previene las siguientes medidas de seguridad:

a).- Reclusión de locos, sordomudos, degenerados y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estu

pefacientes o psicotr6picos.

b).- Confinamiento.

c).- Prohibici6n de ir a lugar determinado.

d).- P6rdida de los instrumentos del delito.

e).- Confiscaci6n o destrucci6n de cosas peligrosas o nocivas.

f).- Amonestaci6n.

g).- Apercibimiento.

h).- Cauci6n de no ofender.

i).- Suspensi6n o privaci6n de derechos.

j).- Inhabilitaci6n, destituci6n o suspensi6n de funciones o empleos.

k).- Vigilancia de la policia.

l).- Suspensi6n o disoluci6n de sociedades.

m).- Medidas tutelares para menores.

Seg6n destaca con toda certeza Jim6nez de As6a, las medidas preventivas tienen por objeto combatir la delincuencia latente o peligrosidad predilectiva, y son ajenas a todo criterio de retribuci6n conectado con el pasado; miran al futuro, al tiempo que hacen patente la peligrosidad del sujeto. Tratan de impedir delitos de un hombre que ha demostrado ser temible, lo cual indica que no se trata de conseguir una prevenci6n general, sino fines espec6ficos que representan

utilidad para la sociedad. Consecuentemente, las funciones teleológicas de las medidas de seguridad son:

1.- De ayuda y mejora, en las medidas correccionales.

2.- De habituación al trabajo, como las establecidas para los vagos y prostitutas, que son autores de pequeñas infracciones que no toman las proporciones de verdaderos delitos, pero que hacen ostensible su antisocialidad.

3.- Funciones de curación, para los enfermos de la mente y los psicópatas, los bebedores consuetudinarios y los toxicómanos; y

4.- De custodia, que se impone a los delincuentes habituales e incorregibles (78)

Como se aprecia; las medidas preventivas a que alude el ilustre tratadista español, se diferencian de las medidas de seguridad en que se aplican sin la previa comisión de un delito, lo que entraña el problema de que pueden constituir violaciones constitucionales en agravio de sus destinatarios. De lo que se infiere que sólo las llamadas medidas de seguridad son las aplicables en los sistemas de Constitución democrática, y desde luego, previa comisión de algún delito típicamente descrito.

(78) Cfr., Carlos Fontán Balestra, Derecho Penal, Introducción y Parte General, p. 78.

Tal sucede en nuestro medio, pues ya mencionamos, es pecíficamente con referencia a nuestro tema de los enfermos mentales, que, a tenor del artículo 68 del Código Penal, serán reclusos en manicomios o departamentos especiales, siempre y cuando hayan ejecutado hechos o incurridos en omisiones definidas como delitos.

Esa aplicabilidad y función de las medidas de seguridad, sean claramente justificadas por los penalistas, al expresar que si el presupuesto de la pena es la responsabilidad moral, y aquélla la única consecuencia posible del delito, a los menores delincuentes y a los enfermos mentales debería dejárseles en libertad, pero con el concepto de peligrosidad se hace posible y lógica la aplicación de sanciones a unos y otros, surgiendo así las llamadas medidas de seguridad (79).

5.2. PELIGROS SOCIALES.

La noción de peligrosidad se funda o substituye a la de "temibilidad", término creado por Garófalo desde 1877 y con el cual designó "la perversidad activa y constante del delincuente y la cantidad posible de mal que hay que temer de parte del mismo delincuente", encontrando así, en el concepto, dos aspectos, a saber:

(79) Cfr. Carlos Fontán Balestra, Derecho Penal, Introducción y Parte General, p. 78.

1.- El subjetivo, que consiste en la perversidad del delincuente y describe el estado de una personalidad; y

2.- El objetivo, o sea, "la cantidad de mal que hay que temer del delincuente mismo" (80).

En esencia, es ese concepto de la peligrosidad el que fundamenta la aplicación de las medidas de seguridad en general, pero esa propia noción fue aclarada por varios juristas italianos al observar que la peligrosidad era la causa de la temibilidad y ésta su efecto, su reflejo social; así la temibilidad aparecía como una noción lógicamente secundaria y que indebidamente se había antepuesto en la formulación de la condición positivista de la penalidad; ajena al delincuente se asentaba la peligrosidad, pero el temor que provocaba era una consecuencia que se determinaba como atributo psicosocial en los terceros. Fue así que la palabra temibilidad fue reemplazada con frecuencia por los vocablos "peligrosidad" o "estado peligroso", pero ese cambio no modificó otra idea básica de Garófalo: que la pena debe estar en función del ser del criminal y no del hacer-criminoso (81).

Esta frase equivaldría a la de Ferri: "No hay delitos sino delincuentes", afirmación que resultó ser la base esencial de la escuela Positiva, misma que entre sus pronunciamientos sostuvo el de los sustitutivos penales, que integran un sistema de medidas que deben adoptarse para

(80) Rafael Garófalo, *Criminología*, Madrid, 1912, Trad. de Pedro Borrajo, pp. 49-50.

(81) Alfredo Rocco, *L'oggetto del reato e della tutela giuridica penale*, Turín, 1913, pp. 315-316.

prevenir a la delincuencia y que es congruente con el principio de que "más importante que reprimir es prevenir", - evitando así la manifestación de los estados peligrosos, - al anularse o debilitarse las influencias negativas que desencadenan la conducta criminal. Sobre esas bases la citada Escuela proclamó los postulados siguientes:

a).- El verdadero fin de la justicia penal no es el delito sino el delincuente, quien por medio de su conducta revela su estado peligroso.

b).- El delincuente se ve determinado por factores que descartan el libre albedrío como fundamentación de la sanción.

c).- El delincuente no debe recibir penas, sino que debe ser sujeto a medidas de seguridad proporcionadas a su estado peligroso, ya que más que un delincuente es un enfermo.

d).- Todo infractor que penalmente pueda ser responsable o no, debe ser objeto de medidas de seguridad atendiendo a su peligrosidad.

e).- Lo más importante son las medidas de prevención del delito (sustitutivos penales), pues la represión tiene una eficacia restringida y no contempla las causas o factores de la criminalidad.

f).- Por último, el régimen penitenciario debe tener

por objeto la reeducación de los infractores readaptables, o la segregación de los incorregibles.

Es así como la fórmula deseada por Ferri de que "no hay delitos sino delincuentes", superada por la de Quintilia no Saldaña de que "no hay delincuentes sino hombres". resume el pensamiento de esta ilustre Escuela, cuyos efectos - todavía se dejan sentir cien años después (82).

De todo lo anterior se desprende que los peligros - sociales que entraña la criminalidad dependen, en última - instancia y en mayor grado, de la temibilidad de los delincuentes declarados en potencia; y es precisamente en razón de ello que las medidas de seguridad asumen superior importancia respecto de las penas, mismas con las que tienen - las siguientes diferencias:

a).- La pena contiene una noción retributiva, inadmisible en las medidas de seguridad, aun cuando hoy no puede afirmarse que la pena sea sólo retribución.

b).- La pena se fundamenta en la imputabilidad y la medida de seguridad en la peligrosidad del individuo.

c).- La pena sólo es concebible como consecuencia - de un delito, mientras que la medida de seguridad, teóricamente, es procedente sin delito.

d).- La medida de seguridad ha de ser indeterminada puesto que se basa en una deficiencia personal del sujeto, en tanto que la pena ha de ser determinada.

(82) Orellana Wiarco, ob. cit., pp.94-95.

e).- La medida de seguridad supone tratamientos diversos, y la pena es una sola.

No obstante las anteriores diferencias, no debe desconocerse que penas y medidas de seguridad propone, como fin último, la readaptación y resocialización del individuo, que es el procedimiento racional para evitar la comisión de delitos (83).

5.3. DIAGNOSTICO.

Teniendo como objetivo conocer exhaustivamente al individuo que ha cometido un delito, el diagnóstico puede ser individual, grupal o institucional.

El diagnóstico individual es el conocimiento de los múltiples y complejos aspectos de la personalidad del delincuente; y en él se utilizan por lo general las siguientes técnicas:

1.- Historia Clínica, que se refiere a la historia personal del sujeto, comprendiendo la evolución de sus deficiencias (psicológicas especialmente en el caso de enfermos mentales) y las peculiaridades del contexto familiar y social haciendo referencia preferente sobre escolaridad y aspectos de agresividad y peligrosidad.

(83) Fontán Balestra, ob. cit., p.178 y sigs.

2.- Tests Mentales, que permiten conocer la capacidad intelectual.

3.- Tests Proyectivos, que permiten el conocimiento de la proyección de los conflictos, tendiendo a explorar los aspectos no cognitivos de la personalidad.

4.- Inventarios de Personalidad, que permiten conocer los rasgos de la personalidad, comprendiendo áreas tales como manifestaciones neuróticas, psicóticas, ideas obsesivas, tendencia sádicas y masoquistas, psicopatías, etc..

5.- Tests de Intereses y de Actividades, que tienen por objeto señalar las tareas que puede desarrollar el interno dentro de una institución, así como su aprendizaje.

6.- Entrevistas localizadas y abiertas, que constituyen técnicas sumamente valiosas, ya que permiten aprehender la situación global en la que el sujeto está envuelto.

Las técnicas deben seleccionarse teniendo en consideración la persona, edad, nivel educacional, nivel socio-cultural, comprensión del idioma (en relación a delincuentes indígenas), sintomatología de la problemática personal, etc., y toda vez que cada individuo es único, singular, las técnicas que se llevan a cabo deben tender a la individualización.

En cuanto al diagnóstico grupal, se realiza ya especialmente en el establecimiento penitenciario, y recae sobre grupos determinados, como los que trabajan en algún ta

ller, los alojados en un mismo dormitorio, etc..

Aunque la tarea del diagnóstico en general es de índole individual, la interpretación puede realizarse en forma grupal.

Por último, respecto al diagnóstico institucional, se destina "a conocer las características psicológicas que presenta la institución o la organización", comprendiendo una tarea en todos los niveles del establecimiento y utilizando las técnicas consistentes en entrevista individual, tests colectivos y análisis de la comunicación.

Obviamente, la base de un adecuado tratamiento es indudablemente un correcto psicodiagnóstico, con vistas a atenuar la agresividad del individuo antisocial, hacer conscientes aspectos inconscientes en cuanto a sus conductas psicológicas, sensibilizarlo en relación a su afectividad, favorecer relaciones interpersonales estables, lograr que pueda canalizar sus impulsos y verbalizar su problemática (84).

5.4. PROCEDIMIENTO.

El estudio médico-forense de los infractores en el período de investigación judicial, debe comprender cinco partes esenciales, a saber:

(84) Hilda Marchiori, ob. cit., p. 8 y sigs..

1.- Los antecedentes penales, que comprenden la confrontación de las impresiones dactilares del sujeto en el Archivo General de Identificación.

2.- Los antecedentes sociales, que a su vez comprenden dos partes fundamentales:

a).- Los relativos al delito que se investiga y que entraña una función de la competencia de la policía judicial.

b).- Los que debe indagar el Trabajo Social-Judicial, respecto de la situación familiar, pedagógica, - laboral y económica del sujeto.

3.- El examen médico, para establecer el estado de salud física o su ausencia, caso este último que debe hacerse constar mediante la exploración de los caracteres fisiológicos significativos, porque cuando se apartan de los normales, indican desviaciones del estado de salud.

En este punto, debe mencionarse que el Dr. José Gómez Robleda y sus colaboradores han formulado un cuadro - consignando los valores normales para el mexicano respecto de la correlación que debe existir, para precisar el estado somático, entre el peso, la estatura y el tipo. Así, en el braquítico, las calificaciones del peso son mayores que las de estatura; en el longitipo se observa la situación - contraria; y en el normotipo las dos calificaciones son - iguales (85).

En cuanto al sistema nervioso, los médicos legistas

(85) Cit., por Quiroz Cuarón, ob. cit., p. 898.

han de observar: la regulación autonóma (reflejo ocular-cardíaco, prueba de Strauss), circulación sanguínea (frecuencia - del pulso, tensión arterial máxima, tensión arterial mínima); circulación respiratoria (frecuencia de la respiración, capacidad vital, índice de Hutchinson, tiempo de apnea); temperatura corporal (periférica-axilar- y central-bucal); sistema de relación; recepción (agudeza visual, agudeza auditiva, - agudeza-táctil: efección (fuerza muscular).

Resulta interesante mencionar los siguientes aspectos de antítesis entre el braquitipo y el longitipo:

<u>E X T R O V E R T I D O</u>	<u>I N T R O V E R T I D O</u>
Comunicativo	Reservado
Práctico	Teórico
Realista	Idealista
Vulgar	Original
Imitador	Creador
Realizador	Proyector
Empírico	Intuitivo
Simplifica	Complica
Ordena	Organiza
Objetivo	Subjetivo
Activo	Pasivo
Rápido	Lento
Anticipado	Retardado
Agitado	Calmado
Variable	Constante
Inestable	Persistente

<u>EXTROVERTIDO</u>	<u>INTROVERTIDO</u>
Simultáneo	Sucesivo
Paciente	Impaciente
Decidido	Indeciso
Confiado	Desconfiado
Seguro	Inseguro
Prefiere la compañía	Prefiere la soledad
Imprudente	Prudente
Sentimental	Pasional
Tolerante	Exigente
Entusiasta	Indolente
Experimenta	Observa
Describe	Interpreta
Analiza	Sintetiza
Memoriza	Imagina

4.- El examen psicológico o estado de salud mental, ha de precisar, tras los exámenes y tests médicos y psiquiátricos conducentes, el cúmulo de circunstancias que permiten establecer si hay alguna deficiencia mental y cuál es.

Entre esos diversos datos y factores que ha de arrojar la observación completa de la personalidad del sujeto, deben anotarse los siguientes:

Núcleo relativo a familia...

Núcleo relativo a estudios ...

Núcleo relativo al trabajo ...

Núcleo relativo a enfermedades...

Núcleo relativo a la economía...

Núcleo relativo a sentimientos de culpa...

Asimismo; el examen debe:

Indicar el grado de fantasía...

Describir lo que interesa al sujeto...

Indicar los grados y describir su memoria de evocación...

Precisar el grado de la rapidez de sus procesos mentales...

Describir el grado de la lesión, si la hay...

En cuanto a la estructura de la personalidad, el resultado del examen ha de consignar: la madurez, el control, la debilidad emocional o impulsividad, la extroversión, la-introversión.

Respecto a la actitud social, precisará el examen los siguientes puntos:

Actitud de educación al grupo:

Carácter: dominante, agresivo (en la familia, en el ambiente);

Idoneidad para establecer relaciones;

Hostilidad;

Susplicacia.

En lo que atañe a las modalidades particulares de reacción, debe determinarse si el sujeto es: ansioso, histé

rico, obsesivo, resignado, depresivo, así como sus sentimientos de culpa.

En torno a la sexualidad, si es: normal, idóneo, - para relaciones heterosexuales; si tiene perversiones instintivas; si es de homosexualidad encubierta o manifiesta.

Finalmente, la quinta parte del estudio integral de la personalidad del sujeto, contendrá una síntesis de cada uno de los informes y conclusiones.

Si los peritos médicos y psiquiatras determinan que el sujeto infractor es un enfermo mental, deben aplicarse medidas curativas del todo personales, pues suponiendo tales medidas en tratamiento médico, que es elemento esencial de la readaptación, ellas, han de ser adaptadas a la personalidad del delincuente, o sea, deben ser individualizadas plenamente.

La reforma penal alemana contenida en el Proyecto de Código de 1960, ha aportado las siguientes conclusiones en materia de medidas de seguridad y corrección:

1.- Internamiento en un sanatorio para inimputables crónicos y peligrosos;

2.- Internamiento de los toxicómanos en instituciones de curación mediante la supresión progresiva de las drogas;

3.- El internamiento en una casa de trabajo para los delincuentes de criminalidad asocial menor;

4.- La reclusión asegurativa para delincuentes habituales y reincidentes; (86)

5.- La detención preventiva de delincuentes jóvenes que muestren tendencia a derivar en delincuentes profesionales (87).

Junto al procedimiento médico a que hemos hecho referencia, para determinar el estado de salud del delincuente, y, en su caso, su enfermedad mental, se encuentra el procedimiento legal para enfermos mentales. En cuanto al trastorno mental transitorio, no ofrece particular importancia procesal, pues no se trata del juzgamiento de un enajenado, o sea, del enjuiciamiento de quien se halla privado, durante el proceso mismo, de sus facultades mentales. Interesa sólo la situación que se plantea cuando el inculcado carece de razón o la pierde mientras se desenvuelve el proceso.

En este punto, García Ramírez aclara que sólo el Código Federal estructura un procedimiento especial para quienes delinquieron siendo enfermos mentales, con la mira de aplicarles las medidas asegurativas de internamiento, malamente llamado reclusión por la ley material. Así, cuando se sospecha la alienación del inculcado (loco, idiota, imbécil) ha de sometérsele a examen médico, sin perjuicio de disponer su -

(86) Datos tomados de Quiroz Cuarón, ob. cit., p. 897 y sigs.
(87) Manuel Ossorio y Florit, "medidas de seguridad", Enciclopedia Jurídica Omeba, T. XIX, p. 429.

internamiento manicomial provisorio (artículo 495).

Acreditada que sea la alienación del inculcado, se abre el procedimiento especial, en el que la investigación sobre los hechos, la participación del reo en éstos y la personalidad del mismo, quedan confiadas al recto criterio y la prudencia del tribunal, sin sujeción a la forma judicial regular (artículo 496). Una vez comprobadas la infracción y la participación del reo en ésta, mediante solicitud del Ministerio Público y con audiencia de ésta propia institución, así como del defensor y del representante legal del alibado, en su caso, se falla sobre la hospitalización (artículo 497).

También interesa el caso del inculcado que "enloquece" durante el proceso. En tal supuesto, sobreviene la suspensión del procedimiento y, tras ella, el internamiento curativo, tanto según el Código del Distrito (artículo 68 y 477, fracción III), como en el federal (artículos 468 fracción III, y 498). Se dispone asimismo, que al cesar la causa de la suspensión, es decir, al sanar el alienado, se volverá al procedimiento penal ordinario que culminará, si acreditan el delito y la responsabilidad, en sentencia condenatoria. Obviamente, si nunca sana el procesado, jamás se reabrirá el ordinario y persistirá el tratamiento psiquiátrico hasta la muerte de aquél.

El propio autor en cita agrega un dato de suma im-

portancia: "En un plano distinto, el del Derecho Administrativo que aquí entronca con la prevención social y debe ser la puerta para el tratamiento de la peligrosidad-predilectiva, hemos de recordar que el artículo 426 del Código Sanitario faculta a las autoridades de este ramo para internar, previo el procedimiento legal correspondiente, al enfermo mental a quien considere peligroso para la sociedad"(88).

5.5. EL CENTRO MEDICO PARA RECLUSORIOS. SU INTEGRACION.

Al iniciarse los estudios de la supresión de Lecumberri como cárcel preventiva de la ciudad, para ser substituida por cuatro cárceles preventivas, con capacidad cada una para 1,200 internos, se creó una comisión para proyectar el Centro Médico de Reclusorios del Distrito Federal, misma que, teniendo presentes los artículos 67 y 68 del Código Penal del propio Distrito Federal, abordó la planeación de la nueva institución médico-penitenciario.

Se optó por el aludido nombre para dicho Centro, - pues en la denominación misma se perciben las disposiciones legales sobre el internamiento de los enfermos, procesados o setenciados -hombres-mujeres-, que necesariamente estarán a disposición de la autoridad judicial, -

(88) Ob. cit., pp. 557-558.

con padecimientos que exijan recursos adecuados para su diagnóstico y tratamiento, sin descuidar las procedentes-medidas de custodia.

La aludida comisión quedó integrada de la siguiente manera:

- 1.- Jefe del Gobierno del D.F.
- 2.- Procurador General de Justicia del Distrito Federal.
- 3.- El Director General de Obras Públicas del D.F.
- 4.- El Director General de Gobernación del D.F.
- 5.- El Asesor Técnico del Departamento del D.F., -
criminólogo Alfonso Quiroz Cuarón,
- 6.- El Jefe de la Oficina de Estudios y Evaluación de Proyectos del D.F.
- 7.- El Asesor de la Dirección General de Obras Públicas del D.F.
- 8.- El Director General de los Servicios Médicos del D.F.
- 9.- El Jefe de los Servicios Médicos Generales de la Dirección de Servicios Médicos.
- 10.- El Director de la Unidad de Programación Médica y Enseñanza de la Dirección General de Servicios Médicos del D.F.

El primer problema que se abordó fue el arquitectónico, tomándose en cuenta las dos vertientes: la jurídica y la médica. Ya en la fase diagramática, se definieron las diversas funciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas para enfermos mentales agudos y crónicos -hombres u mujeres-.

Así fue surgiendo el proyecto del edificio que ya se construyó en terreno localizado en Tepepan, Distrito Federal, sitio que está próximo a los hospitales psiquiátrico y neurológico más importantes del país, lo que permite el fácil traslado del personal especializado, médico y paramédico, de unas instituciones a otras y, a la vez, el fácil acceso a la enseñanza especializada en clínica -criminológica y en psiquiatría forense.

La nueva institución, con superficie de algo más de tres hectáreas, se encuentra distribuida en las siguientes áreas:

AREAS CUBIERTAS

Edificio "A", torre de hospitalización.

Servicios Generales A y B

Gobierno.

Ingreso y auxiliares de diagnóstico.

Hospitalización.

Quirófanos.

Residencias de médicos.

Cuarto de máquinas y elevador.

Aduana.

Pasos cubiertos (de aduana y visita de defensores y familiares).

Casa del administrador.

Aduana de autos.

Caseta de vigilancia, entrada.

(extensión total 6,224.06 m²)

Edificio "B"

Agudos, hombres y mujeres (1 piso).

(810.24 m²)

Edificio "C"

Talleres (1 piso)

(851.76m²)

Edificio "D"

Rehabilitación mujeres (2 pisos)

(1,812.23 m²)

Edificio "E"

Teatro, aula, visita defensores y familiares.

1 piso (1,332.09 m²)

Edificio "F"

Rehabilitables, hombres, dos pisos.

(1,812.23 m²)

Edificio "G"

Demenciados, hombres y mujeres. 1 piso.

Pasos cubiertos.

(1,393.53 m²)

Areas Exteriores

Jardinería. pavimentos, camino perimetral, áreas de servicio, foso experimental, rampas.

El costo de producción del establecimiento fue de setenta y cinco millones de pesos, y el mobiliario y equipo de diecisiete millones.

El programa de sus servicios comprende los siguientes:

1.- Sección psiquiátrica:

Hospitalización: 309 camas, 75% hombres y 25% mujeres.

Agudos: 22 camas, 55% hombres, 45% mujeres.

Crónicos rehabilitables: 208 cama, 65% hombres y 35% mujeres.

Crónicos demenciados: 72 camas. 78% hombres y 22% mujeres.

2.- Sección médico-quirúrgica:

Hospitalización: 32 camas.

Quirófanos: dos unidades.

Terapia intensiva.

Sala de expulsión.

3.- Servicios auxiliares de diagnóstico:

Consultorio: ocho unidades.

Laboratorio clínico.

Radiodiagnóstico.

Anatomía patológica.

4.- Servicios Generales:

Administración.

Visitante.

Servicio de biblioteca.

Habitaciones para médicos.

Jefatura y dormitorios de vigilantes.

Cocina.

Lavandería.

Comenta con acierto Quiroz Cuarón, de quien tomamos

estos datos, que esta importante obra, que viene a llenar una necesidad legal establecida desde los Códigos Penales de 1929 y 1931 y las aspiraciones de los mejores técnicos mexicanos, felizmente es ya una realidad material, después de nueve lustros de esperarla y después de pasado un siglo desde que César Lombroso hiciera su obra en el Manicmio Judicial de Turín, Italia (89)

(89) Ob. cit., p. 734 y sigs.

CONCLUSIONES

PRIMERA.

La Psicología y la Psiquiatría Criminales, en su carácter de ciencias pertenecientes al ámbito del Derecho Penal, y la Medicina Legal, en cuanto ciencia auxiliar del propio Derecho Punitivo, coadyuvan eficientemente para prestar la atención médica requerida en los casos de los enfermos mentales que delinquen.

SEGUNDA.

La Psiquiatría Médico-Legal o Forense es la disciplina que específicamente tiene por objeto el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los enfermos mentales cuyas acciones u omisiones los han situado dentro del ámbito del Derecho Penal.

TERCERA.

Desde el punto de vista genérico, son tres las anomalías mentales básicas: la psicosis o enfermedad mental propiamente dicha; la psicopatía o inferioridad mental y la anormalidad psíquica.

CUARTA.

La "inconsciencia" es un término que ha tomado carta de naturaleza en el campo jurídico-penal, pues designa, genéricamente, el estado producido por la amplia diversidad de enfermedades mentales y de trastornos mentales transitorios.

QUINTA.

La fracción II del artículo 15 del Código Penal con^{signa} como circunstancias excluyentes de responsabilidad - por ausencia de imputabilidad:

- a).- La inconsciencia debida al empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes;
- b).- La inconsciencia motivada por tox infecciones; y
- c).- La inconsciencia por trastornos mentales de carácter patológico y transitorio.

SEXTA.

El enfermo mental, por carecer de imputabilidad-elemento imprescindible para la existencia del delito- no puede asumir el carácter de sujeto activo del mismo desde el punto de vista estrictamente dogmático.

SEPTIMA.

Consecuentemente, no se irroga a la conducta del enfermo mental una pena, sino una medida de seguridad, que sólo mira a su curación y la sucesiva resocialización.

OCTAVA.

En su calidad de sujeto pasivo del delito, el enfermo mental cuenta, en el ámbito del Derecho Punitivo, con un proteccionismo especial, como lo acreditan, entre otros, - los artículos 201 y 266 del Código Penal.

NOVENA.

El enfermo mental no puede ser destinatario del juicio de reprochabilidad penal, pues el presupuesto indecli_nable de la culpabilidad es la imputabilidad y él carece de la capacidad psíquica delictiva.

DECIMA.

No obstante lo anterior, el enfermo mental puede - ser sujeto activo de defensa legítima, porque su incapaci_-dad mental no excluye sus instintos y reacciones vitales.

DECIMOPRIMERA.

La legítima defensa cabe contra un inimputable, dada la naturaleza objetiva tanto de la agresión como de la antijuridicidad.

DECIMOSEGUNDA.

Las causas de inimputabilidad se ubican en tres grandes grupos:

a).- Inimputabilidad genérica determinada normativamente (menores, sordo-mudos).

b).- Inimputabilidad específica (trastorno mental involuntario, transitorio y miedo grave).

c).- Inimputabilidad absoluta (enfermos mentales).

DECIMOTERCERA.

La peligrosidad, en cuanto potencialidad lesiva del sujeto, apunta como la fundamentación esencial de las modernas medidas de seguridad.

DECIMOCUARTA.

Sólo el Código Federal de Procedimientos Penales -

previene un procedimiento especial para quienes delinque-
ron siendo enfermos mentales. Por ende es deseable que las-
disposiciones relativas sean incorporadas en el Ordenamien-
to similar del Distrito Federal.

DECIMOQUINTA.

El Centro Médico para Reclusorios se ha constituido
en la garantía mejor y más reciente de los objetivos de la-
Medicina Legal en el ámbito penal, destacando en él las fun-
ciones tendientes a la atención, curación y readaptación de
los enfermos mentales.

LEGISLACION CONSULTADA

- CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL
- CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL
- CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES
- CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL
- CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
- LEY FEDERAL DE RADIO Y TELEVISION
- LEY FEDERAL DEL TRABAJO
- REGLAMENTO DE PUBLICIDAD PARA ALIMENTOS, BEBIDAS Y MEDICAMENTOS

B I B L I O G R A F I A

- ANTOLISEI, FRANCESCO. Manual de Derecho Penal, Buenos Aires, 1960.
- ARISTOTELES. Moral a Nicómaco, Editorial El Ateneo, Libro V.
- BETTIOL GIUSSEPPE. Derecho Penal, Bogotá, Editorial Temis, - 1945.
- CARRANCA Y TRUJILLO, RAUL. Derecho Penal Mexicano, México, Editorial Porrúa.
- CASTELLANOS TENA, FERNANDO. Lineamientos de Derecho Penal, - México, Editorial Porrúa, 1971.
- COLIN SANCHEZ, GUILLERMO. Derecho Mexicano de Procedimientos Penales, México, Editorial Porrúa, 1977.
- CUELLO CALON, EUGENIO. Derecho Penal, Barcelona, 1956, T.I.
- CUELLO CALON, EUGENIO. La Moderna Penología, Barcelona, Casa Editorial Bosch, 1974.
- ESCRICHE, JOAQUIN. Diccionario Razonado de Legislación y Jurisprudencia, Madrid, 1880.
- FIGUERAS Y ZIMMAN. Tratado Elemental de Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial López y Etchegoyen, 1947.
- FONTAN BALESTRA, CARLOS. Derecho Penal, Introducción y Parte General.
- FONTAN BALESTRA, CARLOS. El Elemento Subjetivo del Delito, - Buenos Aires, Editorial Roque Depalma, 1957.
- FRANCO GUZMAN, RICARDO. La Culpabilidad y su aspecto negativo, Criminalia, 1956.
- GARCIA RAMIREZ, SERGIO. La imputabilidad en el Derecho Penal Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas U.N.A.M., - 1968.
- GAROFALO, RAFAEL. Criminología, Madrid, 1912.
- GONZALEZ DE LA VEGA, FRANCISCO. Código Penal Comentado, Editorial Porrúa, 1981.

HENRY, E.. Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Editorial Torray Masson, 1961

JIMENEZ DE ASUA, LUIS. Las Penas y las Medidas de Seguridad, Buenos Aires, 1958, T. II.

JIMENEZ DE ASUA, LUIS. Tratado de Derecho Penal, Buenos Aires, 1951, T. III.

JIMENEZ HUERTA, MARIANO. La Antijuricidad, México, Imprenta Universitaria, 1952.

JIMENEZ HUERTA, MARIANO. Panorama del Delito, México, Imprenta Universitaria, 1950.

LAROUSSE, Diccionario Enciclopédico Ilustrado, París, 1955.

LOPEZ-REY, MANUEL. Criminalística, en Enciclopedia Jurídica - Omeba, Buenos Aires, Editorial Bibliográfica, Argentina, 1968, T. V.

MAGGIORE. Derecho Penal, Bogotá, Editorial Temis, 1954, T. I.

MARCHIORI, HILDA. Psicología Criminal, México, Editorial Porrúa, 1980.

MENDOZA, JOSE RAFAEL. Curso de Derecho Penal Venezolano, Caracas, 1945, T. I.

MEZGER, EDMUNDO. Tratado de Derecho Penal, T. II.

NOCETTI FASOLINO, ALFREDO. Sujeto pasivo del Delito, en Enciclopedia Jurídica Omeba, T. XXV.

NUÑEZ, RICARDO. Conceptos Fundamentales acerca de la Antijuricidad, en Revista Jurídica de Córdoba, Argentina, 1942.

ORELLANA WIARCO, OCTAVIO. Manual de Criminología, México, - Editorial Porrúa, 1978.

OSSORIO Y FLORIT, MANUEL. Medidas de Seguridad, en Enciclopedia Jurídica Omeba, T. XIX.

PORTE PETIT, CELESTINO. Apuntamiento de la Parte General de Derecho Penal, México, Editorial Porrúa, 1977.

QUIROZ CUARON, ALFONSO. Medicina Forense, México, Editorial Porrúa, 1980.

RAMIREZ COVARRUBIAS, GUILLERMO. Medicina Legal, México, Editorial Virginia, 1979.

ROCCO, ALFREDO. De la Tutela Jurídica Penal, Turín, 1913.

SALVATORE, LUIGI. Diccionario Médico, Barcelona, Editorial Teide, 1963.

SIMONIN, CAMILE. Medicina Legal Judicial, Barcelona, Editorial Jims, 1973.

VALLEJO NAJERA, A.. "Sobre el Diagnóstico de la Epilepsia - Simulada", en el Siglo Médico, 1926.

VALLEJO NAJERA, A.. Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Editorial Salvat, 1944.

VELA TREVIÑO, SERGIO. Culpabilidad e Inculpabilidad, México, Editorial Trillas, 1977.

VILLALOBOS, IGNACIO. Derecho Penal Mexicano, México, Editorial Porrúa, 1960.

WEYGANDT, W.. Psiquiatría Forense, México, Editorial Nacional, 1959.

WOLFF, WERNER. Introducción a la Psicopatología, México, - Breviarios del Fondo de Cultura Económica, 1970.