

00721
60



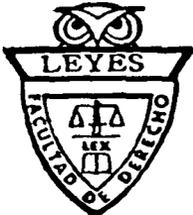
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO PENAL**

**"PROBLEMATICA MEDICO CRIMINAL
DEL ENFERMO MENTAL".**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
L I C E N C I A D O E N D E R E C H O
P R E S E N T A:
NAYARA GUADALUPE ARELLANO MALDONADO

ASESOR DE TESIS: LIC. ANIBAL GUILLERMO CUEN RODRIGUEZ



CD. UNIVERSITARIA

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO PENAL
OFICIO INTERNO FDER/250/SP/11/03
ASUNTO: APROBACION DE TESIS

DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACION
ESCOLAR DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

La alumna **ARELLANO MALDONADO NAYARA GUADALUPE**, ha elaborado en este Seminario a mi cargo y bajo la dirección del LIC. ANÍBAL GUILLERMO CUEN RODRÍGUEZ, la tesis profesional intitulada "PROBLEMÁTICA MÉDICO CRIMINAL DEL ENFERMO MENTAL", que presentará como trabajo recepcional para obtener el título de Licenciado en Derecho.

El profesor LIC. ANÍBAL GUILLERMO CUÉN RODRÍGUEZ, en su calidad de asesor, nos comunica que el trabajo ha sido concluido satisfactoriamente, que reúne los requisitos reglamentarios y académicos, y que lo aprueba para su presentación en examen profesional.

Por lo anterior, comunico a usted que la tesis "PROBLEMÁTICA MÉDICO CRIMINAL DEL ENFERMO MENTAL" puede imprimirse, para ser sometida a la consideración del H. Jurado que ha de examinar a la alumna **ARELLANO MALDONADO NAYARA GUADALUPE**.

En la sesión del día 3 de febrero de 1998, el Consejo de Directores de Seminario acordó incluir en el oficio de aprobación la siguiente leyenda:

"El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad"

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D. F., 15 de noviembre de 2003

LIC. JOSE PABLO PATINO Y SOUZA.
DIRECTOR DEL SEMINARIO DE DERECHO PENAL

DEDICO ESTE TRABAJO:

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este día.

A mis padres, Eva Maldonado Martínez y Gabriel Manuel Arellano Rivas, por haberme dado la vida, porque gracias a cada uno de sus esfuerzos, sacrificios, amor, apoyo incondicional y motivación, hoy puedo estar aquí, por ser unos padres ejemplares, por cada uno de sus consejos y enseñanzas, todo mi amor.

A mis queridos hermanos, Julieta y Gabriel, parte fundamental en mi vida, por su amor y lealtad.

A mi abuelita +Lupita, mi amor eterno, por cada uno de sus cuidados y experiencias transmitidas, siempre en mi corazón donde quiera que esté.

A mis abuelitos +Manuel y +Julia, por su amor, siempre en mi memoria.

A mis tíos y primos por su cariño.

A Eduardo, mi gran amor y motivo, por su apoyo incondicional.

A mi querida y gloriosa, Universidad Nacional Autónoma de México de México, en particular a la Facultad de Derecho, por haberme dado la oportunidad de estudiar en sus aulas.

A mi asesor, Licenciado Anibal Guillermo Cuen Rodríguez, por cada una de sus enseñanzas, apoyo y atención prestada para la realización de este trabajo.

A mis profesores de la Facultad de Derecho, por cada uno de sus conocimientos transmitidos.

A Ivonne, por su apoyo y amistad incondicional.

A mis amigos y compañeros, Juan Pablo, Sandra, Karina, Luz María,, Adriana, José María, Víctor, Adriana Matzayani, Ivan, Diana, Edgar, Alejandro, Vanessa, Karla, Arleth, Bernardo, Adrian y Eliud, por su amistad.

A TODOS MI AGRADECIMIENTO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1 CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Trastorno mental y enfermedad mental-----	2
1.2 Trastorno mental permanente y transitorio-----	7
1.3 Imputabilidad-----	11
1.3.1 Imputabilidad disminuida	
1.4 Inimputabilidad-----	14
1.5 Penas y Medidas de Seguridad-----	15
1.6 Peligrosidad-----	17
1.7 Antecedentes Universales-----	21
1.7.1 Edad Media	
1.7.2 Renacimiento	
1.7.3 Siglo XVIII	
1.7.4 Siglo XIX	
1.7.4.1 Lombroso	
1.7.4.1.1 Clasificación del hombre delincente	
1.7.5 Siglo XX	
1.8 Antecedentes en México-----	37
1.8.1 Código Penal 1871	
1.8.2 Código Penal 1929	
1.8.3 Código Penal de 1931	
1.9 Historia de los hospitales psiquiátricos-----	40

CAPÍTULO 2 PSIQUIATRÍA MEDICA

2.1 Demencias, delirium y síndromes orgánicos-----	44
2.1.1 Definición y clasificación	
2.1.2 Demencia senil	
2.2 Epilepsias-----	47
2.2.1 Definición	
2.2.2 Aspecto médico-legal de la epilepsia	
2.3 Retraso mental-----	50
2.3.1 Definición	
2.3.2 Trastornos mentales y retraso mental	
2.3.3 Etiología y patogenia del retraso mental	
2.4 Alcoholismo-----	53
2.4.1 Definición	

2.4.2	Farmacología y fisiopatología del alcohol	
2.4.2.1	Dependencia del alcohol	
2.4.3	Psicosis alcohólica	
2.5	Farmacodependencias-----	57
2.5.1	Definiciones	
2.5.2	Opio, morfina y heroína	
2.5.3	Barbitúricos	
2.5.4	Benzodiacepinicos y tranquilizantes	
2.5.5	Cocaína	
2.5.6	Marihuana y cannabinoides.	
2.5.7	Anfetaminas	
2.5.8	Inhalantes	
2.5.9	Ácido lisérgico y alucinógenos	
2.5.10	Psicosis por sustancias psicoactivas	
2.6	Trastornos afectivos maniaco-depresivos-----	69
2.6.1	Definición	
2.6.2	Etiología y neurobiología	
2.7	Las esquizofrenias-----	74
2.7.1	Definición	
2.7.2	Causas de la esquizofrenia	
2.7.3	Descripción clínica de la esquizofrenia en general	
2.7.4	Clasificación de la esquizofrenia	
2.8	Trastornos de la personalidad-----	84
2.8.1	Definiciones	
2.8.2	Psicología de la personalidad	
2.8.3	Trastorno con conductas antisociales	
2.9	Trastornos sexuales-----	92
2.9.1	La conducta sexual humana	
2.9.2	Patogenia y etiología	

CAPÍTULO 3

UBICACIÓN JURÍDICA DEL ENFERMO MENTAL

3.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos-----	96
3.2	Ley General de Salud-----	96
3.3	Ley que Establece Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados-----	99
3.4	Aspectos civiles-----	100
3.5	Legislación Penal-----	102
3.5.1	Código Penal Federal	
3.5.2	Código Federal de Procedimientos Penales	
3.5.3	Código Penal para el Distrito Federal	
3.5.4	Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal	
3.6	Comisión Nacional de Derechos Humanos-----	112
3.7	Dictamen de Perito Psiquiatra-----	118

CAPÍTULO 4
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
DEL ENFERMO MENTAL

4.1	Conductas delictivas del enfermo mental	128
4.2	Diagnostico del enfermo mental	136
4.3	Internamiento del enfermo mental	137
4.4	Tratamiento del enfermo mental	140
4.5	Rehabilitación del enfermo mental	140
4.6	Diagnostico y tratamiento psicológico en prisión del enfermo mental	141
4.7	Análisis de las instituciones psiquiátricas	144
CONCLUSIONES		147
PROPUESTA		150
BIBLIOGRAFÍA		152

/r

INTRODUCCIÓN

Por mucho tiempo el enfermo mental ha sido materia de estudio por parte de la Psiquiatría y el Derecho, ya que ambas disciplinas se ocupan de formas de conducta que son consideradas socialmente desviadas. En el aspecto médico se han realizado numerosas investigaciones a fin de determinar las causas de los distintos trastornos mentales. Así también, el Derecho Penal y la Criminología se han preocupado por estudiar la inimputabilidad y peligrosidad del sujeto; sin embargo, poco se han interesado estas disciplinas por proporcionar un adecuado tratamiento al enfermo mental, procurar su rehabilitación y su posible reintegración a la sociedad.

Si bien es cierto que los hospitales psiquiátricos tienen como fin el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, esto en la realidad no se lleva a cabo de manera adecuada, debido a la sobrepoblación, falta de preparación del personal o simplemente por el modelo médico psiquiátrico que se cierra y no permite la adecuada rehabilitación del enfermo y peor aun cuando se trata de enfermos mentales delincuentes ya que en su mayoría se les considera sumamente peligrosos y por consiguiente poco se hace por rehabilitarlos y muy por el contrario son segregados de la población y en muchos de los casos olvidados, sin respetarse sus derechos fundamentales como ser humano.

Jurídicamente el enfermo mental ha sido contemplado tanto en la legislación civil, penal sustantiva y adjetiva, en la Ley General de Salud, en la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, ha sido tema de diversos documentos por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y motivo para la realización de foros y conferencias nacionales e internacionales; sin embargo de poco han servido, ya que en muchos de los casos no se aplican.

En nuestro país el enfermo mental está desprotegido por los poderes

públicos que deliberadamente dejan subsistir la situación actual con una verdadera despreocupación, sólo percibida en su auténtica dimensión por los familiares encargados del enfermo mental. El resto de la sociedad de vez en cuando tiene noticias de que existen "desequilibrados" por las páginas amarillistas de los periódicos.

Se mantiene una gran indiferencia por parte de la colectividad en relación con la desprotección social que sufren el enfermo y sus familias. El gobierno conoce el problema y aparte de una discreta atención médica, no hace nada.

El enfermo mental es considerado por la sociedad como una amenaza social, es señalado por su condición de diferente y al ser también delincuente se le recluye como medida de seguridad. El inconveniente es que algunas veces se cometen violaciones a las leyes, derechos humanos y se utiliza a dichas instituciones para internar como locos a sujetos que no lo son o también en muchos de los casos no se lleva a cabo el juicio previo al internamiento en instituciones psiquiátricas.

Otro problema consiste en la situación económica de la familia del enfermo mental delincuente, ya que en muchos de los casos éstas no cuentan con los recursos necesarios para mantener su tratamiento y los abandonan, volviéndose un problema para los internos y la institución carcelaria.

Tal realidad nos lleva a la necesidad de crear conciencia respecto a la situación del enfermo mental en nuestro país. El estado debe exigir se apliquen estrictamente las leyes que existen al respecto, que se amplíen en su caso y de ser necesario realizar otras leyes, siempre con el fin de mejorar su tratamiento, rehabilitación y hacer que se respeten sus derechos.

También es necesario atender de manera adecuada al delincuente enfermo mental, ya que en muchos de los casos el tratamiento psiquiátrico y psicológico

en prisión es deficiente y a veces nulo, por lo que se vuelve víctima de maltrato físico y moral por parte de los demás reclusos.

Asimismo, es importante revisar los conceptos de imputabilidad, peligrosidad y medidas de seguridad, tal y como se ha hecho en otros países como los es España entre otros.

Así para establecer el grado de inimputabilidad del enfermo mental que ha cometido un hecho delictivo, el establecimiento del diagnóstico podrá ser útil, pero no definitivo, por lo cual el perito en psiquiatría no debe ser tajante en sus conclusiones, estando obligado entonces a trasladar al ánimo del juez la dificultad que plantean estos casos; así como, el componente de subjetividad que puede tener su informe.

De igual forma, desde un punto de vista estrictamente teórico, para la aplicación de las medidas de seguridad previstas, será preciso determinar la peligrosidad criminal.

La determinación de la peligrosidad plantea grandes dificultades. Los métodos utilizados regularmente: entrevista clínica, aplicación de tests psicológicos, encuesta social y otros, no son muy útiles porque definen a colectivos, no a individuos. Quizás puedan ser más útiles, en determinados casos, otros criterios como son la aceptación del trastorno mental que tenga el afectado aunado a el apoyo familiar y social con que cuente.

En cualquier caso, la peligrosidad no es un diagnóstico estrictamente médico y los médicos deben renunciar a realizar juicios concluyentes en este campo.

El presente trabajo de investigación tiene por objeto profundizar en el estudio del enfermo mental delincuente, en el aspecto médico y criminal a fin de

conocer los principales trastornos mentales, sus causas, de que manera pueden derivar en conductas antisociales o criminales, cuál es su peligrosidad, cómo se lleva a cabo su diagnóstico y tratamiento en las instituciones psiquiátricas y qué sucede con aquellos delincuentes que se vuelven locos estando en prisión.

Propiamente, trata de buscar una solución para que se mejore el cuidado y tratamiento del enfermo mental delincuente a fin de lograr su rehabilitación de manera real.

PAGINACION DISCONTINUA

CAPÍTULO 1

CONSIDERACIONES

GENERALES

1. CONSIDERACIONES GENERALES

SUMARIO: 1.1 Trastorno y enfermedad mental. 1.2 Trastorno mental permanente y transitorio. 1.3 Imputabilidad. 1.3.1 Imputabilidad disminuida. 1.4 Inimputabilidad. 1.5 Penas y Medidas de Seguridad. 1.6 Peligrosidad. 1.7 Antecedentes Universales. 1.7.1 Edad Media. 1.7.2 Renacimiento. 1.7.3 Siglo XVIII. 1.7.4 Siglo XIX. 1.7.4.1 Clasificaciones del hombre delincuente. 1.7.5 Siglo XX. 1.8 Antecedentes en México. 1.8.1 Código Penal 1871. 1.8.2 Código Penal 1929. 1.8.3 Código Penal de 1931. 1.9 Historia de los hospitales psiquiátricos.

1.1 Trastorno mental y enfermedad mental.

La expresión trastorno mental tiene un significado distinto según se le use, en un sentido restringido médico y equivalente a enfermedad mental, o en un sentido amplio y general, como el que se le da en el lenguaje ordinario, que es el sentido jurídico, que quiso darle el legislador cuando utilizó la figura trastorno mental.

De acuerdo al diccionario de la lengua española, el vocablo trastornar, se concibe como la acción de volver las cosas de arriba abajo; inquietar o perturbar, y mente significa, potencia intelectual, razón, entendimiento, inteligencia, voluntad.¹

Por lo tanto del análisis de las palabras trastornar y mente, se deduce de manera sencilla, que *trastorno mental* es toda aquella alteración o perturbación que afecta la inteligencia, pensamiento y voluntad.

Asimismo se entiende por inteligencia, "la capacidad general del individuo para ajustar o adaptar conscientemente su pensamiento a nuevas exigencias, es la capacidad de adaptación mental general a nuevos deberes y condiciones de

¹ Diccionario de la lengua española. 33ª edición. Editorial Porrúa. México 2000. Págs. 287 y 436.

vida, es el poder enfrentarse a una situación nueva, elaborando una respuesta, y reacción de adaptación rápidamente y con éxito".²

Es importante mencionar que los *trastornos mentales* se refieren a afecciones psíquicas y conductuales opuestas a las propias de los individuos que gozan de buena salud mental y en general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del cerebro, que afectan el equilibrio emocional, rendimiento intelectual y la adaptación social.

Sin embargo, la expresión trastorno mental no debe vincularse siempre a síntomas o manifestaciones de enfermedad mental; por el contrario pueden darse síntomas o signos de trastorno psíquico que no sean debidos a enfermedades sino a modos de reaccionar de los individuos ante situaciones especiales, como las llamadas reacciones vivenciales o a respuestas pasajeras con alteración del estado de conciencia y desorganización de la conducta.³

Por otra parte, la denominación trastorno mental en un contexto jurídico, interesa en cuanto perturba las capacidades de comprender la conducta ilícita y de decidir respecto a cometer o no la conducta.

En lo referente al concepto *enfermedad mental*, debe entenderse como el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional que poniéndose de manifiesto mediante síntomas provistos de tipicidad, acepta una etiología reconocida o postulada, en cuya virtud se produce una alteración de la personalidad que imposibilita adoptar una conducta acorde con los valores sociales en vigencia.⁴

² RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis. La Crisis Penitenciaria y los Substitutivos de la Prisión. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, 1984. Pág. 67.

³ SERPA FLORES, Roberto. Psiquiatría Médica y Jurídica. Editorial Temis. Santa fe de Bogotá, Colombia 1994. Pág. 138.

⁴ CABELLO, Vicente. Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Editorial Hammurabi. Buenos Aires 1981. Pág. 174.

Esta definición reúne cuatro elementos:

1. Un *proceso* que ocurre en el cerebro, a través del cual éste sufre cambios, ya que un cuerpo extraño invade la personalidad deteriorándola. Así se habla de alteración cuando se trata de lo orgánico y de trastorno cuando se refiere a lo funcional. El proceso puede ser lento o aparecer bruscamente mediante una crisis.
2. La *sintomatología*, que consiste en el carácter representativo que coincidiendo con una alteración o trastorno, enuncia una señal de su existencia.
3. La *causalidad*, asociando el concurso de causas, agregando los síntomas y jerarquizando los síndromes y en consecuencia clasificando las psicosis en: orgánicas, funcionales y mixtas.
4. *Alteraciones de la personalidad*, de tal manera que la psicosis va a afectar las funciones del yo, alterando la voluntad y provocando un comportamiento desordenado y poco apropiado, en relación al que asume el resto de la colectividad.

Las enfermedades mentales pueden dividirse en tres grandes grupos:

El primero comprende a aquellas de **causa orgánica conocida**, ya sea por una lesión cerebral que afecta las estructuras implicadas en la función mental de más alto nivel, integradora y simbólica o por perturbación funcional, pasajera, de las mismas estructuras, por causas conocidas, infecciosas, tóxicas y metabólicas. Entre las primeras están las *demencias* (demencia senil y preseniles) que originan pérdida progresiva e irreversible de la inteligencia, la memoria y el juicio, secundariamente cambios tanto del afecto como de la personalidad. En estas enfermedades mentales orgánicas, el compromiso de la función cognoscitiva es tan grave, que implica, que sean también trastornos mentales en sentido jurídico.

Otras lesiones cerebrales ya sean congénitas o adquiridas, pueden causar retraso mental que se caracteriza por un incompleto desarrollo de la inteligencia asociado a un nivel poco diferenciado del desarrollo de la personalidad. También aquí el trastorno mental de la función cognoscitiva es tan severo que equivale a trastorno mental en sentido jurídico.

Otros trastornos mentales orgánicos sicóticos se originan por la acción transitoria de sustancias tóxicas como el alcohol, marihuana, hachis, anfetaminas, opiáceos, etcétera, o se asocian a enfermedades generales que afectan al cerebro, produciendo el síndrome de insuficiencia cerebral aguda con perturbación del estado de conciencia y delirium agudo; estos estados son generalmente curables y equivalen desde el punto de vista jurídico al trastorno mental transitorio que no deja secuelas cuando se trata de infecciones o intoxicaciones pasajeras en pacientes que no padecen la acción continuada (crónica) de estas intoxicaciones, porque de serlo se trataría de trastorno mental permanente (en sentido jurídico).

El segundo grupo comprende aquellas **enfermedades mentales o psicosis**, en las cuales no se han hallado lesiones estructurales en el cerebro, pero hay muy probablemente alteraciones de la bioquímica cerebral y causas genéticas así como hereditarias, mismas que han sido llamadas psicosis endógenas o también psicosis funcionales. En este grupo, se encuentran las enfermedades mentales que perturban el sentido de realidad del individuo con su mundo ("las locuras en el lenguaje común"). Unas se caracterizan por perturbaciones severas y recurrentes de la afectividad como del estado de ánimo, provocando euforia o tristeza morbosa (depresión), estos son los trastornos afectivos mayores o enfermedades maniaco-depresivas o ciclotimias. Otras se caracterizan por una profunda desorganización y escisión de la personalidad, con pensamiento irracional y trastorno del sentimiento de la propia individualidad aunado a otras perturbaciones del afecto y de la conducta; conocidas como esquizofrenias.

En todos ellos hay trastorno mental en sentido médico y jurídico, pero con algunas excepciones, por ejemplo, en los trastornos afectivos maníaco-depresivos los pacientes tienen largos períodos de meses y años enteros, en los cuales no hay síntomas de la enfermedad pero sí están sujetos a la posibilidad de sufrir nuevos episodios o fases de manía o de melancolía; en estos intervalos libres de síntomas no hay trastorno mental en sentido jurídico. Como tampoco los hay en ciertos períodos de la esquizofrenia en los cuales se presentan remisiones o curaciones casi completas o en casos de defecto muy leve; son estos casos muy difíciles de dictaminar.

El tercer grupo de trastornos mentales comprende **las neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos**. Las neurosis se caracterizan por no tener una base orgánica demostrable; no se confunde la realidad con las experiencias meramente subjetivas; aunque la conducta puede estar afectada en cierto grado, la persona funciona y se adapta dentro de límites aceptables a la sociedad y la personalidad no se desorganiza.

Los trastornos de personalidad son patrones no adoptivos de conducta, profundamente arraigados en el individuo y que generalmente se reconocen desde la adolescencia: El criterio para identificar los trastornos de la personalidad es más social que médico.

En los trastornos de la personalidad y en las neurosis es más difícil dictaminar la presencia o ausencia de características que afecten la voluntad, el conocimiento y que sean incompatibles con la imputabilidad.

Los trastornos sexuales o desviaciones sexuales, así como los trastornos de conducta derivados de la dependencia de las drogas, han sido explicados como el resultado de perturbaciones del desarrollo de la personalidad en el área psicosexual en el primer grupo, y en el segundo como el desarrollo de conductas

en las que predomina la apetencia impulsiva e irrefrenable a consumir determinados fármacos que producen una serie de efectos en la conducta, principalmente la propensión a usarlos repetidamente, para experimentar sus efectos agradables o para eludir los efectos desagradables que su ausencia acarrea.⁵

1.2 Trastorno mental permanente y transitorio.

En términos jurídicos, *trastorno mental permanente*, equivale a lo que conocemos como enfermedad mental e implica una pérdida absoluta de la capacidad para reconocer lo lícito de lo ilícito; doctrinalmente contempla al enfermo con desarrollo mental retardado y los enfermos mentales (jurídicamente); en cambio se entiende por *trastorno mental transitorio*, una perturbación pasajera del juicio que cuando desaparece, puede dejar algunas huellas o secuelas o bien puede no dejarlas. Por lo tanto la diferencia esencial entre uno y otro radica en el factor temporal.

La jurisprudencia y la doctrina de varios países consideran que el trastorno mental transitorio es una eximente, en particular cuando el trastorno tiene su origen en causas patológicas; pero igualmente en algunos casos de pérdida pasajera de la conciencia.

El concepto de trastorno mental transitorio es aplicable principalmente a aquellos graves estados de alteración de la conciencia con desorganización de la conducta, provocados por las emociones de gran intensidad o por impulsos anormales que no sean evidentemente de origen orgánico.

También es ajustable el concepto de trastorno mental transitorio que no deja secuelas, a los estados psíquicos pasajeros producidos por el efecto de determinadas sustancias que actúan sobre el cerebro en forma aguda y

⁵ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Págs. 138 y 139.

temporal, produciendo perturbaciones severas del estado de conciencia, alterando la normal inhibición de ciertos impulsos, anulando la voluntad y alterando las emociones; por ejemplo las intoxicaciones agudas por alcohol, marihuana, anfetaminas, siempre y cuando se presenten en personas que no sean habituales consumidores de estos fármacos, pues en ese caso sería trastorno mental permanente.

La expresión jurídica trastorno mental transitorio no debe aplicarse a las enfermedades o a los trastornos mentales en sentido médico. Es más apropiado de los estados patológicos, producidos por fuertes e intensas emociones, o por estados agudos de intoxicación, que afectan el estado de conciencia y desorganizan pasajeramente la conducta.⁶

La deficiencia mental transitoria desde el punto de vista doctrinal y jurídico se define como:

"La pérdida temporal de las facultades intelectuales necesarias para la comprensión de lo antijurídico y para la actuación conforme a una valoración normal".⁷

Por lo tanto el sujeto únicamente será inimputable, cuando el trastorno mental transitorio afecte las facultades psíquicas cognoscitivas o volitivas, es decir, cuando dicho trastorno le impida al sujeto conocer o comprender la ilicitud de su comportamiento o determinar su actividad conforme a dicho conocimiento.

Para que el trastorno mental transitorio sea una excluyente, es necesario que el sujeto no se haya colocado en esa situación con el ánimo de cometer el delito, ya que de ser así, no podrá ser exento de responsabilidad criminal. Son estados de trastorno mental transitorio, la embriaguez, los originados por

⁶ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 141.

⁷ VELA TREVIÑO, Sergio. Culpabilidad e Inculpabilidad. 9ª reimpresión. Editorial Trillas. México 1992. Pág. 60.

enfermedades físicas, como el delirio, el estado de sonambulismo, el estado crepuscular epiléptico, etcétera.

Al respecto cito las siguientes tesis de jurisprudencia que a la letra dicen:

“TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO, EXCLUYENTE DE, NO INTEGRADA.- Para que exista el trastorno mental transitorio se requiere que la emoción se produzca en grado tal que altere las facultades mentales o prive al sujeto del uso normal de las mismas; es decir, que para que tenga eficacia como causa de inexistencia del delito, es necesario que el efecto que produce en el hombre que lo padece sea de tal naturaleza que afecte las facultades intelectivas superiores, que son indispensables para la comprensión de lo antijurídico del acto y para la autodeterminación acorde con una valoración normal, lo que no ocurre si se observa que el sujeto procedió bajo plenitud de control de su mecanismo razonador, no influido por el trastorno mental transitorio, máxime si pudo referir lo acaecido hasta en sus menores detalles, pues esta actitud en lugar de trastorno mental revela capacidad de querer y comprender la criminalidad del acto. Primera Sala, Tesis 76, página 52. Amparo directo 8026/86. Alfredo Correa Romero. 11 de noviembre de 1987. Unanimidad de votos. Ponente: Victoria Adato Green de Ibarra. Secretario: Raúl Melgoza Figueroa.”⁸

“TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO. CAUSA DE INIMPUTABILIDAD, LEGISLACIÓN ESTADO DE MÉXICO.- Doctrinariamente la imputabilidad es un presupuesto de la culpabilidad, considerándose aquella como la capacidad de entender y querer, pues se requiere que el individuo conozca la ilicitud de su acto y lo realice voluntariamente. La culpabilidad, en suma, exige que el sujeto tenga la capacidad de determinarse en función de lo que conoce. El artículo 19, fracción II, del Código Penal del Estado de México, establece como una causa de

⁸ SÉPTIMA ÉPOCA. Instancia. Primera Sala. Fuente. Semanario Judicial de la Federación. Volumen LXVIII. Pág. 52.

inimputabilidad el trastorno transitorio de la personalidad, producido accidental e involuntariamente. De ello se deriva que, aún aceptando la versión del acusado, respecto a que en compañía del ahora occiso compraron cemento y lo inhalaron en bolsas de polietileno, drogándose, sólo se demuestra que llegó a tal estado en forma voluntaria, por lo que resulta inoperante la causa de inimputabilidad aludida, cuya aplicación tiene, como presupuesto necesario, que el trastorno transitorio sea accidental o involuntario. Amparo directo 8075/85. Juan José Islas Dávila. 5 de marzo de 1986. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Francisco H. Pavón Vasconcelos. Secretaria: Ma. Eugenia Martínez de Duarte. Segunda Parte, Primera Sala, Tesis 48, página 32.⁹

"TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO, PRUEBA DE LA EXCLUYENTE DE.- No basta la aislada aseveración de un sujeto de que en los momentos de cometer el delito se encontraba en el estado psíquico a que se refiere la excluyente de trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio, pues para probar tal extremo se requiere opinión de peritos en psicología o psiquiatría, para apreciarla en función de los vestigios de los efectos que produce, los cuales nunca dejan de presentarse, aunque tengan variedad indeterminada en los diferentes sujetos, como reacciones peculiares típicas del trastorno mental involuntario y transitorio. Amparo directo 8790/64. Pedro López Ortega. 4 de marzo de 1966. Mayoría de 3 votos. Ponente: Agustín Mercado Alarcón.¹⁰

⁹ SÉPTIMA ÉPOCA. Instancia. Primera Sala. Fuente. Semanario Judicial de la Federación. Segunda Parte. Pág. 32.

¹⁰ SEXTA ÉPOCA. Instancia. Primera Sala. Fuente. Semanario Judicial de la Federación. Segunda Parte. Pág. 92

1.3 Imputabilidad.

La palabra imputabilidad, es un término eminentemente jurídico e indica la capacidad de imputación; viene del latín *imputare* que significa atribuir a otro una cosa censurable. Es una cualidad, soporte básico y esencial de la culpabilidad; el sujeto primero tiene que ser imputable para luego ser culpable.

La capacidad de imputación depende de dos condiciones indispensables; la primera, el desarrollo mental completo y, la segunda, un estado de salud mental; es decir, es imputable el normalmente desarrollado en sus funciones mentales y psicológicamente sano.

Así para que el individuo conozca la ilicitud de su acto y quiera realizarlo, debe tener capacidad de entender y de querer, determinarse en función de aquello que conoce; luego la aptitud (intelectual y volitiva).

Al respecto diversos autores opinan lo siguiente:

Max Ernesto Mayer, define la imputabilidad como "la posibilidad condicionada por la salud mental y por el desarrollo del autor para obrar según el justo conocimiento del deber existente".¹¹

Pavón Vasconcelos, considera: "la imputabilidad debe reunir las condiciones mínimas necesarias para determinar en el hombre la posibilidad abstracta de que le sea atribuido un hecho punible".¹²

¹¹ CASTELLANOS TENA, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. 43ª edición. Editorial Porrúa. México 2001. Pág. 219.

¹² PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. Derecho Penal Mexicano. Editorial Porrúa. México 1994. Pág. 400.

El maestro Castellanos Tena precisa, "la imputabilidad es el conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mental en el autor, en el momento del acto típico penal, que lo capacitan para responder del mismo".¹³

Será imputable, dice Carrancá y Trujillo, "todo aquel que posea, al tiempo de la acción, las condiciones psíquicas exigidas, abstracta e indeterminadamente por la ley para poder desarrollar su conducta socialmente; todo el que sea apto e idóneo jurídicamente para observar una conducta que responda a las exigencias de la vida en sociedad humana".¹⁴

De manera sencilla se puede definir la imputabilidad como la capacidad de entender y querer en el campo del derecho penal.

Por otra parte, si la imputabilidad es capacidad de obrar con discernimiento y voluntad, capacidad por tanto de ajustarse a las normas jurídicas o apartarse de ellas culpablemente, su consecuencia inmediata es la responsabilidad como obligación de sufrir las consecuencias jurídicas de los propios actos.

Debe notarse la diferencia que hay entre el delincuente normal a quien se le ha conminado públicamente con una pena y a pesar de ello incurre en la infracción prohibida y es responsable; al enajenado, en cambio a quien no se amenaza ni se puede amenazar con el sanatorio sin colocarse en su mismo plano de anormalidad, tampoco se puede considerar propiamente "responsable" de sus locuras sin alterar el significado del vocablo; lo que pasa en tales casos es que sin pensar en obligación alguna engendrada por el sujeto sino sólo en la necesidad social, se le sujeta a la vigilancia y a tratamientos curativos, equiparándole hasta cierto punto con un objeto de derecho y aplicándole los recursos terapéuticos

¹³ CASTELLANOS TENA, Fernando. Op. Cit. 218.

¹⁴ CARRANCÁ Y RIVAS, Raúl. Derecho Penal Mexicano. Parte General. 21ª edición. Editorial Porrúa. México 2002. Pág. 222.

encaminados a restituirle su plena capacidad y su calidad de sujeto activo de derecho.¹⁵

1.3.1 Imputabilidad disminuida.

Entre la capacidad regular para conducirse un hombre como tal y la incapacidad absoluta por carencia o perturbación total de alguna o de todas sus facultades esenciales, existe una vasta zona intermedia en la que no desaparecen por completo la potencia discriminatoria de los actos lícitos o ilícitos, ni la posibilidad de dirección o determinación de la conducta por motivos jurídicos; sin embargo, una debilidad mental, una extraordinaria emotividad u otro rasgo anormal o fuera de lo común, puede hacer menos eficaces aquellas capacidades o reducir su flujo en la producción de los actos, que por ese motivo y en proporción inversa a la mayor intervención de los factores anormales, se podrán atribuir psíquicamente al sujeto. La imputabilidad de éste no ha desaparecido, pero sí se ve disminuida por factores anómalos que pueden ser congénitos o adquiridos.¹⁶

Para los fines de la política criminal no pueden pasar inadvertidas tales diferenciaciones. En primer lugar se piensa; si la imputabilidad se halla disminuida, la culpabilidad y la responsabilidad tienen que ser menores y por tanto la penalidad debe ser atenuada.

Pero se pasa inadvertido que en tales casos, la causa de la delincuencia no es sólo la culpabilidad de un sujeto susceptible de ser influenciado por las penas y su intimidación, sino un factor de anormalidad que constituye un peligro que ha de combatirse por otros medios adecuados.

¹⁵ VILLALOBOS, Ignacio. Derecho Penal Mexicano. Parte General. 7ª edición. Editorial Porrúa. México 1992. Págs. 288.

¹⁶ *Ibidem*. Pág. 289.

El maestro Villalobos precisa que justamente con los casos de psicópatas y débiles mentales, se suele estudiar diversos estados fisiológicos que corresponden a la edad o a diversas transformaciones sufridas por la mujer durante el embarazo y la menopausia, así como también los caracteres creados por el hábito, la mala educación y acaso, en términos generales la llamada "locura moral" o insensibilidad adquirida. Todos estos son estados peligrosos en que, sin desaparecer por completo la responsabilidad penal, concurren influjos extraños a la personalidad, si bien en las formaciones por hábito y educación, pudieran tener aplicación los conceptos de Rossi y de Saldaña sobre una autoformación que atribuye al sujeto los vicios que pueda haber en la personalidad actual, aun cuando en el momento de cometer el delito esos vicios refluyan sobre el sujeto y constituyen una fuerza aunque en apariencia le es extraña.¹⁷

1.4 Inimputabilidad.

La inimputabilidad constituye el aspecto negativo de la imputabilidad.

"Cuando el agente carece de la capacidad de querer y entender es inimputable. Esta capacidad puede faltar cuando no se ha alcanzado aún determinado grado de madurez física y psíquica, o cuando la conciencia o la voluntad están anuladas o gravemente perturbadas de modo duradero o transitorio"¹⁸

Vela Treviño señala al respecto, "existe inimputabilidad cuando se realiza una conducta típica y antijurídica, pero el sujeto carece de la capacidad de autodeterminarse conforme al sentido o facultad de comprensión de la antijuricidad de su conducta, sea porque la ley le niega esa facultad de

¹⁷ *Ibidem*. Pág. 290.

¹⁸ CUELLO CALÓN, Eugenio. Derecho Penal. Parte General. Tomo I. 18ª edición. Editorial Bosch. España 1981. Pág. 489.

comprensión o porque al producirse el resultado típico era incapaz de autodeterminarse".¹⁹

Las causas de inimputabilidad son aquellas capaces de anular o neutralizar el desarrollo o la salud de la mente, en cuyo caso el sujeto carece de aptitud psicológica para la delictuosidad.

Concretamente, puede decirse que las causas de inimputabilidad son: enfermedad mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado y minoría de edad.

En este orden de ideas, la enfermedad mental puede anular la inteligencia, paralizar su desarrollo o alterarla profundamente, y en el campo de la voluntad puede suprimir su libre funcionamiento o trastornarlo gravemente, por ello el enfermo mental es inimputable y no responsable de su conducta.

1.5 Penas y Medidas de Seguridad.

La pena es la reacción social jurídicamente organizada contra el delito (C. Bernaldo de Quirós). El sufrimiento impuesto por el Estado, en ejecución de una sentencia, al culpable de una infracción penal (Eugenio Cuello Calón). Es el castigo legalmente impuesto por el Estado al delincuente, para conservar el orden jurídico.²⁰

La pena es al decir de Carrara, un mal que inflige al delincuente, es un castigo que atiende a la moralidad del acto al igual que al delito, la pena es el resultado de dos fuerzas, la física y la moral, ambas subjetivas y objetivas y su fundamento la justicia, para que sea consecuente con su fin la pena ha de ser eficaz, aflictiva, ejemplar, cierta, pronta, pública y de manera que no pervierta a el

¹⁹ VELA TREVIÑO, Sergio. Op. cit. Pág. 45.

²⁰ CASTELLANOS TENA, Fernando. Op. cit. Pág. 238.

reo, y para que esté limitada por la justicia ha de ser legal, no equivocada, no excesiva, igual, divisible y reparable.²¹

Para Ignacio Villalobos, el fin último de la pena es la salvaguarda de la sociedad. Para conseguirla, debe ser:

- **Intimidatoria**, es decir evitar la delincuencia por el temor de su aplicación;
- **Ejemplar**, al servir de ejemplo a los demás y no sólo al delincuente, para que todos adviertan la efectividad de la amenaza estatal;
- **Correlativa**, al producir en el penado la readaptación a la vida normal, mediante los tratamientos curativos y educacionales adecuados, impidiendo así la reincidencia;
- **Eliminatoria**, ya sea temporal o definitivamente, según que el condenado pueda readaptarse a la vida social o se trate de sujetos incorregibles; y,
- **Justa**, pues la injusticia acarrearía males mayores, no sólo con relación a quien sufre directamente la pena, sino para todos los miembros de la colectividad al esperar que el Derecho realice elevados valores entre los cuales destacan principalmente la justicia, seguridad y bienestar social.²²

De acuerdo con Mezger, la pena supone un delito determinado y constituye la reacción contra un acto cometido; es una justa punición o retribución pero no entendida como venganza ni como retribución moral; la medida de seguridad también supone una acción delictiva, pero mira sólo a la prevención de los delitos futuros y que puede corresponder precisamente a esa acción delictiva, ya que tiene por objeto asegurar la conducta futura; las medidas de seguridad tratan de impedir la realización de delitos en el futuro y miran a la prevención especial, mientras que las penas a la general, social, psicológica e individual, el fin primero de las penas es proteger a la comunidad amenazada como un todo ordenado en

²¹ BARRAGÁN SALVATIERRA, Carlos. Derecho Procesal Penal. Editorial McGraw-Hill. México 1999. Pág. 465.

²² VILLALOBOS, Ignacio. Op. cit. Pág. 534.

función del concepto de justicia, en lo que concierne a la relación entre acto y la reacción pública que provoca, su fin es esencialmente de orden público.²³

Así a la comisión de un delito corresponde la aplicación de una pena y/o una medida de seguridad.

La distinción radica en que mientras las penas llevan consigo la idea de expiación y en cierta forma la retribución, las medidas de seguridad, intentan de modo fundamental la evitación de nuevos delitos, por lo que impone al sujeto medidas adecuadas al caso concreto con base en su peligrosidad. Propiamente deben considerarse como penas la prisión, multa y medidas de seguridad los demás medios de que se vale el Estado para sancionar.

Las medidas de seguridad recaen sobre una persona especialmente determinada en cada caso, por haber cometido una infracción típica; miran sólo a la peligrosidad y, por ende, pueden aplicarse no únicamente a los incapaces, sino también a seres normales susceptibles de ser dirigidos por mandatos de la ley.²⁴

Las medidas de seguridad pueden agruparse en cuatro categorías principales: *eliminadoras*, como la reclusión de los habituales; *educativas*, concernientes a los menores; *curativas*, relativas a los alcohólicos, alienados, etc.; y de *vigilancia*, que se reservan para quienes frecuentan lugares de mal vivir.²⁵

1.6 Peligrosidad.

La palabra peligrosidad, fue utilizada hasta finales del siglo XIX, cuando habría de elaborarse dicho concepto por la escuela positivista. Sin embargo, y curiosamente, los máximos representantes de esta corriente doctrinal no llegaron

²³ BARRAGÁN SALVATIERRA, Carlos. Op cit. Pág. 466.

²⁴ VILLALOBOS, Ignacio. Op. cit. Pág. 535.

²⁵ BARRAGÁN SALVATIERRA, Carlos. Op. cit. Pág. 470.

a utilizar, al menos inicialmente éste término (su paternidad corresponde a Jiménez de Asúa), sino otros como temibilidad (temebilitá), por Rafael Garfalo, la inadaptabilidad social, por Enrique Ferri. De cualquier manera, corresponde indudablemente a ellos el mérito de haber delimitado claramente su concepto y significación para el derecho penal moderno.

Fue sobre todo Garfalo quien elaboró y desarrolló el concepto, al ocuparse del estudio de la temibilidad. En ella distinguía por un lado, la llamada capacidad criminal, que definió como la perversidad constante y activa de un delincuente y la cantidad de mal que en consecuencia se puede temer del mismo y, por otro lado la adaptabilidad del delincuente, que consiste en la capacidad de aquél para adaptarse al entorno social en que se desenvuelve.²⁶

Así de manera sencilla se puede definir a la peligrosidad como la posibilidad o potencialidad que tiene un individuo de realizar conductas lesivas y eventos socialmente dañosos.

La peligrosidad entraña un juicio sobre el comportamiento del individuo proyectado al futuro, un cálculo de probabilidad.

Algunos autores distinguen entre peligrosidad criminal y peligrosidad social. La primera surge cuando la acción temida de la persona peligrosa constituye una infracción criminal o más propiamente un hecho típico y antijurídico, también se refieren a la posibilidad de que un sujeto que ha cometido un delito, reincida en su comisión y requiere de medidas de seguridad previstas en la legislación penal. La peligrosidad social es más bien la potencialidad de cometer ilícitos y exige medidas de seguridad en el ámbito administrativo.

²⁶ CASABONA ROMEO, Carlos María. Peligrosidad y Derecho Penal Preventivo. Editorial Bosch. Barcelona 1986. Pág. 16.

Para los positivistas el delincuente no debe ser acreedor de penas, porque su conducta está predeterminada y en ese sentido la pena no lo intimida, pero siendo su conducta potencialmente un peligro para los demás, se le deben aplicar medidas de seguridad para prevenir daños sociales. Los efectos aflictivos o intimidantes son totalmente ajenos a las medidas de seguridad.

La peligrosidad implica el uso de las medidas de seguridad, las cuales, al igual que las penas deben tener límites, pues no deben aplicarse arbitrariamente.

Las medidas de seguridad deben considerar el hecho cometido, lo que viene a constituir el límite objetivo; y estudiar al individuo, su personalidad, que sería el límite subjetivo.

Como consecuencia del límite objetivo ninguna medida de seguridad debe resultar ni más gravosa ni de mayor duración que la pena que abstractamente sería aplicable al hecho cometido; así por ejemplo, en México se presentó el caso de Gregorio Cárdenas, quien en 1942 en la ciudad de México privó de la vida a cuatro mujeres para someterlas a experimentos que las revivieran. Detenido e iniciado su proceso fue declarado inimputable, se le remitió al Manicomio General de la Castañeda de donde se fugó y al ser recapturado quedó internado en la antigua prisión de Lecumberri. En la época en que Goyo privó de la vida a estas mujeres, la pena máxima aplicable para el homicidio era de 30 años, y resultó que transcurrieron los 30 años y Goyo siguió en Lecumberri sujeto a medidas de seguridad, lo que implicó una batalla legal hasta la Suprema Corte, argumentándose entre otras cosas, que ninguna medida de seguridad debía prolongarse más tiempo que el máximo de la pena que le hubiera correspondido, si como imputable hubiera resultado condenado, habiendo obtenido su libertad 3 o 4 años después de cumplidos los 30 años, con base a este alegato.

La comprobación de la peligrosidad del sujeto (mediante el estudio de la personalidad y la emisión de un pronóstico) es necesaria como requisito de garantía, previo a la imposición de cualquier medida.

En cuanto al límite subjetivo de las medidas de seguridad, éstos deben ajustarse al límite necesario para prevenir daños sociales atendiendo a un pronóstico de peligrosidad.

Los autores convienen en lo difícil que puede resultar prevenir la peligrosidad, pues en este terreno la psicología es la que auxilia en el pronóstico que se requiere. Al respecto se puede citar el caso de Ed Kemper uno de los más famosos criminales en serie de los Estados Unidos de Norteamérica quien fue internado en una institución para psicópatas cuando a los 15 años asesinó a sus abuelos; fue puesto en libertad a los 21 contra la opinión de los psiquiatras forenses e inició una serie de asesinatos cuando en esa época acudía a evaluaciones psiquiátricas donde fungía con lucidez y los peritos que lo examinaban determinaban que no representaba amenaza para sí mismo ni para los demás.²⁷

Por otra parte con relación a este mismo concepto, Jiménez de Asúa considera que cuando se hace referencia a la peligrosidad, deben tomarse en cuenta la personalidad del hombre en un triple aspecto biopsicosocial:

1. La vida anterior al delito o acto de peligro manifiesto.
2. La conducta del agente posterior a la comisión del hecho delictivo o revelador del hecho peligroso, la calidad de los motivos
3. El delito cometido o el acto que pone de manifiesto la peligrosidad.²⁸

²⁷ ORELLANA WIARCO, Octavio Alberto. Curso de Derecho Penal. Parte General. Editorial Porrúa. México 1999. Págs. 16 y 17.

²⁸ JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS. El estado peligroso de delincuente y sus consecuencias ante el Derecho Penal Moderno. Editorial Reus, Madrid 1980. Pág. 136.

1.7 Antecedentes Universales.

Ya en la antigua Grecia existían concepciones materialistas acerca de la psique. Hipócrates consideraba que los trastornos mentales eran enfermedades del organismo y concretamente enfermedades del cerebro. El materialismo era de un carácter primitivo. A pesar de esto, aquella ideología, permitió a algunos filósofos y médicos crear las premisas para el avance de puntos de vista materialistas en psicología y psiquiatría.

Al mismo tiempo, los idealistas, tanto filósofos como médicos, consideraban la psique (el alma, la idea, lo eternamente existente) como lo primario, la base de la existencia, y la materia del cuerpo como lo secundario. Esta ideología idealista determinaba la actitud de los médicos y del común de los hombres hacia los enfermos psíquicos, viendo en ellos a personas a las que los dioses habían privado de alma por sus delitos o que estaban en relación con espíritus malignos, etcétera. Así se pensaba que no eran enfermos y por ello no se debía recurrir a medidas de carácter curativo, sino a la influencia moral, a la expulsión de los malos espíritus y finalmente al castigo.

Las concepciones materialistas de médicos famosos de Grecia y Roma: Hipócrates, Arateo, Celso, Galeno entre otros, ayudaron a describir ciertos síntomas psicopatológicos e incluso algunas enfermedades.

En la antigüedad se realizaron también los primeros intentos para organizar la asistencia psiquiátrica hospitalaria. Sin embargo, estos progresos se olvidaron más tarde.²⁹

²⁹ SLUCHEVSKI, I. F. Psiquiatría. Editorial Grijalbo. México 1992. Pág. 18.

1.7.1 Edad Media.

En la Edad Media, la ciencia psiquiátrica no solamente dejó de desarrollarse, sino que experimentó un gran retroceso.

Uno de los psiquiatras rusos más eminentes, Kaschenko, dice con mucha razón: "En la agonía del mundo antiguo y en las enormes catástrofes sociales y políticas que le sucedieron, se apagó la llama del conocimiento y del humanismo, y durante largos siglos reinó la oscuridad absoluta de la ignorancia y la barbarie".

A comienzos de la Edad Media, como resultado del colapso experimentado por el pensamiento científico, dejaron sencillamente de preocuparse por los enfermos mentales; pero, a partir del siglo XV, en Europa empeoraron sus condiciones. La iglesia católica, enfrentada a la ciencia laica, consideraba a los enfermos mentales como seres colocados bajo el dominio del demonio, al que habían vendido su alma. Por lo cual muchos enfermos mentales murieron en las calabozos y en las hogueras.

En esa época existía la idea de que los enfermos se encontraban poseídos por los espíritus del mal, los cuales habían logrado penetrar en su organismo. Inicia y da impulso a este período de horrores la bula del Papa Inocencio VIII, en que se ordenaba buscar y procesar a las personas que de manera voluntaria y consciente se hubieran entregado al diablo. Dos frailes dominicanos, Jacob Springer y Heinrich Institoris, apoyándose en la bula papal como fundamento jurídico de sus acciones, comenzaron a perseguir despiadadamente a las "brujas". Su obra Hexenhammer o Martillo de las brujas, aparecida en 1487, enumeraba todos los procedimientos para reconocerlas, descubrirlas y destruir su poder.³⁰

³⁰ *Ibidem*. Pág. 19.

1.7.2 Renacimiento.

En los siglos XVI y XVII existieron verdaderas epidemias contra los supuestos posesos, que llegaron a alcanzar proporciones monstruosas. La historia habla de numerosas sentencias dictadas contra personas mentalmente enfermas que contaban relatos fantásticos de sus relaciones con el diablo, de su viajes al infierno, prueba de esto es el Edicto de 1656 en Francia, que decía: "Hacemos muy expresas inhibiciones y prohibiciones a todas las personas, de todo sexo, lugar y edad, de cualquier calidad y nacimiento, en cualquier estado en que puedan encontrarse, válidos o inválidos, enfermos o convalécientes, curables o incurables de mendigar en la ciudad y barrios de París, ni en las iglesias, ni en las puertas de ellas, ni en las puertas de las casas, ni en las calles, ni en otro lado públicamente, ni en secreto, de día o de noche... so pena de látigo la primera vez; y la segunda, irán a galeras los que sean hombres o muchachos, y mujeres y muchachas serán desterradas".³¹

La época de las ejecuciones en masa de los enfermos psíquicos de Europa va cediendo gradualmente paso a otras actitudes no menos crueles hacia ellos. Los enfermos psíquicos eran recluidos como delincuentes acusados de los crímenes de Estado más graves.

Durante varios siglos el establecimiento típico de enfermos mentales fue el manicomio de Bedlam (Inglaterra). Los enfermos se encontraban en pequeñas habitaciones con agujeros en la pared en vez de ventanas, con piso de piedra, sin muebles de ninguna clase, desnudos, sujetos a la pared con anillos de hierro y permanecían ahí generalmente toda la vida. Los vigilantes, armados de látigos, acudían únicamente para apaciguar a los que se alborotaban. La furia, a pesar de los grillos (conjunto de dos grilletes con perno común), alcanzaba grados

³¹ FOUCAULT, Michel. Historia de la locura. Tomo I. 7ª reimpresión. Fondo de cultura Económica. México 1998. Pág. 104.

extremos. Los días de fiesta, la gente acudía a divertirse irritando a los enfermos y la entrada era de pago.

1.7.3 Siglo XVIII.

El período último del siglo XVIII, cuando el feudalismo comenzaba a dejar paso al capitalismo, se caracteriza por la aparición de nuevos conceptos progresivos para aquel tiempo que estaban condicionados por el rápido avance de las ciencias naturales. En esta época los enfermos mentales, sometidos a la tutela de los frailes, pasan poco a poco a la observación de los médicos. Esto se debía a la influencia de los enciclopedistas y de la revolución francesa. En 1792 Pinel quitó los grillos a 80 enfermos psíquicos de la Salpêtrière y de Bicetre en París.

1.7.4 Siglo XIX

En 1837 el médico irlandés Conolly publica un libro en el que propone su sistema llamado "libre". La idea de Conolly es que cuanto más libertad se le permite al enfermo psíquico y cuanto menos se le sujete por medios mecánicos, mayores son las posibilidades de que se cure rápidamente, más tranquila es su conducta y, por lo tanto, más fácil resulta cuidarlo. Conolly insistía en que los enfermos psíquicos debían encontrarse en establecimientos análogos a los que existían para los enfermos somáticos. En sustitución de los establecimientos carcelarios, debían abrirse hospitales donde quedarán instalados los enfermos mentales.

A pesar de los progresos logrados por Pinel y Conolly, la situación de los alienados no puede decirse que mejorase grandemente. Así cuando se estudia el período de fines del siglo XVIII y comienzos de XIX, vemos que el trato sigue siendo tan cruel como antes.

Esquirol, sucesor de Pinel, visitó todos los manicomios de Francia y describe la situación de los alienados en un informe presentado al ministro del Interior en 1818. En este informe expone las espantosas condiciones en que se encontraban los enfermos psíquicos de toda Francia, hallándose tendidos en el suelo y desnudos, privados de aire, sujetos con grillos a las paredes de cuevas, en las que no encerrarían ni a las fieras más salvajes. El látigo, los grillos y la reclusión eran los únicos medios que para seguridad utilizaban los guardianes.

Las medidas de sujeción se mantuvieron durante mucho tiempo, sobre todo en Alemania. Existían sillones especiales para atar a los enfermos con correas en las manos, el pecho y las piernas, postes para sujetarlos, columpios, ruedas, máquinas de rotación, camisas de fuerza y otros muchos aparatos destinados a impedir todo movimiento.

En la segunda mitad del siglo XIX el problema de la locura se orientó hacia un concepto naturalista de enfermedad, lo cual llevó a la creación de una ideología médica positivista en la psiquiatría. Así, de la misma manera que una enfermedad infecciosa producía manchas rojas, temperatura, etcétera, la enfermedad mental producía síntomas psiquiátricos. El enfermo mental ya no era una persona anómala, sino sólo un organismo que funcionaba mal, originando movimientos desordenados, posturas aisladas, frases incompletas, alucinaciones y delirios carentes de cualquier significado.³²

A pesar de los avances, el sistema de libertad tardó en abrirse paso en los establecimientos psiquiátricos de los Estados Unidos de América. En el primer Congreso de psiquiatras americanos (1884) se acordó que "en algunas formas y estados de locura, la sujeción mecánica y la reclusión temporal son totalmente humanitarias y traen un sensible beneficio".³³

³² JERVIS, G. Manual Crítico de Psiquiatría. Editorial Barcelona. Madrid 19. Pág. 48.

³³ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 21.

1.7.4.1 Lombroso.

Fundador de la dirección antropológica, nació en Verona Italia el 6 de noviembre de 1835 y murió en 1909. Estudio filosofía, historia y medicina, realizó importantes publicaciones sobre estas materias, así como también sobre Psicología, Política y Demografía; destacando entre sus obras más importantes: "La Mujer Delincuente", "El Hombre Delincuente", "El crimen Político", "Medicina Legal de los Enajenados Mentales", "El Genio y la Locura" y "Memorias sobre los Manicomios Criminales", entre otras.

César Lombroso realiza sus primeros trabajos sobre criminología entre 1871 y 1876, en ellos se ocupa de los signos que anatómicamente presentan los criminales y que lo llevarían a elaborar la tesis sobre el hombre delincuente; afirma que se puede determinar si un sujeto es criminal con tan solo verlo, pero posteriormente con los diversos estudios que realiza en cárceles y centros psiquiátricos para criminales, determina que hay sujetos que cometen delitos sin ser necesariamente delincuentes natos.

1.7.4.1.1 Clasificación del hombre delincuente.

Delincuente nato.- Esta es la primera clasificación que hace Lombroso, así como también es su teoría más conocida y criticada.

Surge de los estudios que realiza sobre las diferencias que existen entre los salvajes, civilizados, y entre las distintas razas. De esta manera, al observar el cráneo de un criminal, se le ocurre que podría existir una raza o especie distinta, "la de los criminales".

El estudio era sobre un criminal famoso, llamado Villela, en quien encontró una serie de anomalías atávicas, sobre todo una enorme foseta occipital media, que lo llevan a pensar que el eslabón perdido de la cadena evolutiva de Darwin es

el criminal, ya que se trata de un caso que se quedó en una etapa anterior del desarrollo humano.

Su teoría se ve reforzada, al analizar a un criminal llamado Verzeni, el cual había asesinado a muchas mujeres, estrangulándolas, descuartizándolas, bebiendo su sangre y llevándose pedazos de carne.

Así, parte de la idea de que el criminal nato es un sujeto que no evolucionó; hace comparaciones del criminal nato con estudios que realiza a plantas y animales, encontrando una serie de actitudes que podrían compararse a lo que en el hombre se considera como delito.

También estudia la prostitución y el delito en los hombres primitivos, encontrando que presentan falta de pudor, facilidad para prostituirse, viven en promiscuidad, cometen fácilmente homicidios, matando niños, ancianos, mujeres y enfermos, roban, practican el canibalismo, sin importarles el castigo.

En su segunda comparación señala que el delincuente nato es como un niño, ya que no tiene control adecuado sobre sus emociones, es cruel por naturaleza, colérico, vengativo, celoso, mentiroso, ocioso, flojo y vanidoso.

Lombroso nos dice que hay dos tipos de criminales natos: el criminal nato real, o sea el que ya cometió un crimen y el criminal nato latente que todavía no ha delinquirido, pero que tiene una fuerte predisposición para realizar conductas criminales.

Para fortificar esta teoría describe como características antropológicas principales en el criminal nato las siguientes:

- 1) Frente hundida y baja.
- 2) Gran desarrollo de arcadas supraciliares.

- 3) Asimetrías craneales.
- 4) Altura anormal del cráneo.
- 5) Fusión del hueso Atlas con el Occipital.
- 6) Gran desarrollo de los pómulos
- 7) Orejas en forma de asa.
- 8) Tubérculo de Darwin.
- 9) Gran pilosidad.
- 10) Braza superior a la estatura.

Entre otras características psicológicas, biológicas y sociales del delincuente nato, Lombroso señala:

Gran frecuencia para tatuarse (muchos de ellos obscenos), insensibilidad al dolor, zurdería, insensibilidad afectiva, alto porcentaje de suicidios, inestabilidad afectiva, vanidad en general y en especial para el delito, venganza, crueldad, notables tendencias al vino, juego, sexo y las orgías, uso de lenguaje especial, el sentido religioso se encuentra perdido entre los criminales urbanos, pero hay gran religiosidad entre los rurales, su peligrosidad se denota por su alta reincidencia y la tendencia a asociarse con otros criminales para formar bandas.³⁴

Delincuente loco moral.- Es la segunda clasificación que realiza Lombroso, surgió después de haber analizado el caso de un joven que sin razón aparente envenenó a su padre, asesinó a su hermano, y cuando planeaba matar a su madre, ésta lo descubre y lo interna en un Manicomio. De este caso, descubre que existen semejanzas con el delincuente nato, por lo que se dedica a estudiar a este tipo de enfermo, denominado loco moral.

Lombroso define al delincuente moral como una especie de idiota, que no puede elevarse a comprender el sentimiento moral, su retina se transforma en

³⁴ RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. 16ª edición. Editorial Porrúa. México 2001. Págs. 257 y 258.

anestésica, los instintos latentes en el fondo de cada hombre toman ventaja en él, se vuelve indiferente a la desgracia y juicio de los demás, egofsta, da impulso a la satisfacción de los intereses personales. Cuando entra en colisión con la ley, la indiferencia se transforma en odio, venganza, ferocidad, en la persuasión de tener derecho de hacer el mal.

Al respecto señala las siguientes características:

- 1) Se encuentra con mayor frecuencia en cárceles y prostíbulos que en los manicomios.
- 2) De complexión normal y algunas ocasiones un poco robustos.
- 3) El cráneo en general no tiene diferencias con los cráneos normales.
- 4) En ocasiones se encuentran caracteres comunes con el delincuente nato, mandíbula voluminosa, asimetría facial.
- 5) Insensibilidad al dolor propio y ajeno.
- 6) Son muy inteligentes, por lo que se rehúsan a aceptar el tatuaje, ya que saben que es una distinción criminal.
- 7) Tiene una marcada precocidad a la perversión sexual seguida de impotencia.
- 8) Son sujetos incapaces de vivir en familia, generalmente responden con odio, envidia y venganza, aún cuando la causa que lo produce es muy ligera, o en ocasiones sin causa.
- 9) En algunas ocasiones, a pesar del excesivo egoísmo, se nota un altruismo, el cual no es más que una forma de perversión de los afectos.
- 10) Son excesivamente vanidosos.
- 11) Son astutos y hábiles para cometer el delito y posteriormente justificarlo.
- 12) Su carácter es contradictorio, ya que son extremadamente excitables, con una laboriosidad excesiva alternada con inercia e indisciplina, crueldad; de repente parece que han logrado sus fines y se tranquilizan, pero después se vuelven inquietos.

13) Tienen una gran pereza para el trabajo, en contraste con la actividad exagerada en las orgías y en el mal. Cometen todo maleficio abiertamente, casi como si tuvieran el derecho de hacerlo.

14) Son hábiles para simular locura.

15) Tanto el delincuente como el loco moral datan casi siempre desde la infancia o de la pubertad.³⁵

Delincuente epiléptico.- Esta tercera clasificación la realiza Lombroso después de haber estudiado el caso de un soldado llamado Misdea de veintidós años, el cuál un día salió a escondidas del campamento a tomar unas copas y al regresar, sus compañeros se burlaron de él, a lo que reaccionó de forma brutal, disparando sobre ellos, matando a siete e hiriendo a trece.

Lombroso comienza a buscar delincuentes epilépticos en cárceles y manicomios, dándose cuenta que es grande el número que existe de este tipo de criminales.

Durante los estudios realizados a esta clase de criminales, encuentra que en el momento de cometer el delito, vieron rojo y perdieron el control, afirman que les temblaba la cabeza y sentían que les giraba.

Las características que menciona el citado autor de los delincuentes epilépticos son:

- 1) Son vagos y deambulan largamente de forma involuntaria.
- 2) Sienten un gran amor por los animales
- 3) Presentan sonambulismo
- 4) Son obscenos, tienden a la masturbación, homosexualidad y depravación.
- 5) Presentan precocidad sexual y alcohólica.
- 6) Tiene facilidad y rapidez para cicatrizar.

³⁵ *Ibidem*. Págs. 259 y 260.

- 7) Son sumamente destructivos.
- 8) Practican el canibalismo.
- 9) Son vanidosos.
- 10) Tienden al suicidio, sincero o simulado.
- 11) Se tatúan sin algún motivo específico.
- 12) Se asocian con otros delincuentes.
- 13) Simulan locura o ataques epilépticos.
- 14) Tienen cambios de humor.
- 15) Presentan amnesia.
- 16) Son altamente agresivos.

Lombroso señala dos tipos de epilepsia: real y larvada, en la primera el sujeto presenta ataques, tiene movimientos desordenados y convulsivos, llega a morderse la lengua; en la larvada no hay ataques, sin embargo es más peligroso, incluso que el loco moral.

De los tres tipos de delincuentes mencionados, Lombroso integra su teoría denominada el trípode lombrosiano, menciona que la epilepsia es un problema neurológico que con el tiempo hace que el sujeto olvide o pierda lo aprendido, ocasionando que se vuelva un loco moral perdiendo el sentido ético y degenerándose al grado de convertirse en un criminal nato. Señala que el delincuente epiléptico es una exageración del loco moral y éste del nato, así como este último es la exageración de los otros tipos de delincuentes.

Delincuente loco pazzo.- Lombroso siempre se preocupó por las causas psiquiátricas del delito y los enfermos mentales, por lo que hizo notar que en las cárceles se encuentran muchos enfermos mentales que fueron juzgados y sentenciados.

Lombroso, sacó a los enfermos mentales de las cárceles italianas y luchó por la formación de los primeros manicomios criminales y es así como se da

cuenta, durante sus estudios en prisión, que había dos clases del tipo de delincuente *pazzo*, el delincuente loco y el loco delincuente, siendo este último el enfermo mental, es decir que al momento de cometer el crimen no se da cuenta de lo que hace, en virtud de no tener la capacidad de entender ni de querer, pues está demente. A diferencia de éste, el delincuente loco comete el delito y posteriormente se vuelve loco estando en prisión.

Menciona que las estadísticas de enfermos mentales que hay en las prisiones no son confiables, debido a que los jueces están ayunos de psiquiatría, se participa en una idea general de que al ser declarado loco un criminal, ésta es la puerta por la cuál escapará al justo castigo.

Después de hacer un estudio entre las diferentes formas de enfermedad mental, de acuerdo a su época, subdivide al delincuente loco en los tres tipos siguientes:

Delincuente alcohólico.- Lombroso nos dice que el alcohol es un excitante que paraliza y narcotiza los más nobles sentimientos, dañando el cerebro más sano y que hay sujetos que al encontrarse en este estado se arman de coraje para cometer delitos o bien que hay quien comete dichos delitos para poder embriagarse, menciona también que el alcohólico engendra hijos delincuentes. Sus características principales son:

- 1) Son raros los casos degenerativos congénitos, aunque frecuentes los adquiridos, y presentan con anterioridad una vida completamente honesta.
- 2) Apatía e indiferencia, ninguna preocupación del estado propio, ni de la conducta que cometieron, ni el proceso penal al que se enfrentan y en ocasiones impulsos violentos.
- 3) La embriaguez aguda, por sí sola, aísla, da lugar al delito, enciende las más bajas pasiones, nubla la mente y conciencia, inhibe el pudor, hace que se cometan los delitos en una especie de automatismo, casi de sonambulismo

4) Es muy cínico, tiende al robo y al estupro entre otros delitos, pero después de cometerlos entran en estado de sueño profundo, presentando amnesia cuando despiertan. Tienden al suicidio en ocasiones y la prisión es un remedio para ellos, ya que dentro de esta se desintoxican.

Delincuente histérico.- Tiene las siguientes características:

- 1) Es 20 veces más común en las mujeres que en los hombres.
- 2) Tienen pocos caracteres degenerativos y tienen herencia análoga a los epilépticos.
- 3) Su inteligencia en la mitad está intacta.
- 4) Son profundamente egoístas, buscan complacerse a sí mismos y tienden al escándalo.
- 5) Se impresionan excesivamente, por lo cual, con casi nada se vuelvan coléricos y feroces, fácilmente sienten simpatía o antipatía casi irracionales.
- 6) Tienen voluntad inestable y se ven envueltos en venganzas escandalosas, provocan procesos sin razón con un grado elevado de denuncias y falsos testimonios.
- 7) Necesitan mentir y toda la criminalidad que presentan, es alrededor de funciones sexuales.
- 8) En ellos se encuentran delirios, alucinaciones, suicidios simulados, fugas y prostitución.
- 9) Los delitos más comunes que cometen son: difamación, robo, faltas a la moral y homicidio.

Delincuente mattoide.- Este sujeto presenta la característica principal de que no está loco, pero sí está a un mínimo paso de serlo. Lombroso deriva esta categoría del estudio de un delincuente llamado Passanante, el cual intentó matar al rey Humberto en Nápoles; era un sujeto pacífico y honesto que se involucró con ideas políticas muy extremistas, grandilocuentes con una mezcla entre anarquista y pacifista. Sus características generales son:

- 1) Son escasos en la juventud y en la mujer.
- 2) Abundan en las capitales y en los países donde se impone una cultura extraña.
- 3) Abundan entre los médicos, burócratas y teólogos.
- 4) Tienen pocas formas degenerativas, y anomalías fisiológicas en el cuerpo.
- 5) Son altruistas y tienen un exagerado sentido ético y del orden y conservan la sobriedad.
- 6) Son inteligentes y laboriosos, lo que los lleva a escribir de una forma compulsiva.
- 7) Tienen una gran convicción de sus propios méritos y son demasiado vanidosos.
- 8) Intentan teorías nuevas y extravagantes.
- 9) Sus crímenes son impulsivos y generalmente los cometen en público.
- 10) Tienen delirio de persecución, persiguen sin ser perseguidos.
- 11) Les encanta litigar, por lo que se querellan frecuentemente.³⁶

Delincuente ocasional.- Lombroso nos dice que este tipo de criminal, está constituido de muchos grupos dispares y no ofrece características homogéneas; dividiéndolo en tres:

Pseudo-criminales.- Está constituido de los siguientes subgrupos; aquéllos que cometen delitos involuntarios, es decir, no existe dolo; los autores del delito, en los cuales no existe ninguna perversidad, en caso de planearlo es cometido por hábito general o por encontrarse en un estado de extrema necesidad y generalmente no dañan al grueso de la población y los culpables de hurto, de incendio, de heridas, duelos en determinadas circunstancias extraordinarias, como la defensa del honor, de la persona, de la familia, y delitos de falsedad.

Criminaloides.- Son aquellos a los que la ocasión, aunada a cierta predisposición, los lleva a delinquir, de tal manera que no lo hubieran hecho, de no

³⁶ *Ibidem*. Págs. 264 y 265

haberse presentado la oportunidad; cometen delitos por imitación y por el contrario, la sociedad le otorga un prestigio, ya que malandrín y mafioso equivale a valioso. La cárcel es la ocasión para asociarse al crimen y los puede hacer peligrosos. También están aquellos que no tienen características de delincuentes natos y entre sus características psicológicas tienen una gran repulsión por los verdaderos criminales, prefieren vivir aislados en la cárcel y cuando salen son buenos padres de familia, y vuelven altruistas.

Habitual.- Tienen una educación familiar y escolar sumamente deficiente. Desde la infancia y juventud comienzan a delinquir, hasta convertirse en profesionales. Muchos de ellos principiaron como simples delincuentes ocasionales, pueden llegar a ser peligrosos, pero normalmente cometen delitos contra la propiedad. La prisión no es un remedio, ya que los convierte en verdaderos criminales.

Delincuente pasional.- Son aquellos que cometen crímenes violentos, derivados de un sentimiento pasional e impetuoso.

Surge del estudio de un sujeto llamado Quandi, el cual era noble, diplomático, honrado y famoso, pero se enamoró de una mujer que era prostituta, ésta le engaña, haciéndole creer que era una mujer honesta, sus amigos trataron de advertirle, pero él no les hizo caso, hasta que un día la descubre y reaccionando de una manera violenta la mata y posteriormente trata de suicidarse; años más tarde Quadi logra rehacer su vida, se casó y tuvo hijos, sin embargo veinte años después se suicida porque seguía amando a aquella mujer.

Al respecto, Lombroso menciona las siguientes características:

- 1) Se trata de sujetos aparentemente normales.
- 2) Casi no cometen delitos de sangre.
- 3) Tienen entre 20 y 30 años.

- 4) Se presentan más en las mujeres.
- 5) Son bien parecidos, no presentan caracteres de criminales, ni de locos.
- 6) Son exageradamente afectivos.
- 7) No sienten en el momento de cometer el delito, pero después se conmocionan y tratan de suicidarse, lográndolo en ocasiones.
- 8) Si no se suicidan, confiesan su delito para calmar su dolor y su remordimiento a ser castigados.
- 9) Son readaptables al 100%

Existen excepciones en cuanto al arrepentimiento, ya que si la pasión se deriva de ideas religiosas o políticas, no les importa lo que tengan que hacer para llevarlas a cabo, y a diferencia de otros delincuentes sus pasiones y deseos siempre van a derivarse de sentimientos nobles, encontrando tres tipos de delitos. duelo, infanticidio y pasión política, desprendiendo de este último al delincuente político.³⁷

1.7.5 Siglo XX.

Hacia el año 1920 y 1930, se produce un retroceso brusco en la organización de la asistencia psiquiátrica de los países europeos, y de Estados Unidos. Se ha generalizado, por ejemplo que éste país se llevó a cabo la mutilación en masa de alienados, por medio de la castración y de la esterilización. Así a fines de 1949, habían sido esterilizados en este último país citado 22500 enfermos psiquiátricos. De igual forma, una actitud especialmente inhumana hacia los enfermos mentales mostraron los fascistas alemanes, que durante la última guerra llevaron a cabo el exterminio en masa de éstos, en todos los países ocupados.

³⁷ *Ibidem*. Págs. 266.

Afortunadamente para el enfermo mental, esta situación ha ido cambiando con el paso de los años. De tal manera que cada vez existen más avances, tanto en el aspecto médico, jurídico y los derechos humanos.

1.8 Antecedentes en México.

Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia de las cosas de la Nueva España" describe las enfermedades cuyos nombres obtuvo al consultar las fuentes indígenas, mencionando la preocupación de nuestros antepasados por el alcoholismo. Para combatirlo, se iba desde la recomendación del emperador de que no se consumieran bebidas embriagantes, hasta el repudio del alcohólico y a los castigos de exponerlo a la vergüenza pública; finalmente se llegaba a las penas corporales, como el apalamiento y aun la muerte en el caso de que el alcohólico fuera personaje notable o sacerdote; sin embargo, a los viejos se les permitía beber.

Durante la conquista se eliminaron los castigos, y el alcoholismo aumentó en cierto modo, porque nunca los medios represivos como la prohibición absoluta dan resultado. Por otra parte, el alcoholismo se manifestaba ya como huida y refugio ante la pérdida de la identidad, de la familia, de la religión, etc., y, además, como recurso político económico de la Conquista para el más fácil sometimiento de los hombres.³⁸

1.8.1 Código Penal 1871.

El Código Penal de 1871, en su artículo 34, fracción I, consideraba como causas excluyentes de responsabilidad entre otras: la falta de desarrollo y salud mental y la locura intermitente. Se pensaba en la enajenación mental que quitaba la libertad o impedía conocer enteramente la ilicitud de la acción.

³⁸ QUIROZ CUARÓN, Alfonso. Medicina Forense. 10ª edición. Editorial Porrúa. México 2001. Pág. 724.

Cabe mencionar que en ésta época, la psiquiatría no contaba con tratamientos eficaces para ayudar a los enfermos mentales y tan sólo en Europa, los médicos trataban de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas de las enfermedades mentales y a pesar de que éste Código Penal contempla a la enajenación mental, a la locura intermitente y a la decrepitud como excluyentes de responsabilidad, señala una pena de prisión atenuada.³⁹

1.8.2 Código Penal 1929.

El Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1929, de tendencia positivista, distingue el elemento psíquico normal del patológico y clasifica a los delincuentes en diferentes categorías con la finalidad de someterlos a tratamientos adecuados. En su capítulo X, establece las sanciones para los delincuentes en estado de debilidad mental o anomalías mentales, convirtiéndose la medida de aislamiento de mayor gravedad que la sanción establecida en el código anterior.

Para los legisladores de esta época, existían tres factores que daban la medida de las normas jurídicas, de la sentencia y de la ejecución y éstos son: la lesión jurídica, la temibilidad del infractor, así el legislador diferencia entre la temibilidad social y la temibilidad criminal, refiriéndose la primera al individuo peligroso para la sociedad aún antes de delinquir, y se da por la probabilidad de que un sujeto se transforme en delincuente y la segunda depende del grado de probabilidad de que un delincuente se transforme en reincidente. La sentencia depende de la clase de enmienda y curación.

Así, en su artículo 59 consideraba:

³⁹ LEYES PENALES MEXICANAS. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Editorial Talleres Gráficos de la Nación. Págs. 9 y sigs.

"Existe inimputabilidad cuando se provoca automatismo cerebral, por ingestión de sustancias, en forma accidental e involuntaria y se asimila el trastorno mental, cuando el automatismo cerebral que perturba al conciencia es provocado por la acción accidental e involuntaria sin conocimiento del sujeto de sustancias tóxicas o enervantes y el estado psíquico anormal pasajero y de orden patológico que perturbe las facultades y les impida conocer la ilicitud del acto u omisión si el sujeto no se produjo conscientemente tal estado".

1.8.3 Código Penal 1931.

El Código Penal para el Distrito Federal de 1931 señalaba en su artículo 15 fracción VII, como una de las causas de exclusión de delito la siguiente:

"Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentra considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69 bis de este código".

Anteriormente a las reformas del 10 de enero de 1994, este Código Penal mencionaba en su artículo 15 fracción II, como causas excluyentes de responsabilidad las siguientes:

"Hallarse el acusado, al cometer la infracción en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental o involuntario de sustancias

tóxicas, embriagantes o estupefacientes o por un estado toxico infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio”.

Así también, el artículo 24 de esta legislación hablaba de la reclusión de “locos, sordomudos, degenerados...”, actualmente se hace referencia al tratamiento de inimputables.

De igual manera mencionaba en su artículo 68 lo siguiente:

“los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales y que hayan ejecutado hechos o incurridos en omisiones definidos como delitos serán reclusos en manicomios...”.

1.9 Historia de los hospitales psiquiátricos.

En Europa, durante los siglos XII y XIII se da en la mayor parte de Europa un crecimiento rápido en la construcción de los leprosarios (lugar donde hacinaban leprosos). Durante los siglos XIV, XV y XVI, la lepra disminuyó progresivamente hasta su desaparición en el siglo XVII aproximadamente. Sin embargo, la desaparición de la lepra, no es el resultado de la práctica médica sino de la segregación; de tal manera que el confinamiento termina con el último leproso, no así con los leprosarios que continuaron en pie por muchos años, primero como hospitales generales y posteriormente como psiquiátricos.

Conforme los leprosarios van quedando vacíos, comienzan a aceptar a un nuevo tipo de enfermo contagioso. Así al finalizar el siglo XV, la lepra empieza a verse sustituida por la enfermedad venérea. Dentro de los mismos leprosarios, enfermos venéreos y leprosos son confinados y tratados por igual, son enfermos contagiosos que deben pagar en vida sus pecados. Sin embargo las enfermedades venéreas llegan rápidamente a constituir un asunto médico, por lo que pasan de los leprosarios a los hospitales.

Sin embargo, no es hasta el siglo XVII, en el momento que desaparece el último leproso, cuando el loco va a ocupar el lugar de éste.

El loco, en este siglo, va a parar al lado de todos los pobres entre las paredes de los hospitales generales (antes leprosarios), los cuales tenían dos caras, una de bondad y otra de represión.⁴⁰

En el siglo XIX, con el surgimiento de la psiquiatría, surgen los hospitales psiquiátricos y se le empieza a dar al enfermo mental una atención especializada.

En México, durante la colonia, Hernán Cortés fundó el hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy Jesús de Nazareno. Más adelante, Bernardino Álvarez a su regreso a la Nueva España, se dedicó durante algunos años a cuidar enfermos en el actual Hospital de Jesús; para fundar el 2 de septiembre de 1566 el Hospital de San Hipólito, donde caritativamente eran atendidos los enfermos, ancianos y enajenados mentales.

Un siglo después José Sáyo, y su esposa, recogen y alojan en su hogar a algunas enfermas mentales, que abandonadas, vagaban mendigando por la ciudad. En 1690, el Arzobispo Francisco Aguilar y Seijas decide ayudar a esta obra, e instala a las 60 pacientes en una casa situada frente a al iglesia de San Pedro y San Pablo, hasta que la congregación del Divino Salvador compra una casa en "La Canoa", construyendo un hospital para enfermas mentales, en 1700.

En México independiente, la orden de los hipólitos es suprimida por decreto de las constituciones españolas, el 1 de octubre de 1821; el Hospital de san Hipólito pasa a manos del ayuntamiento, pero los religiosos exclaustros continúan cuidando de los enfermos mentales hasta 1843.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura. Tomo I, 7ª reimpresión. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 1998. Pág. 132.

En Guadalajara en 1860 se construyen dos hospitales psiquiátricos, uno para hombres y otro para mujeres; y en Monterrey el Hospital Civil organiza un departamento para enfermos mentales.

En el siglo XX, para conmemorar el primer centenario de la Independencia, el gobierno del General Porfirio Díaz crea el "Manicomio General", inaugurado el 1 de septiembre de 1910; al que por haberse construido en terrenos de la hacienda La Castañeda se le conoció con ese nombre, se construyó en 2 años, tenía cupo para 800 a 1000 enfermos, pero llegó a contener más de 3,500.

En 1944 fue instituida "La Granja de Recuperación para Enfermos", de León, Guanajuato; en ella, la política a seguir se fundamentó en el abandono de las actitudes rígidas, duras, coercitivas, para dar importancia a la ocupación, a la recreación y a la libertad de los pacientes.

Posteriormente se crearon los siguientes establecimientos para atención a enfermos mentales: Hospital "Bernardino Álvarez", Hospital Granja "La Salud", de Soquiapan, estado de México (1961), Hospital "Granja para Enfermos Mentales", de Villa Hermosa Tabasco (1962), Hospital Campestre "José Sáyo", en Tepexpan, Estado de México (1962), Hospital granja "Cruz del Sur", en Oaxaca (1963), Hospital Granja "Cruz del Norte", en Hermosillo, sonora (1964), "Instituto Nacional de Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral", en Tlalpan, Distrito federal (1964).⁴¹

⁴¹ QUIROS CUARÓN, Alfonso. Medicina Forense. 10ª edición. Editorial Porrúa. México 2001. Págs. 725 y 726.

CAPÍTULO 2

PSIQUIATRÍA MÉDICA

2. PSIQUIATRÍA MÉDICA

SUMARIO: 2.1 Demencias, delirium y síndromes orgánicos. 2.1.1 Definición y clasificación. 2.1.2 Demencia senil. 2.2 Epilepsias, 2.2.1 Definición. 2.2.2 Aspectos médico-legal de la epilepsia. 2.3 Retraso mental. 2.3.1 Definición. 2.3.2 Trastornos mentales y retraso mental. 2.3.3. Etiología y patogenia del retraso mental. 2.4 Alcoholismo. 2.4.1 Definición. 2.4.2 Farmacología y fisiopatología del alcohol. 2.4.2.1 Dependencia del alcohol. 2.4.3 Psicosis alcohólica. 2.5 Farmacodependencias. 2.5.1 Definiciones. 2.5.2 Opio, morfina y heroína. 2.5.3 Barbitúricos. 2.5.4 Benzodiacepinicos y tranquilizantes. 2.5.5 Cocaína. 2.5.6 Marihuana y cannabinoles. 2.5.7 Anfetaminas. 2.5.8 Inhalantes. 2.5.9 Ácido lisérgico y alucinógenos. 2.5.10 Psicosis por sustancias psicoactivas. 2.6 Trastornos afectivos maniaco-depresivos. 2.6.1 Definición. 2.6.2 Etiología y neurobiología. 2.7 Las esquizofrenias. 2.7.1 Definición. 2.7.2 Causas de la esquizofrenia. 2.8 Trastornos de la personalidad. 2.8.1 Definiciones. 2.8.2 Psicología de la personalidad. 2.8.3 Trastorno con conductas antisociales. 2.9 Trastornos sexuales. 2.9.1 La conducta sexual humana. 2.9.2 Patogenia y etiología.

2.1 Demencias, delirium y síndromes orgánicos.

Desde hace mucho tiempo se conocen en medicina la asociación de ciertos síntomas psíquicos y cursos de evolución clínica con algunas enfermedades mentales debido a una afección orgánica del cerebro que se produce de forma global y progresiva.

2.1.1 Definición y clasificación.

Demencia.- Se define como demencia a los síndromes clínicos de naturaleza crónica o progresiva, que si no se tratan (o aún con tratamiento) son irreversibles e incurables. Estos síndromes (conjunto de síntomas) se caracterizan esencialmente por el deterioro de la orientación, memoria, comprensión, habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio, pero también pueden encontrarse superficialidad e inestabilidad del afecto, o una persistente alteración del ánimo, falta de las normas éticas, aparición de rasgos nuevos de la

personalidad, o exageración de los preexistentes, así como disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes.

Delirium.- Es el nombre que se le da a las psicosis orgánicas de corta duración, en las cuales las características arriba enumeradas pasan a un segundo término frente a la obnubilación (ofuscación) de la conciencia, la confusión, desorientación, ilusiones y a menudo intensas alucinaciones.

Existen otros *síndromes orgánicos* distintos de la demencia y el delirium, entre los cuales se encuentran:

El síndrome amnésico.- Se caracteriza por pérdida de la memoria reciente asociada a confabulaciones; el paciente no es capaz de retener una información que le ha sido dada pocos minutos antes y además inventa para suplir las fallas de su memoria. El ejemplo típico es el llamado síndrome de Korsakoff.

El síndrome alucinóscico se distingue por la presencia de alucinaciones visuales, auditivas o ambas.

El síndrome orgánico de la personalidad es debido a enfermedad o lesión cerebral (por ejemplo los cambios de personalidad que se presentan después de una conmoción cerebral, de una encefalitis u otra lesión o enfermedad que afecte principalmente a los lóbulos prefrontales del cerebro.

El síndrome orgánico delirante se identifica por síntomas paranoides, delirantes y alucinatorios que semejan a la esquizofrenia. No debe de confundirse con el síndrome del delirium en el que predomina la perturbación del estado de conciencia.

El síndrome orgánico afectivo se caracteriza por manifestaciones de tipo eufórico (maníaco), o de tipo depresivo (tristeza y abatimiento) o una mezcla de

ambas: tristeza y alegría patológicas, inmotivadas. Se presentan con frecuencia en ciertas enfermedades endocrinas, particularmente con aquellas relacionadas con las estructuras hipotalámicas del cerebro y con la hipófisis.

El síndrome de intoxicación es producido por sustancias o por fármacos que originan perturbaciones en la conducta al alterar pasajeramente la función cerebral. No necesariamente la intoxicación es debida a fármacos o drogas que causen farmacodependencia.

El síndrome de abstinencia o síndrome de supresión es causado por la brusca interrupción de un fármaco que produce dependencia física y psíquica en un paciente que lo consumía de tiempo atrás. Además de una serie de síntomas físicos se presentan síntomas psíquicos, principalmente ansiedad, preocupación y agitación psicomotora.

Los que anteriormente se llamaron *síndromes cerebrales crónicos* forman un grupo de enfermedades que resultan generalmente de lesiones estructurales del cerebro, originadas por causas distintas y que desafortunadamente en su mayor parte son enfermedades irreversibles. No obstante, hay algunas de ellas que pueden ser curables, las llamadas pseudo demencias.⁴²

2.1.2 Demencia Senil.

La demencia senil es un síntoma proveniente de una enfermedad cerebral, a veces progresiva, que se caracteriza por la declinación del intelecto y de la personalidad y que refleja una perturbación de la memoria, la orientación, la capacidad del pensamiento conceptual y a veces del afecto. Se describen como principales características de la demencia las siguientes: pérdida de la memoria,

⁴² SERPA FLORES, Roberto. *Psiquiatría Médica y Jurídica*. Editorial Temis. Santa fe de Bogotá, Colombia 1994. Pág. 36.

deterioro del intelecto, cambios de la personalidad, desórdenes afectivos y síntomas neurológicos focales.

La edad media del comienzo de la demencia senil es de 73 a 74 años en los hombres y de 75 en las mujeres. El síndrome de la demencia senil es autónomo y no está relacionado con la senilidad ni con las demencias preseniles, es familiar y no hay pruebas de que los factores sociales intervengan en su causas.⁴³

2.2 Epilepsias.

A comienzos del siglo XIX se consideraba a la epilepsia como una enfermedad psiquiátrica y se le incluía en uno de los tres grandes "círculos de psicosis endógenas"; los otros dos eran las esquizofrenias y las psicosis maníaco-depresivas. Con el progreso de la medicina, especialmente de la fisiopatología y de las neurociencias, la epilepsia ha pasado a ser una enfermedad neurológica. Sin embargo, la gran frecuencia con que se encuentran síntomas psíquicos y psicosis en la epilepsia ha hecho que los psiquiatras deban atender problemas psiquiátricos en pacientes epilépticos.

2.2.1 Definición.

La epilepsia (enfermedad epiléptica, psicosis epiléptica, demencia epiléptica) es conocida desde la más remota antigüedad. Llamó la atención en todas las épocas por su característica fundamental: ataques con convulsiones que producen gran impresión. Hoy en día, únicamente se reserva la palabra epilepsia para las crisis cerebrales resultantes de las descargas simultaneas de un grupo de células.

⁴³ SERPA FLORES, Roberto, Op. cit. Pág. 38

Anteriormente los psiquiatras y neuropatólogos dividían la epilepsia en dos formas: genuina y somática. Como los mismos nombres lo indican, la primera se refería a la enfermedad condicionada por una herencia desfavorable y la segunda a distintas enfermedades manifestadas por síntomas epileptiformes y síntomas relacionados con trastornos cerebrales aparecidos durante la vida del enfermo. En la actualidad esta diferenciación no tiene razón de ser, no se debe diferenciar la epilepsia genuina, ya que no hay bases para considerar que la epilepsia dependa únicamente de la herencia desfavorable y tampoco existe motivo para hablar de epilepsias sintomáticas, ya que en cada caso, cuando las manifestaciones epilépticas tienen lugar en diferentes enfermedades cerebrales, hay que referirse precisamente a esta enfermedad, sin más que señalar en ella el síndrome epileptiforme, por ejemplo, el alcoholismo crónico con síndrome epileptiforme.

Por eso, cuando hablamos de epilepsia o enfermedad epiléptica, incluimos en dicho concepto la noción de una determinada enfermedad relacionada con una herencia desfavorable y con otros factores patológicos del medio, y de la cual se deben separar todas las enfermedades restantes que van acompañadas de manifestaciones epileptiformes.

La epilepsia se caracteriza por dos grupos de síntomas: 1) de corta duración, aparecidos periódicamente, y 2) permanentes o estables, que se mantienen durante el curso de toda la enfermedad y que aumentan paulatinamente. Al grupo de las manifestaciones periódicas corresponden los ataques epilépticos grandes, los ataques pequeños y los equivalentes psíquicos.

La primera forma o estado crepuscular de la conciencia, como todas las formas de los equivalentes psíquicos de la epilepsia, aparece de súbito. En el estado crepuscular hay un profundo trastorno de la conciencia. Los enfermos se muestran desorientados en el tiempo, el espacio y las personas. La realidad se deforma por percepciones ilusivo-alucinatorias.

Son especialmente característicos los trastornos de las percepciones visuales y auditivas. Los enfermos ven figuras terroríficas coloreadas en tonos rojo brillante, sangre, fuego, cadáveres ensangrentados, gente que atacan; ante ellos se ejecutan sangrientas torturas, oyen voces, canciones y amenazas. La percepción de la realidad, deformada por estos trastornos, determina la agresividad de los enfermos, su peligrosidad para quienes les ordenan, a los que les atacan poniendo en juego todos sus medios de defensa. Cometan homicidios e incendios, se tiran por las ventanas. En los epilépticos es muy típica su gran crueldad.

A veces, en los estados crepusculares aparece el éxtasis, durante el cual los enfermos quedan fijos en determinadas posturas. Este estado se halla relacionado generalmente con alucinaciones de índole religiosa y sensual. El estado crepuscular se acompaña de la subsiguiente amnesia total y a veces parcial.

La segunda forma del equivalente psíquico es un estado especial de conciencia. A diferencia de los crepusculares, los estados especiales no van acompañados de obnubilación profunda de la conciencia, no observándose por esto la ulterior amnesia profunda. Su duración es la misma que la del estado crepuscular. En ellos se observan trastornos de la percepción y alteración del estado de ánimo, no siendo raras las ideas delirantes de relación y de persecución. Aun conservando la orientación del lugar, tiempo y personas que les rodean, los enfermos perciben cambios en el mundo exterior. Aseguran que los que les rodean maquinan algo contra ellos, se confabulan, les quieren matar, etcétera. Sus pensamientos tienen un fondo melancólico, de tristeza y de temor. Durante el estado especial los enfermos constituyen un gran peligro ya que de acuerdo con sus ideas delirantes, realizan brutales agresiones.

La tercera forma del equivalente psíquico epiléptico es el estado de automatismo ambulatorio. En el la conciencia del enfermo se estrecha y realiza actos muy complejos que exteriormente presentan un carácter ordenado.⁴⁴

2.2.2 Aspecto médico-legal de la epilepsia.

En las epilepsias en que hay pérdida de la conciencia acompañada de síntomas psíquicos se dan las circunstancias en las cuales no puede haber comprensión de lo ilícito ni libertad de la voluntad; tal es el caso de las crisis psicomotoras o crisis parciales complejas. En otras formas de epilepsia como en la variedad de gran mal desencadenada por alcohol, supresión de sueño o gran fatiga, hay mayor posibilidad de que se produzcan conductas violentas que el paciente no puede inhibir ni comprender, lo mismo puede suceder en las epilepsias generalizadas secundarias de gran mal precedidas de crisis de ausencias. A pesar de todo lo que se ha dicho, no hay pruebas estadísticas de que los epilépticos tengan mayor propensión a delinquir que los no epilépticos.⁴⁵

2.3 Retraso mental.

La definición del retraso mental puede ser motivo de confusión si se considera únicamente como retardo de la inteligencia. En el estudio del retraso mental confluyen una serie de disciplinas, entre ellas la neurología, la psiquiatría, la psicología y la pedagogía. Así los expertos ha sugerido que el retraso mental debe ser definido desde tres ejes: uno sería el "síndrome psiquiátrico-clínico", otro sería el "nivel intelectual" y el otro los "factores etiológicos asociados".⁴⁶

⁴⁴ SLUCHEVSKI, I.F. Psiquiatría. Editorial Grijalbo. México 1980. Págs. 321, 323 y 324.

⁴⁵ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 46.

⁴⁶ Ibídem. Pág. 47

2.3.1 Definición

El CIE 10⁴⁷ (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales) define al retraso mental como "un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene, lo que se caracteriza especialmente por la subnormalidad de la inteligencia". La evaluación del nivel intelectual deberá hacerse con base en cualquier información disponible, incluso la conducta adaptativa, la evidencia clínica y los datos psicométricos. El retraso mental involucra trastornos psiquiátricos, con frecuencia puede desarrollarse como consecuencia de algún traumatismo o enfermedad somática y se hallan alteraciones secundarias de la personalidad y dificultades de adaptación, junto con el retardo de la inteligencia, así sea este último el factor predominante.

El empleo de pruebas de inteligencia para la evaluación del retraso mental es muy útil, pero se debe correlacionar con el juicio clínico respecto a la conducta personal, social y la adaptación del individuo.

Se ha recomendado que para la clasificación de las personas con retraso mental se deje constancia de cuatro categorías de información: el grado de menoscabo mental, los factores biológicos u orgánicos etiológicos asociados, el trastorno psiquiátrico asociado y los factores psicosociales.

2.3.2 Trastornos mentales y retraso mental.

Los individuos que tienen retraso mental suelen sufrir con frecuencia otros trastornos mentales, por ejemplo episodios delirantes agudos, reacciones

⁴⁷ La Clasificación Internacional de Enfermedades se concibió fundamentalmente en su origen con fines estadísticos para la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de incluir todas las enfermedades, y por tanto también las mentales, a las que dedicaba un capítulo. Las revisiones se han venido haciendo aproximadamente cada diez años. La última revisión (CIE 10) se publicó en 1992 para lo cual se realizaron estudios de campo en 40 países que involucraron alrededor de 100 instituciones.

paranoides, episodios psicóticos delusivos, esquizofrénicos o similares, episodios maníacos o depresivos, son las antes llamadas psicosis injertadas.

Por el contrario son menos frecuentes los trastornos de la personalidad en los retrasados mentales, excepto en los grados más ligeros y moderados de retraso. En efecto, parece que la personalidad del retrasado mental, por su escasa diferenciación y desarrollo, no es compatible con la elaboración compleja de tal tipo de trastornos de la personalidad.

La combinación de epilepsia y retraso mental es, en cambio, frecuente, lo que añade rasgos especiales a los síntomas del retraso mental procedentes de la disfunción cerebral que trae consigo la epilepsia.⁴⁸

2.3.3 Etiología y patogenia del retraso mental.

El retraso mental de origen orgánico puede ser debido a muchas causas: a estados patológicos de los cromosomas, de las células reproductoras de los padres, a factores etiológicos que actúan en el período intrauterino, o a factores que actúan en el período prenatal o en los primeros años de vida post-natal.

Las alteraciones hereditarias pueden ser de varios tipos; unas veces son formas genéticas de retraso mental, como por ejemplo, tipos poligénicos de herencia, o microcefalia auténtica; otras veces surgen por daños en las células reproductoras de los padres, alteraciones bioquímicas por trastornos de ciertas enzimas que pueden afectar al metabolismo proteínico y a veces, porque hay alteraciones de los cromosomas que originan el retraso mental, como la trisomía 21, (síndrome de Dawn, o mongolismo), o alteraciones de cromosomas sexuales o cromosomas X (síndrome de Klinefelter, síndrome de turner), o del cromosoma Y (síndrome de la triple Y en los varones).

⁴⁸ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 49.

Durante el proceso intrauterino pueden producirse lesiones que impidan el correcto desarrollo y crecimiento del feto, al dificultársele el suministro del oxígeno y las sustancias nutritivas como la glucosa por intermedio de la sangre materna y de la placenta.

Entre varias formas clínicas de retraso mental causadas en la vida intrauterina, son importantes las causadas por factores inmunológicos (como la incompatibilidad antigénica madre-hijo), por factores RH y ABO, o por infecciones sufridas por la madre durante el embarazo (rubéola, sarampión, hepatitis, parotiditis); o por enfermedades como la toxoplasmosis, la sífilis congénita, los trastornos hormonales y los endocrinos de la madre durante el embarazo, o por factores tóxicos.

Durante el período postnatal se produce retraso mental por factores exógenos, lesiones durante el nacimiento, lesiones e intoxicaciones en los primeros años de vida. Otras formas de retraso mental son causadas por encefalitis, o por lesión cráneo-cerebral en el período infancia, o por trastornos sensoriales graves (ceguera, sordera) o cuando hay retraso mental que se asocia a defectos del lenguaje, como cráneo-estenosis e hidrocefalo congénito.⁴⁹

2.4 Alcoholismo.

Desde tiempos remotos el hombre aprendió a fermentar grano y frutas, para obtener sustancias que le provocaran un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas, de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones.

El estado de embriaguez que produce la ingestión del alcohol da al individuo un bienestar fisiológico y anímico, que aunque efímero, cuando se convierte en hábito, ocasiona importantes lesiones orgánicas y trastornos

⁴⁹ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 50.

mentales, con repercusiones en el sistema nervioso, en la conducta y salud del sujeto, como depresión clínica, confusión, psicosis, etcétera.

Por lo tanto, el alcoholismo no es solamente un problema médico sino también un problema jurídico social.

2.4.1 Definición.

La Organización Mundial de la Salud define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.⁵⁰

En medicina legal se cobijan, bajo el título de alcoholismo, la ebriedad (alcoholismo agudo) y el alcoholismo crónico: el primero es consecuencia de la ingestión masiva de bebidas alcohólicas y el segundo deriva de la intoxicación orgánica lenta y progresiva que, cursando varias etapas, constituye una auténtica enfermedad.⁵¹

Existen dos factores esenciales que determinan qué es un alcohólico. El primero es la bebida excesiva y repetida. El segundo elemento, es el daño que resulta de la ingestión del alcohol.

⁵⁰ "Alcoholismo", Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99, © 1993-1998

⁵¹ CABELLO, Vicente. Op. cit. Pág. 58

2.4.2 Farmacología y fisiopatología del alcohol.

El volumen y el patrón de abuso del alcohol son los factores decisivos en la producción de lesiones orgánicas en el alcohólico; dicho daño debe esperarse en los casos en que el consumo del alcohol se ha manifestado durante períodos largos en cantidades grandes. Hasta cierto nivel el alcohol puede ser asimilado por el organismo, pero más allá de ese límite se llega a un punto de saturación y los efectos del alcohol se hacen evidentes. Aunque se han atribuido a otros factores alguna responsabilidad en las lesiones orgánicas de los alcohólicos (por ejemplo, la desnutrición y la predisposición genética), lo esencial es el patrón de abuso de alcohol y el volumen ingerido.

El alcohol se absorbe rápidamente por el tracto gastrointestinal cuando está vacío, especialmente por el intestino delgado y se destruye en todo el cuerpo, de acuerdo con el contenido de agua en los tejidos. El hígado es el metabolizador del alcohol.⁵²

2.4.2.1 Dependencia del alcohol.

Para diagnosticar la dependencia del alcohol se han establecido criterios objetivos como ingerir más de 80 gramos de alcohol diariamente y, tener una tolerancia mayor de 150 mg. de alcohol y síntomas de dependencia y ser bebedor continuo, a pesar de que tal hábito cause problemas psicológicos, sociales, familiares y físicos y encontrar cifras anormales en las pruebas de laboratorio en la sangre.⁵³

⁵² SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 52

⁵³ *Ibidem.* Pág. 53

2.4.3 Psicosis alcohólica.

El alcohol además de sus efectos generales sobre el sistema nervioso, puede causar síndromes psicóticos orgánicos: delirium, alucinaciones alcohólicas, síndrome de abstinencia o de supresión, síndrome amnésico confabulatorio, celotipias alcohólicas y demencia.

El **delirium alcohólico** es un síndrome delirante agudo con alteración del estado de la conciencia que se acompaña de ilusiones, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles.

El **delirium tremens** es un síndrome delirante originado por la abstinencia o supresión del alcohol, es decir, se presenta en un alcohólico que suprime abruptamente la ingestión de alcohol después de haber estado bebiéndolo durante mucho tiempo. Se caracteriza por un estado de delirio agudo asociado a un estado de ansiedad y de confusión, con alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, inquietud y agitación psicomotora; hay temblor muy notorio (de ahí su nombre: "delirium tremens"), sudor muy copioso y es una emergencia médica que con frecuencia causa colapso cardiovascular e insuficiencia cardíaca.

El **síndrome de Korsakoff**, se caracteriza por amnesia de fijación y confabulaciones, el paciente es incapaz de retener en su memoria información recibida pocos minutos antes y además inventa recuerdos para suplir las fallas de su memoria. Se ha establecido que este síndrome es causado no solamente por efecto directo del alcohol, sino por carencia de un componente del complejo vitamínico B, la tiamina, que causa lesiones en una región de la base del cerebro, cerca de los cuerpos mamilares.

Las **alucinaciones alcohólicas** se caracterizan por alucinaciones auditivas, generalmente en forma de voces que el alcohólico escucha, sin que haya alteración del estado de conciencia.

Las celotiplias alcohólicas o delirio de celos alcohólico es un sistema delirante crónico con contenido de celos.

La demencia alcohólica es la pérdida progresiva de la memoria, el juicio y las funciones cognitivas que se presenta en los alcohólicos.⁵⁴

2.5 Farmacodependencias.

Hay un grupo de sustancias que actúan sobre el sistema nervioso produciendo efectos nocivos sobre la conducta entre los cuales el más notorio es la necesidad imperiosa de consumirlos. Anteriormente se emplearon palabras tales como abuso o toxicomanía para referirse a los efectos de éstos fármacos, sin embargo, el término correcto es farmacodependencia.

2.5.1 Definiciones.

La Organización Mundial de la Salud, define el término farmacodependencia como un "estado psíquico y a veces físico, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irresistible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia"⁵⁵

Así una persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.

Por otra parte, se llama abuso de drogas al consumo exagerado de estas sustancias, en el abuso simple hay poca tendencia a aumentar las dosis, y en la

⁵⁴ *Ibidem*, Pág. 53.

⁵⁵ OMS, Informe del comité de expertos que causan farmacodependencia. Ginebra, 1969.

dependencia psíquica hay un impulso psíquico a usar el fármaco para sentir el placer que produce, o evitar el malestar que su supresión acarrea.

La dependencia física es un estado de adaptación del organismo al fármaco, que se manifiesta por severos síntomas físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Los síntomas de dependencia física forman el llamado *síndrome de abstinencia*, o *síndrome de supresión*, característico de estos fármacos y que desaparece al administrar la sustancia que produce la dependencia física.⁵⁶

Existen varios tipos de farmacodependencias, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) Tipo alcohol (por bebidas alcohólicas).
- 2) Tipo anfetaminas (anfetaminas, metilfedinato, fenmetracina).
- 3) Tipo barbitúrico (barbitúricos, cloral, metacualona, benzodicepinas).
- 4) Tipo cannabis (marihuana, haschis).
- 5) Tipo cocaína (cocaína en polvo y hoja de coca).
- 6) Tipo alucinógenos (lisérgida, ácido lisérgico, mescalina dimetiltriptamina, psilocibina-hongos).
- 7) Tipo jat, Khat en la grafía inglesa (preparación de *Catha edulis*).
- 8) Tipo opiáceos (opio, morfina, heroína y otros alcaloides de la morfina; productos sintéticos de efectos morfínicos).
- 9) Tipos de los solventes volátiles, gasolina, tolueno, pegantes sintéticos, agentes anestésicos).

2.5.2 Opio, morfina y heroína.

El opio, es un narcótico que proviene de la desecación del jugo de las cápsulas verdes de la amapola (*Papaver somniferum*) y contiene varios alcaloides

⁵⁶ ídem.

como: morfina (10 %), codeína (0.5%), tebaína (0.3%), papaverina (1%), narcotina (6%), narceína (2%) y otros en cantidades mínimas.

Por su parte, la morfina, es también una sustancia narcótica, alcaloide del opio, cuyas sales muy venenosas, se emplean en medicina como calmante. Así por procesos de laboratorio se han obtenido de la morfina productos tales como la heroína, dionina, dihidromorfina, etcétera.

A lo anterior, es necesario agregar algunos de los efectos que producen la morfina y heroína:

La *morfina* produce un efecto soporífero, con sensación de adormecimiento, calma y reposo, beatitud y ensueño. Los efectos físicos son: lentitud y depresión de la respiración por inhibición del centro respiratorio del bulbo raquídeo, estrechamiento de la pupila y otros síntomas de estimulación del sistema parasimpático.

En la intoxicación aguda por morfina hay una fase premonitoria de excitación psíquica seguida de somnolencia, astenia, sueño pesado que puede llegar al coma, el pulso y la respiración se hacen lentos, las pupilas se contraen y la piel se cubre de sudor, el ritmo respiratorio se hace cada vez más irregular y en casos extremos puede producirse la muerte.

La intoxicación crónica es más frecuente en personalidades inmaduras e inestables con rasgos psicopáticos, aunque no solamente en ellas. Después de un período variable de estar consumiendo la droga, el adicto llega a un estado en el cual hay euforia y cierto equilibrio, cree que su inteligencia y sensibilidad son más vivas, pero en realidad la producción intelectual y la sensibilidad afectiva disminuyen. Poco a poco se va perdiendo el interés por todo lo que no sea conseguir la droga, valiéndose para ello de cualquier medio, buscando pretexto de toda índole para obtener las prescripciones médicas que le permitan adquirirla.

Casi siempre el morfinómano abandona su trabajo, pierde sus valores éticos, el sentido del honor y de la propia dignidad; se alimenta mal, tiene signos de desnutrición y frecuentemente se infectan los sitios en donde se aplican las inyecciones.

Psíquicamente se aprecia un estado de deterioro progresivo de las facultades intelectuales, asociado a irritabilidad, trastornos afectivos, decadencia moral, pérdida de la voluntad. El riesgo de contraer infecciones es muy grande, desde abscesos hasta sida.

La dependencia física puede comenzar rápidamente en el curso de un tratamiento por estupefacientes. Cohen, dice que la dependencia y el hábito aparecen con menos de 40 Mg. de sulfato de morfina inyectados diariamente de una a cuatro semanas.⁵⁷

La dependencia del opio y de los agentes similares a la morfina, tiene como característica sobresaliente que la dependencia física y psíquica y la tolerancia pueden comenzar por la administración repetida de pequeñas dosis de las empleadas en la terapéutica.

Para el diagnóstico de la dependencia de la morfina se utiliza la prueba de la nalorfina (nallina) que consiste en inyectar tres miligramos de esta sustancia en el sujeto de quien se sospecha sea farmacodependiente de la morfina: al cabo de pocos minutos se nota la dilatación de la pupila y aparece el síndrome de abstinencia.

La heroína tiene una acción analgésica más fuerte que la morfina y además un efecto euforizante. Su efecto es más rápido que el de la morfina, dura de 1 a 2 horas, el efecto de la morfina dura de 4 a 5 horas y el opio de 8 a 12 horas.

⁵⁷ COHEN. Estudio clínico de toxicomanía. 1989. Pág. 19.

La tolerancia y la dependencia física aparecen en la heroína con mayor rapidez. El heroínómano se inyecta, cada vez, con intervalos más cortos, no solamente para buscar la euforia, sino por temor a los efectos de abstinencia. El adicto corre un gran riesgo al no saber exactamente que dosis se está aplicando; así como una dosis baja o media puede causar síntomas de supresión o abstinencia, una dosis alta puede matar al adicto, en consecuencia, como término medio el adicto a la heroína no sobrevive a más de seis o siete años, muere ya sea por la desnutrición, hepatitis, endocarditis, embolia, flebitis, por las complicaciones del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o por intoxicación.

Los síntomas de abstinencia aparecen a las doce horas después de aplicada la última dosis y son: debilidad, somnolencia, dolores, sudor, intranquilidad, escalofríos, vómitos, deshidratación.

La heroína tiene una acción criminógena directa, pues aunque produce somnolencia como la morfina, "no quita el gusto de la acción y da cierto grado de descaro y osadía. Es diferente al opio que causa sensaciones de ataraxia y tranquilidad.

Gran parte de los delitos cometidos en Nueva York y los Angeles son originados por el consumo de heroína.

El tratamiento y rehabilitación de los faramacodependientes de la heroína y la morfina es muy difícil y trae consigo problemas, entre ellos la organización de instituciones especiales para tal objeto. Los tratamientos, en general, comprenden tres métodos: la abstinencia, el uso de antagonistas de los narcóticos y el uso de la autoridad.⁵⁸

⁵⁸ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 61

2.5.3 Barbitúricos.

Los barbitúricos son medicamentos hipnóticos y sedantes, derivados de la malonilurea. Se clasifican en barbitúricos de acción corta, como el hexobarbital, de acción intermedia, como el pentobarbital y de acción larga, como el fenobarbital. Los barbitúricos de acción lenta tienen efecto acumulativo y las personas que los toman despiertan a veces con sensación de cansancio. Los de acción media se usaron durante mucho tiempo para combatir el insomnio, pero ahora se usan cada vez menos por el riesgo de producir farmacodependencia. Su venta está sometida a trámites de control en la mayor parte de los países. Los de acción larga se usan en el tratamiento de epilepsia.

La dependencia de barbitúricos se presenta generalmente en aquellas personas que desean dominar el insomnio o la tensión ansiosa y toman estos medicamentos con tal objeto. Poco a poco van desarrollando la tolerancia y se ven obligados a aumentar las dosis. Los síntomas más visibles son: desórdenes motores, marcha vacilante, ataxia, dificultad para articular palabras, somnolencia, debilidad del juicio, dificultad para realizar ciertas tareas que requieren habilidad psicomotora y coordinación.

La supresión brusca de la ingestión de barbitúricos en una persona acostumbrada a ellos, puede originar un estado de delirio de supresión, con temblores, alucinaciones, fiebre, vómitos, deshidratación y también puede provocar crisis convulsivas.

La asociación de los barbitúricos con el alcohol es muy peligrosa porque sus efectos se potencian. Los barbitúricos hacen desaparecer los síntomas de abstinencia que produce el alcohol y este anula al menos parcialmente los síntomas de supresión de los barbitúricos.

Los toxicómanos adictos a los barbitúricos mueren a veces por sobredosificación, pueden llegar a estar tan somnolientos que no se dan cuenta de la dosis que ingieren. Si bien el suicidio es un accidente relativamente frecuente en las personas dependientes de estas drogas; especialmente cuando se asocia a un estado depresivo, debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad de muerte accidental por sobredosis inadvertida sin que haya habido intención suicida.

La intoxicación aguda y subaguda por barbitúricos se caracteriza por ebriedad, torpeza, lentitud de la ideación que puede llegar hasta la confusión, trastorno de la coordinación motora que se exteriorizan por una pronunciación lenta y defectuosa, marcha tambaleante y equilibrio precario, trastornos psíquicos como irritabilidad, emotividad excesiva, a veces agitación y crisis de ansiedad.

La intoxicación crónica, es consecuencia del aumento de la dosis por tolerancia adquirida y se caracteriza por lentitud de los procesos psíquicos, alteraciones de la memoria y del juicio, desinterés por el trabajo y las obligaciones, indolencia, cambio de humor, decadencia de la personalidad, descuido y abandono de las normas éticas.⁵⁹

2.5.4 Benzodiacepínicos y tranquilizantes.

Los benzodiacepínicos son sedantes que pueden producir adicción y dependencia aunque en menor grado que los barbitúricos. Los más conocidos son: clordiacepóxido, diacépan, loracepán, medacepán, clonacepán y otros con distintos nombres comerciales (liberium, valium, ativán, nobrium, rivotril).⁶⁰

⁵⁹ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 62.

⁶⁰ Ibídem. Pág. 63.

2.5.5 Cocaína.

La cocaína se obtiene de la hoja de coca, y no desarrolla casi tolerancia, más bien se ha encontrado un aumento de los síntomas objetivos y subjetivos que se interpretan como una sensibilidad a la droga; se destruye rápidamente en el organismo, lo que permite el consumo de grandes cantidades en el término de 24 horas y no ocasiona tolerancia ni dependencia física, pero sí una intensa dependencia psíquica que puede llevar a abusos a quienes la consumen.

La intoxicación aguda por cocaína es de corta duración, pero la dependencia psíquica es fuerte y se manifiesta muy rápidamente y obliga a inhalarla o a inyectarse varias veces diariamente. La frecuencia de la repetición de inhalaciones provoca estados de excitación y accidentes psicóticos agudos, con alucinaciones táctiles, visuales y auditivas acompañadas de gran ansiedad; hay además inapetencia, insomnio, mareos y excitación.⁶¹

2.5.6 Marihuana y cannabinoides.

La marihuana, es una mezcla de hojas, tallos y flores de la planta del cáñamo, *Cannabis Sativa*. Su ingrediente psicoactivo, es el tetrahidrocannabinol (THC), que se concentra en el centro de las flores, y tiene efectos alucinógenos. El hachís, es un extracto de la resina de la planta, tiene una concentración de THC ocho veces superior a la marihuana. También hay otras especies, como cannabis indica y cannabis americana.

En los cannabinoides se encuentran síndromes que varían desde la reacción ligera y breve hasta la reacción prolongada. Los síntomas comienzan a los pocos minutos de fumar marihuana o después de horas, al comer hachís.

⁶¹ *Ibíd.* Pág. 64.

El efecto específico se caracteriza por la ansiedad, el aumento de las percepciones, la euforia, seguidos de somnolencia, sedación, sueño y relajación. De igual manera, con dosis mayores se presentan efectos psicomiméticos marcados, como cambio de la percepción del tiempo, dificultad de concentrarse, de recordar y alucinaciones. A dosis mayores de 20 mg se producen efectos más severos, entre otros taquicardia e hipertensión, es probable que esto sea debido a la liberación de adrenalina al comienzo de la intoxicación.

Se ha descrito un efecto psicológico de la marihuana, que consiste en la presentación de síntomas de acción de la marihuana sin haberla fumado. Otros efectos interesantes son: disminución de la presión intraocular, descoordinación, ataxia, debilidad muscular y falta de coordinación motora.⁶²

La intoxicaciones agudas por marihuana producen síntomas físicos y psíquicos. Los síntomas psíquicos han sido divididos para su descripción en cuatro etapas: una primera de euforia con sensación de bienestar físico, deseo de hablar, comunicarse; una segunda de excitación sensorial y sensitiva, también llamada confusional, con exagerada sensibilidad de los sentidos y deformación de los objetos, ilusiones y alucinaciones (con dosis un poco mayores), tendencia a la risa sin motivo aparente, las alteraciones de la percepción pueden llevar a un sentimiento de despersonalización y a episodios psicóticos; en una tercera etapa hay una sensación de beatitud y abulia; la cuarta y última fase es el sueño.

La intoxicación crónica tiene como cambios psíquicos: cambios de la personalidad con desinterés, negligencia, decadencia ética y moral. En los casos de abuso continuo suelen presentarse verdaderos cuadros de deterioro intelectual demencial.

Se ha descrito el llamado síndrome amotivacional caracterizado, apatía, abandono de las actividades sociales y adopción de un género de vida en

⁶² *Ibíd.* Pág. 66.

comunas y en otros grupos subculturales. Se han descrito también estados paranoides agudos y reacciones depresivas pasajeras.

2.5.7 Anfetaminas.

Este grupo de aminas estimulantes comprende las anfetaminas (bencedrina, dextroanfetamina, metanfenamina, o metedrina) y la fenmetrazina o preludin. Se han usado para disminuir el apetito en las curas de adelgazamiento y para prolongar el tiempo de vigilia.

En los últimos años se ha usado la metedrina, un estimulante que en algunos casos puede llegar a ser más peligroso que la heroína.

Los adictos a la metadrina la usan para buscar un estado de excitación y repiten la dosis siguiente antes que la anterior haya terminado sus efectos. Así llegan a pasar varios días seguidos, hasta una semana, sin dormir y casi sin comer, finalmente ingieren dosis de barbitúricos para poder dormir. A pesar de que se ha descrito un síndrome de abstinencia característico como el producido por los narcóticos y los sedantes, no hay duda que la depresión y el malestar subsiguiente es un síntoma de supresión.

La gravedad de este tipo de dependencia se debe a su alta potencia criminógena, la persona dependiente de la metanfenamina puede llegar a tomar dosis muy altas y esto lo lleva a un estado de desconfianza, crisis de pánico, comportamiento agresivo y hostil con impulsos homicidas y suicidas.

Las anfetaminas se han usado últimamente en forma de cigarrillo, es decir, por inhalación, su actividad es mayor y sus efectos más graves. En Estados Unidos, lo llaman Ice.⁶³

⁶³ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. 69.

2.5.8 Inhalantes.

Esta farmacodependencia es originada por la inhalación de algunos solventes volátiles, gasolina, tolueno, pegamentos y cementos, que pueden provocar intoxicación aguda, daños de la percepción, coordinación y juicio, siendo que por lo regular los consumen bandas de muchachos, niños de la calle y marginados.

2.5.9 Ácido lisérgico y alucinógenos.

Hay un grupo substancias que han sido llamadas alucinógenos, psicodislépticos, psicodélicos. La primera de estas palabras designa su cualidad de producir alucinaciones; la segunda para designar a aquellas que producen trastornos psíquicos, y la tercera define sus efectos.

Los psicodislépticos son substancias naturales o sintéticas que producen notorias alteraciones de la percepción, las emociones, el juicio, y el sentimiento del Yo. Se llaman psicotomiméticos porque los síntomas que producen se aparecen mucho a los de las psicosis (locuras, en el lenguaje común). Entre estos síntomas están las alucinaciones de tipo visual o auditivo, las sensaciones de deformación del esquema corporal y las alteraciones afectivas que van desde el éxtasis hasta el delirio con ideas de persecución.

Entre los psicodislépticos se encuentran los productos de algunos hongos como el psilocibes, la amanita y plantas como la Banipsteria caapi. Se han aislado por síntesis química algunas substancias que originan trastornos mentales como LSD (dietilamida del ácidolisérgico) y otras como la mescalina, psilocibina, psilocina, harmina, harmalina, dimetilriptamina, bulbo-capina y otras.

Un 0.1 mg de LSD produce un estado de disociación prolongada de 8 a 10 horas, con alucinaciones y síntomas afectivos (ansiedad, terror). Pueden

presentarse fenómenos de tolerancia y hay síntomas de abstinencia. Hay dependencia psíquica que lleva a repetir las dosis una o dos veces por semana; los adictos buscan una introspección profunda con experiencias de tipo místico y un cierto enriquecimiento de la conciencia de sí mismo. Una dosis fuerte, entre 0.2 y 1 Mg, puede producir una desestructuración completa del Yo. El abuso incontrolado de LSD puede causar estados de pánico de consecuencias impredecibles acompañados de ideas de persecución y de grandeza; lo intoxicados llegan a creerse capaces de volar o de andar sobre el agua.

Ocasionalmente se encuentra el fenómeno flash-back, que es un estado tardío de intoxicación aguda, que se presenta aún semanas o meses después de haber ingerido la substancia. Otras veces se presentan reacciones con estados ansiosos o depresivos.

Se han encontrado alteraciones en los cromosomas de sujetos que han consumido LSD por largo tiempo, lo que demuestra que esta droga puede producir daños en las partículas celulares que transmiten la herencia y por consiguiente pueden causarse deformaciones hereditarias por efecto del LSD. Se ha apreciado, además, que algunas personas que consumen frecuentemente esta droga permanecen largo rato confusas, desorientadas y amnésicas, aun después de haber tomado la última dosis un tiempo atrás.

También se ha descrito un síntoma llamado en francés dagache y en inglés drop-out, caracterizado por desinterés total, con abandono del domicilio, de las obligaciones, de falta de interés por los valores morales, y tendencia a irse a las comunidades de la subcultura de las drogas.⁶⁴

⁶⁴ *Ibidem*. Pág. 71.

2.5.10 Psicosis por sustancias psicoactivas.

A parte de las alteraciones de la conducta, que pueden considerarse el resultado de una modificación de la personalidad causada por la droga o de una personalidad anormal incluso antes de abusar de la droga, se encuentran trastornos propiamente psicóticos como consecuencia de la acción de estos fármacos.

La cocaína y las anfetaminas producen estados de ansiedad, de hiperactividad, fiebre o estados de psicotoxicidad que se manifiestan con síntomas tales como reacciones paranoides, psicosis tóxicas, alucinaciones.

La intoxicación aguda con marihuana, LSD, mescalina y psilocibina puede producir un síndrome psíquico agudo de pánico, ansiedad, confusión e ideas paranoides o un episodio psicótico depresivo que puede durar varias semanas.

Una complicación frecuente del abuso de las drogas es la sobredosisificación, que puede llevar a un estado de coma, complicación respiratoria e incluso a la muerte. Esto puede suceder con el alcohol, barbitúricos, opiáceos y estupefacientes.

2.6 Trastornos afectivo maniaco-depresivos.

Las personas que padecen el trastorno maniaco depresivo o personalidad bipolar, no pueden ejercer control sobre sus propias emociones, ya sea por su duración, intensidad o por su frecuencia. De tal manera que estas variaciones de sentimientos llegan a interferir de forma significativa en todos los ámbitos de su vida alcanzando la categoría de patológicos con consecuencias verdaderamente letales para el sujeto que padece este trastorno.

2.6.1 Definición.

La realidad clínica de la enfermedad maníaco-depresiva, es más compleja de lo que la nomenclatura psiquiátrica, trastorno bipolar, es capaz de sugerir. Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados, es decir al menos dos, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de tal manera que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipo manía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).⁶⁵

Cada ataque suele durar cuatro, seis u ocho meses. Puede también prolongarse más tiempo, hasta un año, e incluso hasta un año y medio o dos años, si bien estos casos se pueden considerar excepciones.

Ciclos de estado de ánimo y energía fluctuantes sirven como telón de fondo a un constante cambio de pensamientos, conductas, así como de sentimientos. La enfermedad ejemplifica los extremos de la experiencia humana.

El pensamiento aparece oscilar desde una psicosis o locura a patrones de pensamiento inusualmente claros y rápidos, con asociaciones de ideas creativas, hasta desembocar en un embotamiento tan profundo que ningún tipo de actividad mental con sentido es capaz de ocurrir.

El comportamiento puede ir desde lo frenético, expansivo, bizarro o seductor hasta alcanzar el aislamiento, la inactividad y los impulsos peligrosamente suicidas.⁶⁶

⁶⁵ Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales 1992.

⁶⁶ REDFIELD, Touched. Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament. Macmillan. New York. Págs. 48 y 49.

Hombres y mujeres presentan el mismo riesgo de padecer la enfermedad, la cual típicamente suele emerger en la adolescencia o en la edad adulta temprana y continúa su progresión a lo largo de la vida del sujeto, destruyendo en el mejor de los casos si no recibe el tratamiento adecuado la vida escolar, laboral, familiar y social del sujeto, conduciendo en el peor de los casos a la persona a poner fin a su propia existencia.

En cuanto a su forma de aparición, normalmente los episodios aparecen de forma aguda. Los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. La duración de los episodios es muy variable desde unos pocos días hasta varios meses. Previamente a la aparición de medicamentos afectivos, la duración media oscilaba entre seis meses y un año, pero en la actualidad suelen ser notablemente más cortos, semanas o pocos meses. Incluso con medicación, por lo general la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maníacos.

En los intermedios entre un ataque y otro, las personas que padecen trastornos afectivos maníacos depresivos son completamente sanas, cualquiera que sea el número de ataques sufridos. Esto es de excepcional importancia, porque de ahí se deduce la naturaleza funcional de la enfermedad. Los períodos lúcidos entre los ataques son por lo común mucho mayores que el ataque mismo y la mayoría de las veces duran de tres a cuatro hasta ocho años.

Los síntomas psiquiátricos característicos del trastorno bipolar son habitualmente clasificados en una serie de categorías básicas que se enumeran a continuación.

En un episodio maníaco típico, algunos de los siguientes síntomas suelen estar presentes, hasta el punto de afectar de manera significativa al funcionamiento normal del sujeto:

- Sentimientos desproporcionados e injustificados de bienestar y euforia.
- Delirios de grandiosidad.
- Dificultad de concentración.
- Sentimientos de invencibilidad.
- Creencias no realistas sobre las propias capacidades y posibilidades.
- Hiperactividad.
- Incapacidad para relajarse o permanecer inactivo.
- Extrema irritabilidad.
- Menor necesidad de descanso por las noches.
- Patrones de pensamiento especialmente rápidos y acelerados.
- Falta de buen juicio.
- Abuso de drogas, particularmente cocaína, alcohol y barbitúricos.
- Sentimientos desproporcionados y excesivos de euforia y bienestar.
- Patrones de comportamiento significativamente diferentes a los habituales.
- Habla rápida y en ocasiones de difícil comprensión.
- Incremento significativo en los niveles de energía y actividad.
- Incremento del deseo sexual.
- Autoestima exagerada y grandiosidad.
- Verborreico o más hablador de lo habitual.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de la aceleración del pensamiento.
- Distraibilidad extrema.
- Agitación psicomotora manifiesta.
- Implicación excesiva en actividades placenteras de riesgos.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte y/o intento de suicidio.⁶⁷

En los episodio depresivos se presentan algunos de los siguientes síntomas:

- Intensos sentimientos de tristeza y abatimiento.
- Autopercepción de inutilidad y poca valía.

⁶⁷ VIETA, Edgar. Abordaje actual de los trastornos bipolares. Editorial Manson. Barcelona 1999. Pág. 73.

- Pérdida de interés por las actividades preferidas por la persona.
- Incapacidad de experimentar sensaciones y emociones positivas.
- Disminución de la libido.
- Sentimientos de pesimismo y desesperanza.
- Pérdida de la reactividad emocional a los acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Cambios significativos de los patrones de sueño, bien por un descenso o un aumento significativo, sin justificación aparente.
- Irritabilidad mayor de lo habitual.
- Dolor u otras sensaciones corporales negativas no atribuibles a algún trastorno físico.
- Empeoramiento matutino del estado de ánimo depresivo.
- Cambios en los hábitos de alimentación, bien por un aumento o descenso significativo.
- Dificultades manifiestas de concentración, memoria y en los procesos de tomas de decisiones.
- Resentimiento y frustración injustificada.⁶⁸

Es importante mencionar, que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con trastorno bipolar tratan de quitarse la vida y el porcentaje de intentos de suicidio es 30 veces superior al registrado entre la población en general.

El riesgo de suicidio es significativamente mayor en los estados iniciales del trastorno, en comparación al desarrollo posterior de la enfermedad y la tasa de mortalidad entre los pacientes maníacos-depresivos no tratados adecuadamente es superior a la de la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares y a muchos tipos de cáncer.

Finalmente, cabe señalar que más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar abusan del alcohol u otro tipo de sustancias durante su enfermedad. A lo

⁶⁸ Ídem.

cual, existe una evidencia conocida del consumo, por ejemplo de cocaína y la presencia de un trastorno bipolar subyacente.

2.6.2 Etiología y neurobiología.

En cuanto a la causa de los trastornos afectivos se ha trabajado mucho en los últimos años. No obstante, todavía no se han logrado conclusiones definitivas en cuanto a la etiología, genética, psicopatología, curso y tratamiento de los trastornos afectivos; sin embargo, se ha encontrado relación genética entre los marcadores del cromosoma X y las enfermedades afectivas, y también se ha relacionado el cromosoma 11 con marcadores de **DNA** en los trastornos afectivos.

Las psicosis afectivas constituyen trastornos psíquicos que tienen las características de enfermedad, en el sentido que suele dársele a esta palabra en medicina y tanto en las formas maníacas como en las melancólicas o depresivas. se encuentra un estado de hiperactividad central asociada a una alteración de los patrones de movimientos oculares del sueño.⁶⁹

2.7 Las esquizofrenias.

Las esquizofrenias forman el grupo de enfermedades mentales más importantes y graves; afectan las áreas del pensamiento, las percepciones, sentimientos, movimientos y las relaciones interpersonales en la época más productiva de la persona que la padece.

2.7.1 Definición.

Es una enfermedad, en el sentido que suele darse a este vocablo en medicina, aunque no sea una psicosis en todas las etapas de evolución. Con un

⁶⁹ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 81.

criterio estricto se calcula que la probabilidad de enfermar de esquizofrenia es aproximadamente del 1% en la población general.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la esquizofrenia está identificada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo.

Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y generalmente capacidad intelectual conservada.

El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) la considera una distorsión fundamental del pensamiento, y de la percepción, por afecto inapropiado y aplanado, pero la conciencia es clara y la capacidad intelectual se conserva aunque suelen presentarse ciertas perturbaciones cognitivas. Las perturbación característica de la esquizofrenia abarca las funciones más básicas de la personalidad, son aquellas perturbaciones que los autores alemanes denominan perturbaciones de la vivencia del yo, esta vivencia que da al individuo el sentimiento de su propia individualidad y auto-dirección. Además son importantes síntomas las alucinaciones y las delusiones. Hay una perturbación de la función cognitiva que impide al paciente captar lo esencial para diferenciarlo de lo accesorio en el discurso o expresión verbal del pensamiento.⁷⁰

La persona con esquizofrenia no puede pensar lógicamente o tener reacciones emocionales normales y muchas veces se comportan de una manera extraña en situaciones sociales. Los individuos que sufren esquizofrenia pueden también tener problemas con la memoria, con la conversación y su conducta, lo que en la mayoría de los casos no les permite trabajar o estudiar.⁷¹

⁷⁰ Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales 1992.

⁷¹ VALLEJO NAJERA, J.A. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. Madrid 1997. Pág. 87.

No existe una cura para la esquizofrenia, pero el tratamiento adecuado y a tiempo puede ayudar a controlar los síntomas.

2.7.2 Causas de la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad con causas biológicas y ambientales.

Aparece más frecuentemente en la adolescencia y en los adultos jóvenes. Existe una notable relación entre los factores genéticos, también se han encontrado factores medioambientales descubiertos en la educación que imparten los padres. No se sabe actualmente que es lo que se hereda en la esquizofrenia, aunque evidentemente es un trastorno en el proceso bioquímico de la transmisión de impulsos nerviosos en el cerebro.

Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padece esquizofrenia, el hijo tiene un 12 % de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tienen un 0,8% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de posibilidades.

La esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los trastornos relacionados con el abuso del alcohol, cannabis, cocaína, LSD, anfetaminas y nicotina.⁷²

⁷² BLEUR, E. El grupo de las Esquizofrenias. Editorial Piados. Buenos Aires 1996.

2.7.3 Descripción clínica de la esquizofrenia en general.

La esquizofrenia comienza generalmente en la adolescencia o en la primera juventud y las dos terceras partes de los casos comienzan antes de los treinta años de edad.

No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; emocionales, cognitivos, de personalidad y actividad motora.

La sintomatología debe estar presente durante un mes y persistir durante al menos tres meses.

Algunos de estos síntomas aparecen de repente, pero lo más usual es que la enfermedad se desarrolle lentamente, en un proceso que puede durar meses y años. Al comienzo los síntomas no se notan o parecen ser producidos por otros problemas.

Los síndromes hebefrénicos, catatónicos y paranoides no pueden considerarse específicos de la esquizofrenia, ya que también se observan en otras enfermedades psíquicas. Mucho más importante es resaltar los síntomas independientemente de la forma en que la enfermedad se presenta.⁷³

Síntomas positivos: exceso o distorsión de las funciones normales como:

- Percepción delirante.- El enfermo dice percibir hechos que sucederán en un futuro inmediato. Es decir intenta buscar relación a situaciones cotidianas con sucesos futuros (clarividencia, mensajes ocultos, etcétera).

⁷³ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 273.

- Alucinaciones.- Consistentes en percepciones que no existen; pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las 2 primeras son las más comunes). En las alucinaciones auditivas cree que le hablan, en segunda o tercera persona, con frases cortas, pero de manera continua, usualmente son comentarios de tipo crítico, acusatorio o burlesco contra el enfermo, cuando se trata de alucinaciones visuales, cree ver algo o a alguien, etcétera.
- Ideas delirantes.- Ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental. Por ejemplo el enfermo se cree mensajero de Dios, o está convencido de que es manejado a distancia a través de hipnosis.
- Alteraciones del pensamiento.- Al principio se observa tendencia al razonamiento y a una filosofía enfermiza. Les da por razonar sobre temas que no merecen atención. Cualquier hecho insignificante, cualquier palabra es motivo de largas y a veces incomprensibles consideraciones, en el curso de las cuales no se observa ilación alguna. Los enfermos combinan ideas y conceptos que son incompatibles en absoluto.
- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religión, de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora, hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

Síntomas negativos: parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales como:

- Embotamiento afectivo.- Es el síntoma cardinal de la enfermedad, precisamente con él empieza a manifestarse la esquizofrenia. Los enfermos se hacen indiferentes a todo lo que antes constituía la base de sus intereses, también es típico el cambio de actitud de los enfermos para con los seres queridos. A medida que la enfermedad avanza, el embotamiento se hace más acusado, abarcando no sólo los intereses aparecidos en el trascurso de la vida, sino

también la actividad instintiva (reflejos no condicionados). No les intranquiliza a los enfermos ni lo que amenaza directamente su vida ni lo relacionado con los instintos de la alimentación y sexual. No reacciona ante estímulos emocionales.⁷⁴

- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía.- Falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad. Los enfermos, no sólo abandonan las ocupaciones habituales, sino que no hacen nada en absoluto. Todo el tiempo permanecen en la cama, sentados o de pie en la misma postura. La disminución de la actividad voluntaria conduce finalmente a que los enfermos dejen de cumplir los actos más simples dirigidos a satisfacer las necesidades fisiológicas elementales.⁷⁵
- Autismo.- tendencia a aislarse del mundo exterior.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de placeres.⁷⁶

En algunos casos suele iniciarse la sintomatología bruscamente en situaciones de ansiedad o pánico, pueden presentarse alucinaciones y delirios, frecuentemente de tipo persecutorio, puede haber depresión o confusión e intentos de suicidio u homicidio.

Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando, perdiendo a sus amigos y a la familia.

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan, mientras que los positivos se van remitiendo.

⁷⁴ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 273.

⁷⁵ *Ibidem*. Pág. 274.

⁷⁶ BELLOCH, Sandín. Manual de Psicopatología. Editorial. Mc Graw Hill Interamericana. España 1996. Pág. 46.

En el lenguaje, en muchos casos puede haber bloqueo completo (musitación), frases incompletas, etcétera. Los síntomas motores pueden acentuarse, se incluyen entre estos: manierismos, estereotipias, posiciones estrafalarias, estupores catalépticos, el aspecto de la persona se vuelve totalmente descuidado y en casos severos se presenta gatismo.

En ocasiones la modificación de la conducta se denota, por convertirse el enfermo en ruidoso, impulsivo, desordenado, agresivo, terco, llegando en ocasiones a cometer actos de crueldad y violencia física en contra de personas o animales.

También se produce una despersonalización donde los fenómenos psíquicos como las percepciones, memoria o los sentimientos aparecen como extraños a uno mismo, se da el síndrome del espejo, donde el enfermo está preocupado por observarse, lo que se debe a que tiende a ver su propio cuerpo como separado de sí mismo.

Otra característica es la desrealización o sensación de extrañeza frente al mundo externo. El entorno aparece como nebuloso, irreal, extraño e insólito.

Entre cinco y quince años después del comienzo de la afección, sea la que fuere la categoría nosológica anterior, pero particularmente en los pacientes diagnosticados de paranoides, pueden aparecer hábitos primitivos, el lenguaje se vuelve gravemente desorganizado, el enfermo se arranca los cabellos, se golpea y efectúan movimientos rítmicos, comen vorazmente, roban los alimentos y finalmente se meten a la boca todo lo que encuentran. Disminuye su sensibilidad al dolor y a la temperatura.⁷⁷

Es importante mencionar que existen ciertas drogas como las anfetaminas, LSD, marihuana, cocaína y alcohol que pueden inducir a la esquizofrenia.

⁷⁷ BELLAK, Leopold. Esquizofrenia. 15ª edición. Editorial Herdez. Barcelona 1995. Pág. 78.

2.7.4 Clasificación de esquizofrenia.

La clasificación psiquiátrica de enfermedades mentales (CIE-10) distingue los siguientes tipos de esquizofrenia: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual y simple, depresión post esquizofrénica y otras.⁷⁸

La forma **paranoide** de la esquizofrenia aparece con frecuencia, después de los veintitrés o veinticuatro años. En ella pasan a un primer plano las alucinaciones e ideas delirantes. Las alucinaciones suelen ser auditivas y en grado menor, somáticas. Son más raras las del olfato y el gusto. Las ideas delirantes, por su contenido, guardan estrecha relación con las alucinaciones y son frecuentes las de persecución y de acción física e hipnótica, mas no tanto las ideas delirantes de grandeza. Sólo al principio de la enfermedad hay tendencia a las ideas con delirios sistematizados, que luego se hacen absurdos e incoherentes. El embotamiento de la sensibilidad, el pensamiento atáctico y la abulia crecen mucho más despacio, y durante largo tiempo sus manifestaciones no son tan claras como en las otras formas de esquizofrenia.

Los esquizofrénicos paranoides pueden ser peligrosos. Los signos de peligro son dos: presencia de intensos sentimientos asociados a delirios, que dan al enfermo la ocasión de aplicar la máxima de que el fin justifica los medios, aunque sean violentos. Frecuentemente la hostilidad del enfermo se centra en una sola persona, puede producirse la creencia delirante de que el médico lo está perjudicando, lo que aumenta la tensión y el pánico del enfermo, pudiendo llegar a la violencia. Muchos se muestran tímidos, sintiéndose a veces rechazados por la sociedad, siendo muy sensibles a la hostilidad de otras personas.⁷⁹

⁷⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales 1992.

⁷⁹ BLEUR, E. Op. cit. Pág. 89.

La forma **hebefrénica** se caracteriza por sus rasgos de infantilismo. Al inicio puede presentarse depresión, que se acompaña de risas sin causa aparente e inapropiadas. De igual manera la necedad, salidas absurdas y tendencias a las extravagancias, habla incoherente y amaneramientos forzados ponen un sello especial a la forma de la enfermedad. Los pacientes se muestran caprichosos, hacen gestos, cecean, alargan los labios, y tienden a actos impulsivos y absurdos. No son raros los cambios del estado de ánimo, que puede descender, aunque lo ordinario sea su exaltación; el creciente embotamiento priva al estado de ánimo de la correspondiente tensión afectiva; en la forma hebefrénica se pueden observar alucinaciones e ideas delirantes, si bien por lo común, no son de carácter episódico. A veces se presentan algunos síntomas catatónicos y en comparación con las otras formas de esquizofrenia, la hebefrénica tiene un pronostico desfavorable,⁸⁰ algunos autores lo atribuyen al hecho de que esta forma suele aparecer en el inicio de la adolescencia (12-13 años), a consecuencia de lo cual las células de la corteza cerebral, más frágiles todavía, mueren con facilidad.⁸¹

La desintegración de la estructura de la personalidad de este tipo de enfermo, es mayor que en cualquier otra reacción esquizofrénica.

La forma **catatónica** de la esquizofrenia se caracteriza, por fases de estupor o exitación. La edad más frecuente para el desarrollo de esta enfermedad es entre los 15-20 años.

En ocasiones se presentan períodos de inmovilidad completa y en otras es muy excitable, explosivo, pero sólo puede presentar una de las dos fases, estupor o actividad excesiva desorganizada.

En la fase de estupor el enfermo permanece largo tiempo en un estado de inmovilidad completa, con contracción de la musculatura de todo el cuerpo.

⁸⁰ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 275.

⁸¹ BELLOCH, Sandfn. Op. cit. Pág. 142.

Muchas veces estos enfermos se mantienen en la llamada postura embrionaria, así, entre la cabeza y la almohada se forma un espacio vacío "síntoma de la almohada aérea" y todo intento para cambiar esta postura conduce a una mayor contractura muscular. El enfermo, puede durante muchas horas, meses y aun años, mantener la misma posición.

En ellos se encuentra el síntoma de la subordinación u obediencia automática, esto es de peligro para la salud del paciente, dado que puede ejecutar cualquier orden dada. De igual forma se puede colocar al enfermo en una postura, por incomoda que sea y este se mantiene en ella largo tiempo. No evita los procesos dolorosos, se le puede pinchar y no presenta respuesta, pero en ocasiones después del período de estupor recuerda los hechos.⁸²

De igual forma, síntomas muy importantes son el negativismo, el mutismo, autismo, alucinaciones, por lo común auditivas, e ideas delirantes fragmentarias.

En la excitación catatónica se presenta actividad motora agresiva, inmotivada y desorganizada, no hay expresión emocional, sus síntomas característicos, son diversas estereotipias, de posición y movimientos, con repeticiones rítmicas de éstos últimos. También se observa el discurso estereotipado con empleo de neologismos y construcción atáctica de las frases (verbigeración).

Demuestra conducta violenta e impredecible, puede agredir repentinamente a cualquier persona. La gran actividad va acompañada de ideas que acusan al sujeto, miedo y alucinaciones auditivas.⁸³

⁸² SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 276.

⁸³ BELLAK, Leopold. Op. cit. Pág. 134

En general la forma catatónica tiene mejor pronóstico que las otras formas de esta enfermedad y en bastantes casos acaba con largas remisiones y también con su curación completa.

El tipo *indiferenciado*; se le ha llamado así al cuadro que presenta síntomas de la esquizofrenia, pero no se exteriorizan de manera clara y precisa, de tal manera que pueda encajar en los tipos anteriores, presentando una sintomatología tan difusa que al momento de llegar al diagnóstico no se logre precisar si se trata del tipo paranoide, hebefrénico o catatónica.

En el tipo *residual* predominan los síntomas negativos.

La forma *simple* es de curso muy lento y el principio de la enfermedad pasa inadvertido para los que rodean al enfermo. Tiende a iniciarse en un período de edad bastante juvenil. En primer plano figura el embotamiento de la sensibilidad; desaparece lo que anteriormente interesaba al enfermo, cuya vida se va centrando cada vez más en lo relacionado con las funciones orgánicas, hay perturbaciones de la conducta, volviéndose dependiente de otras personas. En estos enfermos las alucinaciones y las ideas delirantes casi no existen.⁸⁴

Algunos pacientes, en ocasiones se vuelven vagabundos, delincuentes, prostitutas, entre otras.

2.8 Trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad se refieren básicamente, a aquellas perturbaciones que sufren los patrones estables de conducta, que identifican a un individuo a lo largo de su vida, socialmente adaptados o no.

⁸⁴ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 277.

2.8.1 Definiciones.

La personalidad puede ser definida como un sistema de conducta cuyo fin es satisfacer motivos y ajustarse a los conflictos entre ellos o también como el conjunto de sentimientos y valoraciones, tendencias y voliciones de un individuo. Igualmente se le ha definido como las formas de comportamiento características y distintivas de una persona.

También se entiende por personalidad la "organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su adaptación al medio ambiente".⁸⁵

La organización psicodinámica es el conjunto de aspectos internos, ideas y hábitos que se relacionan ágilmente en el interior del sujeto.

Por sistema psicofísico se debe contemplar una doble significación. Por un lado, el término sistema se refiere a que todos los elementos constitutivos se hallan en una interacción recíproca. En tanto que psicofísico se refiere a la dualidad existente en el ser humano, ya que se trata de una unidad compuesta por espíritu o mente, la cual tiene su base en el cuerpo.

Lo referente a la adaptación se debe entender en el sentido de que el ser humano tiende a lograr el mayor estado de equilibrio posible, buscando reducir sus tensiones y logrando desarrollar sus posibilidades.

De este modo, los trastornos de la personalidad consisten en perturbaciones del desarrollo de ésta, por la interacción de los factores genéticos y el aprendizaje social.⁸⁶

⁸⁵ ESCOBAR, Raúl. El interrogatorio en la investigación criminal. 6ª edición. Editorial Universidad. Buenos Aires 1993. Pág. 98.

⁸⁶ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 112.

El problema de las personalidades psicopáticas o trastornos de la personalidad, como ahora se les llama, requiere un breve recuento histórico para una mejor comprensión del tema. Una de las primeras referencias a lo que ahora llamamos personalidad psicopática o personalidad antisocial, fue la de PRICHARD que en 1935 describió la moral insanity o locura moral. Los psiquiatras franceses del siglo XIX, principalmente MOREL, estudiaron este tipo de trastornos que atribuyeron a una supuesta degeneración, concepto que fue después difundido en el área del derecho por CÉSAR LOMBROSO.

Para el psicoanálisis de SIGMUND FREUD, los trastornos de la personalidad eran alteraciones originadas por perturbaciones de la línea del desarrollo psicosexual normal, con regresiones y fijaciones en hipotéticas etapas primitivas de este desarrollo.

Habría pues fijaciones en la etapa oral, la etapa anal, la etapa fálica, por ejemplo, que darían origen a los tipos de personalidad oral, personalidad anal, personalidad fálica.

KURT SCHNEIDER, estudió la personalidad y anormalidades. Distinguió las anomalías psíquicas, que son variedades anómalas del modo de ser psíquico y las anomalías psíquicas que son consecuencia de enfermedades y malformaciones. Las personalidades anómalas para él son desviaciones de un tipo medio de personalidad. De las personalidades anormales Schneider separó un grupo que llamó personalidades psicopáticas: "aquellas que sufren por su anormalidad o que debido a ella hacen sufrir a la sociedad".⁸⁷

La clasificación de Schneider es una de las más conocidas y comprende diez tipos: hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesidad de estimación, lábiles del estado de ánimo, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos.

⁸⁷ KURT SCHNEIDER. Las personalidades psicopáticas. Editorial Aguilar. Madrid 1990. Pág. 121.

Algunos de los tipos descritos pueden ser considerados como patrones de conducta en que predominan manifestaciones sintomáticas atenuadas de ciertas enfermedades mentales y que podrían ser quizá el efecto de varios genes multifactoriales no manifestados totalmente como enfermedades. Entre estos tipos está la personalidad esquizoide, la personalidad esquizotímica, relacionadas de alguna manera con la esquizofrenia, las personalidades ciclotímica, hipertímica y depresiva con las enfermedades maniaco-depresiva, la personalidad paranoide, con las psicosis paranoides, la personalidad obsesiva con la enfermedad obsesivo-compulsiva.

El CIE-10 define como trastorno de la personalidad a aquellos patrones de conducta profundamente incrustados y perdurables que se manifiestan en conductas inflexibles ante un amplio rango de situaciones. Estos patrones de conducta tienden a ser estables y a abarcar muchos dominios de la personalidad. Aparecen y se desarrollan desde el final de la infancia y en la adolescencia permanecen en la edad adulta. No son consecuencia de otras enfermedades mentales ni de lesiones ni enfermedades cerebrales, ni efecto de sustancias psicotrópicas. El patrón de los rangos de la personalidad tiende a ser persistente, severo y no adaptativo.

El CIE-10 enumera siete tipos de trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, emocionalmente inestable, histriónico, anancático, ansioso con evitación y dependiente.

El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales)⁸⁸ menciona varios tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, limítrofe, histriónico, narcisista, dependiente y obsesivo-compulsivo.

⁸⁸ El DSM-I se publica por primera vez en 1952 y es una variante del CIE-6 desarrollado por el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría. La temática es especializada en trastornos mentales. Las sucesivas revisiones se realiza de forma paralela a la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. La versión actualmente en uso es el DSM IV publicada a finales de 1995.

De los tipos de trastorno de personalidad referidos hay algunos que son más frecuentes y más importantes desde el punto de vista clínico y forense. Son ellos, la personalidad antisocial, la personalidad histriónica y la personalidad obsesiva y personalidad límite.

Trastorno esquizoide. En este trastorno de la personalidad el sujeto se retrae de la actividad social y vive más que todo para su mundo interior y sus fantasías; el paciente tiene un comportamiento ligeramente excéntrico, evita las actividades competitivas y tiene una aparente frialdad afectiva que puede ser debida a su incapacidad de expresar sus propios sentimientos.

Trastorno anancástico. Se distingue por el predominio imperativo de inseguridad y duda que llevan a mantener actitudes y conductas cautelosas, rígidas y recelosas. La rigidez y el perfeccionamiento en las conductas llegan a obstaculizar seriamente la capacidad de decisión. Se llama también personalidad obsesiva-compulsiva.

Trastorno paranoide. Se caracteriza por excesiva susceptibilidad ante circunstancias tales como las humillaciones y los desaires. Esto le hace interpretar en forma distorsionada la conducta de los demás a sentirse perseguido, o a sentir celos infundados, o a sentirse víctimas de tratos injustos o a tener ideas de auto-referencia: creer que los demás se refieren a él en forma hostil o persecutoria.

Trastorno histriónico. Este trastorno de la personalidad se caracteriza por la necesidad de ser apreciado por los demás, por la propensión irrefrenable a actuar teatralmente, por la superficialidad e inmadurez de los efectos y de los sentimientos.⁸⁹

Personalidades antisociales (antes conocidas como psicopatías) se caracterizan por violar los derechos de los demás y no respetar las normas

⁸⁹ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 117.

sociales. Este tipo de personalidad es inestable en su autoimagen, estado de ánimo y comportamiento con los demás.

2.8.2 Psicología de la personalidad.

Los psicólogos han acudido a varias teorías para explicar la personalidad: la teoría de los rasgos, la teoría psicoanalítica o psicodinámica y la teoría del aprendizaje social.

La teoría de los rasgos consiste en identificar las características o rasgos que pueden ser medidos, usando escalas de puntuación, o pruebas especiales, o entrevistas de psicólogos expertos, capaces de identificar determinado número de factores o rasgos de la personalidad.

Brody, define a los rasgos como consistencias en los modos característicos de la conducta, manifestados por una persona en situaciones diversas.⁹⁰

La personalidad de un individuo puede ser descrita como una colección de rasgos, éstos, por lo común, se describen como disposiciones. Los factores de la personalidad son conceptos que la mayoría de las personas comparten sobre la manera de juzgar a la gente, más que características de la conducta misma.⁹¹

La teoría psicodinámica o psicoanalítica explica a la personalidad como el resultado de una lucha dinámica entre los impulsos inconscientes y su represión, y como resultante del uso de una serie de mecanismos de defensa del Yo para superar la angustia causada por conflictos intrapsíquicos; en esta dinámica se producirían regresiones y fijaciones a hipotéticas etapas previas del desarrollo psicosexual.

⁹⁰ N. BRODY. Investigación y teoría de la personalidad. Manual Moderno. México 1990. Pág. 78.

⁹¹ N. BRODY. Op. cit. Pág. 80.

La teoría del aprendizaje social sostiene que la gente aprende patrones de comportamiento adaptados o desadaptados, como resultado del proceso de aprendizaje social en el seno de la familia y la cultura. El individuo aprende a reaccionar de manera especial ante determinada situación, siguiendo modelos aprendidos. Debe tenerse muy en cuenta que las características y patrones de conducta de los padres, que sirven de modelo para la formación de la personalidad y las conductas de sus hijos, dependen a su vez de factores psicosociales y genéticos.⁹²

2.8.3 Trastornos con conductas antisociales.

Este trastorno se caracteriza por la falta de afecto hacia los demás, egocentrismo, propensión a romper las normas y pautas de la sociedad que llevan a una conducta antisocial. La conducta no se modifica por la experiencia ni por el castigo, hay poca tolerancia a la frustración, e incapacidad para establecer lazos afectivos estables. Este patrón de trastorno de la personalidad tiene mucha importancia para el Derecho, por la frecuencia con que quienes lo padecen tienen conflictos con la justicia.

La denominación psicopatía no constituye propiamente una verdadera enfermedad mental o psicosis, sino una grave atipia caracterológica, o sea una especial manera de ser, identificable por la existencia en el individuo de una serie de rasgos negativos de carácter, desviados en mayor o en menor grado de la normalidad social estadística, tales como: un desmesurado egocentrismo; impulsividad, agresividad exageradas e incontroladas, frialdad, falta de simpatía lo que les impide trabar relaciones cálidas y afectivas con los demás; labilidad y ausencia de motivaciones adecuadas en su conducta, así como falta de sentimientos de culpabilidad y ausencia de remordimientos, todo lo que hace muy difícil la adaptabilidad del afectado a la convivencia con el resto de las personas normales, que acaban marginándolos socialmente, por lo que en los tratados de

⁹² SERPA FLORES, Roberto. Pág. 113.

psiquiatría suele decirse, que el *psicótico* está enfermo, mientras que el *psicópata* es una personalidad desviada; sin que por ello pueda considerársele un enajenado como es el psicótico, que en razón a la grave desorganización que sufre en su personalidad, está fuera de sí poseído por su locura pudiendo decirse que no tiene el dominio de sí mismo, es otro, por haber perdido cualitativamente el contacto con la realidad; el psicópata, es el mismo, el que fue siempre, conserva el sentido de la realidad y su pensamiento no se haya disgregado sino desviado por sus indomables tendencias, en sentido solamente cuantitativo; lo que unido a su demás caracteres ya reseñados le convierten en una persona asocial o antisocial muy peligrosa, que conserva su imputabilidad, salvo en aquellos casos en que la psicopatía sea tan profunda que afecte a sus estructuras cerebrales o producida por una lesión cerebral mínima de éstas o coexistente con una verdadera enfermedad mental o una oligofrenía.⁹³

Schneider los denominó como psicópatas desalmados; por la frecuencia de este tipo de personalidades psicopáticas se llegó a llamar psicópatas a quienes tienen este tipo o patrón desviado de la personalidad. Por esto se cambió la expresión personalidades psicopáticas por trastornos de la personalidad, para evitar equívocos. La palabra psicópata es un barbarismo injustificado.

Los cambios de la personalidad que son consecuencia de enfermedades cerebrales, o de la acción prolongada de sustancias psicoactivas, o de otras enfermedades mentales, no se clasifican como trastornos de la personalidad primarios sino como trastornos de la personalidad secundarios y el diagnóstico principal es el de la enfermedad cerebral, el trastorno causado por la sustancia psicoactiva o la enfermedad mental que los originan.⁹⁴

⁹³ JORNADAS DE PSIQUIATRÍA FORENSE. Psiquiatría Forense 3, Editorial Ministerio de Justicia e Interior Centro de Publicaciones. Madrid 1994. Pág. 27.

⁹⁴ *Ibidem*. Pág. 117.

2.9 Trastornos sexuales.

El CIE9, define a las desviaciones y trastornos sexuales como comportamientos sexuales anormales, en los que la actividad sexual de la persona afectada, se dirige principalmente hacia una persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones no asociadas normalmente con el coito, o hacia al coito efectuado en condiciones anormales.

2.9.1 La conducta sexual humana.

La conducta sexual en el humano es muy compleja, porque en ella influyen factores biológicos, sociales y culturales, más que en cualquiera de las conductas humanas. Por consiguiente, el estudio de la conducta sexual humana, normal y anormal (desviada) debe tener en cuenta todos estos aspectos. La función sexual se relaciona primordialmente con la reproducción y la propagación de la especie, pero a la vez es una conducta que permite la expresión de los afectos y sentimientos de los seres humanos y también, en un grado más elemental, de sus instintos y apetencias primarias. Por otra parte, la función sexual está ligada íntimamente a las relaciones culturales vinculadas a la organización de la familia y de la sociedad.

2.9.2 Patogenia y etiología.

El DSM-III⁹⁵ distinguía la homosexualidad ego-distónica y la homosexualidad ego-sintónica. En la ego-distónica el homosexual sufre por serlo y en la ego-sintónica no experimenta sufrimiento ni desazón. El homosexualismo de los varones se ha llamado sodomía y el homosexualismo femenino lesbianismo.

⁹⁵ Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 1992.

El CIE-10⁹⁶ clasifica a los trastornos sexuales dentro del gran grupo de trastornos de conducta asociados con perturbaciones fisiológicas y factores físicos.

Entre ellos está el grupo F52 los trastornos sexuales no causados por enfermedad orgánica: falta de deseo sexual, aversión al sexo, disfunción del orgasmo, eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia), excesivo impulso sexual (satiriasis y ninfomanía).

El DSM-IV⁹⁷ clasifica a los trastornos sexuales y de la identidad sexual en varios subgrupos:

- a) Trastornos del deseo sexual (trastorno sexual hipoactivo y trastorno de aversión sexual).
- b) Trastornos de la actividad sexual, masculina y femenina.
- c) Trastorno del orgasmo femenino y masculino.
- d) Trastornos sexuales dolorosos (dispareunia y vaginismo).

Las parafilias: exhibicionismo, fetichismo, frotteursismo, paidofilia, masoquismo, sadismo, voyeurismo, fetichismo, travestismo.

Otras desviaciones sexuales son: la bestialidad o relaciones sexuales con animales. La paidofilia o pedofilia, o relaciones sexuales de un adulto con un niño del mismo sexo o de sexo opuesto.

El *Travestismo*, consiste en usar ropas y prendas del otro sexo;

El *Exhibicionismo*, el mostrar o exhibir los genitales a personas del sexo opuesto para experimentar así placer.

⁹⁶ Clasificación Internacional de Enfermedades 1987.

⁹⁷ Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 1995.

El *transexualismo* consiste en creer que se tienen caracteres sexuales externos propios del sexo opuesto.

Trastornos de la identidad psico-sexual, son comportamientos propios de muchachos o muchachas inmaduros que no han definido su identidad sexual y adoptan actitudes o vestidos propios del sexo opuesto. Ejemplo: el muchacho afeminado.

Hay otras desviaciones como el sadismo y el masoquismo, el primero consiste en la necesidad compulsiva de causar daño a la pareja durante el coito para experimentar placer; el masoquismo es la necesidad psicológica de sentir el castigo físico para experimentar placer durante el acto sexual.⁹⁸

⁹⁸ SERPA FLORES, Roberto. Op. cit. Pág. 122.

CAPÍTULO 3

UBICACIÓN JURIDICA DEL ENFERMO MENTAL

3. UBICACIÓN JURÍDICA DEL ENFERMO MENTAL

SUMARIO: 3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3.2 Ley General de Salud. 3.3 Ley que Establece Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados. 3.4 Aspectos civiles. 3.5 Legislación Penal. 3.5.1 Código Penal Federal. 3.5.2 Código Federal de Procedimientos Penales. 3.5.3 Código Penal para el Distrito Federal. 3.5.5 Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. 3.6 Comisión Nacional de Derechos Humanos. 3.7 Dictamen de Perito Psiquiatra.

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Nuestra Carta Magna, señala en su artículo 4, párrafo cuarto, lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.⁹⁹

Lo anterior, significa que el Estado tiene la obligación de satisfacer el derecho a la protección de la salud física y mental. Por lo tanto, en el caso de los enfermos mentales, sea cual sea su situación, delinquentes o no, debe procurar y vigilar su tratamiento y rehabilitación.

3.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud, como ley reglamentaria del artículo 4º de nuestra Carta Magna, establece fundamentalmente que el otorgamiento de los servicios públicos de salud a la población en general son regidos por criterios de

⁹⁹ Artículo 4, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Asimismo, precisa las bases conforme a las cuales el Estado va a satisfacer su obligación de proporcionar a la población protección de la salud; en relación a la salud mental es importante destacar los siguientes artículos:

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad genera, entre otras:

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

VI. La salud mental;

XIX. El programa contra el alcoholismo;

XXI. El programa contra la farmacodependencia;

Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental. A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 77.- Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

3.3 Ley que Establece Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados.

Artículo 3.- La Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación, tendrá a su cargo aplicar estas normas en el Distrito Federal y en los reclusorios dependientes de la Federación. Asimismo, las normas se aplicarán, en lo pertinente, a los reos federales sentenciados en toda la República y se promoverá su adopción por parte de los Estados. Para este último efecto, así como para la orientación de las tareas de prevención social de la delincuencia, el Ejecutivo Federal podrá celebrar convenios de coordinación con los gobiernos de los Estados.

En dichos convenios se determinará lo relativo a la creación y manejo de instituciones penales de toda índole, entre las que figurarán las destinadas al tratamiento de adultos delincuentes, alienados que hayan incurrido en conductas antisociales y menores infractores, especificándose la participación que en cada caso corresponde a los Gobiernos Federal y Locales.

Los convenios podrán ser concertados entre el Ejecutivo Federal y un solo Estado, o entre aquél y varias entidades federativas, simultáneamente, con el propósito de establecer, cuando así lo aconsejen las circunstancias, sistemas regionales.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de lo prescrito en el artículo 18 Constitucional acerca de convenios para que los reos sentenciados por delitos del orden común extingan su condena en establecimientos dependientes del Ejecutivo Federal.

La Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social tendrá a su cargo, asimismo, la ejecución de las sanciones que, por sentencia judicial, sustituyan a la pena de prisión o a la multa, y las de

tratamiento que el juzgador aplique, así como la ejecución de las medidas impuestas a inimputables, sin perjuicio de la intervención que a este respecto deba tener, en su caso y oportunidad, la autoridad sanitaria.

Artículo 6.- El tratamiento será individualizado, con aportación de las diversas ciencias y disciplinas pertinentes para la reincorporación social del sujeto, consideradas sus circunstancias personales.

Para la mejor individualización del tratamiento y tomando en cuenta las condiciones de cada medio y las posibilidades presupuestales, se clasificará a los reos en instituciones especializadas, entre las que podrán figurar establecimientos de seguridad máxima, media y mínima, colonias y campamentos penales, hospitales psiquiátricos y para infecciosos e instituciones abiertas.

El sitio en que se desarrolle la prisión preventiva será distinto del que se destine para la extinción de las penas y estarán completamente separados. Las mujeres quedarán recluidas en lugares separados de los destinados a los hombres. Los menores infractores serán internados, en su caso, en instituciones diversas de las asignadas a los adultos.

En la construcción de nuevos establecimientos de custodia y ejecución de sanciones y en el remozamiento o la adaptación de los existentes, la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social tendrá las funciones de orientación técnica y las facultades de aprobación de proyectos a que se refieren los convenios.

3.4 Aspectos civiles

A efecto de que el presente trabajo esté debidamente completo, es necesario precisar de manera breve como se ubica jurídicamente el enfermo mental en otras materias como el Derecho Civil.

De acuerdo al Código Civil para el Distrito Federal, tienen incapacidad natural y legal:

I.- Los menores de edad;

II.- Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación, o a la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.¹⁰⁰

Padecer una enfermedad mental, constituye uno de los impedimentos para celebrar contrato de matrimonio.¹⁰¹

De igual manera, la enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente; constituye causa de divorcio, tal y como lo señala su artículo 257, fracción VII.¹⁰²

Asimismo, uno de los motivos por las cuales se suspende la patria potestad, es la incapacidad declarada judicialmente¹⁰³;

No siempre así en materia de sucesiones, ya que será válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez, con tal de que al efecto se observen las prescripciones siguientes¹⁰⁴:

¹⁰⁰ Artículo 450. Código Civil para el Distrito Federal.

¹⁰¹ Artículo 156. Código Civil para el Distrito Federal.

¹⁰² Artículo 257. Código Civil para el Distrito Federal.

¹⁰³ Artículo 447. Código Civil para el Distrito Federal.

¹⁰⁴ Artículo 1307. Código Civil para el Distrito Federal.

Siempre que un demente pretenda hacer testamento en un intervalo de lucidez, el tutor y en defecto de éste, la familia de aquél, presentará por escrito una solicitud al Juez que corresponda. El Juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y dictaminen acerca de su estado mental. El Juez tiene obligación de asistir al examen del enfermo, y podrá hacerle cuantas preguntas estime convenientes, a fin de cerciorarse de su capacidad para testar.¹⁰⁵

3.5 Legislación Penal Federal

El punto de partida de todo Código Penal es que cualquier persona que comete injustificadamente un hecho tipificado en la ley penal como delito, debe ser condenado a la pena prevista legalmente y sólo en casos excepcionales se deja al que interviene en la realización de un delito sin sanción penal, pero si se aplica una medida de seguridad en atención a determinadas circunstancias que desequilibran la normalidad de su mente.

De esta manera, tanto nuestra legislación sustantiva como adjetiva hacen mención al enfermo mental; la primera refiere las medidas de seguridad aplicables a los inimputables, así como lo relativo a su tratamiento, en internamiento y libertad; la segunda establece el procedimiento que se sigue cuando se sospecha que el inculcado padece un trastorno mental.

3.5.1 Código Penal Federal

En relación a los inimputables, el artículo 15 fracción VII, señala como causa excluyente de delito la siguiente: "cuando al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere

¹⁰⁵ Artículo 1308. Código Civil para el Distrito Federal.

provocado su trastorno mental doloso o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.”

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69 Bis de este Código.¹⁰⁶

Lo anterior, significa que la excluyente de responsabilidad debe comprobarse en forma plena, a fin de que el juzgador pueda otorgarle el valor absolutorio que legalmente le corresponde. Se debe demostrar que el sujeto no obró con entero conocimiento de los actos que realizaba, de sus consecuencias y de su ilicitud. Sólo adquiere valor absolutorio cuando aparece plenamente probado que el sujeto activo del delito se hallaba perturbado de sus facultades mentales, en estado de inconsciencia de sus actos en el momento de cometerse la infracción; y en el caso de que dicho estado derive del empleo de sustancias tóxicas, embriagantes o enervantes, que haya sido accidental e involuntario.

El trastorno mental para que sea involuntario, debe ser tal que no haya sido querido, que no haya sido procurado, ni dolosa ni culposamente, además de que el trastorno mental debe ser motivado por causas ajenas a la voluntad del agente.

Así por ejemplo si la intoxicación alcohólica es procurada voluntariamente por el sujeto, ello demuestra que la acción primaria tuvo un origen libre, y por tanto, causa material y moral del resultado habido, ya que el empleo del licor no es accidental ni involuntario; por consiguiente no es excluyente de responsabilidad.

El artículo 24, que habla de las penas y medidas de seguridad, menciona que para los inimputables y quienes tengan el hábito de consumir estupefacientes corresponde internamiento o tratamiento en semilibertad.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Artículo 15. Código Penal Federal.

¹⁰⁷ Artículo 24. Código Penal Federal.

Así mismo, el Capítulo III, relativo al tratamiento en libertad, semiliberación y trabajo a favor de la comunidad del Código Penal Federal, indica:

Artículo 27.- El tratamiento en libertad de imputables consiste en la aplicación de las medidas laborales, educativas y curativas, en su caso, autorizadas por la ley y conducentes a la readaptación social del sentenciado, bajo la orientación y cuidado de la autoridad ejecutora. Su duración no podrá exceder de la correspondiente a la pena de prisión sustituida.¹⁰⁸

Por su parte, el Capítulo V, referente al tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, en internamiento o en libertad, señala lo siguiente:

Artículo 67.- En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

En caso de que el sentenciado tenga el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicótropicos, el juez ordenará también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de aquélla, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.¹⁰⁹

Artículo 68.- Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas

¹⁰⁸ Artículo 27. Código Penal Federal.

¹⁰⁹ Artículo 67. Código Penal Federal.

para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, a favor provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.¹¹⁰

Artículo 69.- En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables.¹¹¹

Al respecto, es necesario agregar, que es obligación de la autoridad indicar el término de su internamiento de prevención y curación del inimputable así como precisar la fecha a partir de la cual se computará esa medida, ya que de lo contrario dicho acto resultaría violatorio del artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 69 BIS.- Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, sólo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del artículo 15 de este código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.¹¹²

¹¹⁰ Artículo 68. Código Penal Federal.

¹¹¹ Artículo 69. Código Penal Federal.

¹¹² Artículo 69 BIS. Código Penal Federal.

También en relación al Inimputable, el Capítulo VII, llamado cumplimiento de la pena o medida de seguridad, del citado Código Penal Federal, señala:

Artículo 116.- La pena y la medida de seguridad se extinguen, con todos sus efectos, por cumplimiento de aquéllas o de las sanciones por las que hubiesen sido sustituidas o conmutadas. Asimismo, la sanción que se hubiese suspendido se extinguirá por el cumplimiento de los requisitos establecidos al otorgarla, en los términos y dentro de los plazos legalmente aplicables.¹¹³

Asimismo en su capítulo X, relativo a la extinción de las medidas de tratamiento de inimputables, el artículo 118 BIS menciona:

Cuando el inimputable sujeto a una medida de seguridad de tratamiento se encontrare prófugo y posteriormente fuera detenido, la ejecución de la medida de tratamiento se considerará extinguida si se acredita que las condiciones personales del sujeto no corresponden ya a la que hubieran dado origen a su imposición.

3.5.2 Código Federal de Procedimientos Penales

En el título duodécimo, llamado "procedimiento relativo a los enfermos mentales, a los menores y a los que tienen el habito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotropicos", del cual se deriva el capítulo I, referente a los Enfermos Mentales se señala lo siguiente:

Artículo 495.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbécil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, el tribunal lo mandará examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Si existe motivo fundado, ordenará

¹¹³ Artículo 116. Código Penal Federal.

provisionalmente la reclusión del inculcado en manicomio o en departamento especial.¹¹⁴

Cabe mencionar, que los términos que antes se utilizaban para referirse a la oligofrenia eran los de idiocia o imbecilidad, según la profundidad de la misma. Actualmente no se emplean debido a la carga peyorativa que han adquirido.

Si bien es cierto, este artículo refiere, "a locos, idiotas, imbéciles y, en general, a quienes padecen de algún defecto o anomalía mentales", ello no implica que el pronombre indeterminado "cualquier", empleado por el legislador, comprenda a todas las debilidades, enfermedades o anomalías; ya que una interpretación extensiva del precepto resulta inaceptable, si se tiene en cuenta que la normalidad psíquica es sólo una condición ideal y que se recurre a ella como término de comparación, pues bien sabido es que la mayoría de los humanos padecemos ciertas desviaciones psíquicas que implican una anormalidad en relación con ese tipo ideal. Cuando el legislador alude a cualquier anomalía, está claramente significando que se trata de condiciones psíquicas que impidan conocer y valorar el hecho que se ejecuta, pues sólo en estas circunstancias será inimputable penalmente el sujeto, pero mientras subsista en él la facultad de conocimiento y el sentido de autocritica, debe afirmarse su capacidad penal, cualquiera que sea la tendencia de su personalidad.

Artículo 496.- Inmediatamente que se compruebe que el inculcado está en alguno de los casos a que se refiere el artículo anterior, cesará el procedimiento ordinario, y se abrirá el especial, en el que la ley deja al recto criterio y a la prudencia del tribunal la forma de investigar la infracción penal imputada, la participación que en ella hubiere tenido el inculcado, y la de estimar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial.¹¹⁵

¹¹⁴ Artículo 495. Código Federal de Procedimientos Penales.

¹¹⁵ Artículo 496. Código Federal de Procedimientos Penales.

Artículo 497.- Si se comprueba la infracción a la ley penal y que en ella tuvo participación el inculpado, previa solicitud del ministerio Público y en audiencia de éste, del defensor y del representante legal, si los tuviere, el tribunal resolverá el caso, ordenando la reclusión en los términos de los artículos 24, inciso 3, 68 y 69 del Código Penal.

La resolución que se dicte será apelable en el efecto devolutivo.¹¹⁶

Artículo 498.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 468, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.¹¹⁷

A lo anterior es necesario precisar que el Ministerio Público adscrito al juzgado instructor es el único facultado para solicitar la suspensión del procedimiento ordinario, con vista de los peritajes médicos y demás pruebas aportadas, a fin de que se acuda al procedimiento a que se refieren los artículos del 495 al 498 del código federal de Procedimientos Penales.

Así mismo, si el procesado sufría una anomalía mental con anterioridad al momento en que cometió los hechos delictuosos que se le atribuyen, resulta ilegal la suspensión del procedimiento penal, pues tal suspensión tiene lugar sólo cuando los procesados o condenados enloquezcan durante el procedimiento.

Artículo 499.- La vigilancia del recluso estará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.¹¹⁸

¹¹⁶ Artículo 497. Código Federal de Procedimientos Penales.

¹¹⁷ Artículo 498. Código Federal de Procedimientos Penales.

¹¹⁸ Artículo 499. Código Federal de Procedimientos Penales.

3.5.3 Código Penal para el Distrito Federal

El Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, en relación a los inimputables contempla lo siguiente:

Artículo 29. (causa de exclusión). El delito se excluye cuando:

VII. (Inimputabilidad y acción libre en su causa). Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el sujeto hubiere provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado típico producido en tal situación.¹¹⁹

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 65 de este Código.

Artículo 62. (Medidas para inimputables). En el caso de que la inimputabilidad sea permanente, a la que se refiere la fracción VII del artículo 29 de este Código, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable, ya sea en internamiento o en libertad, previo el procedimiento penal respectivo. En el primer caso, el inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento durante el tiempo necesario para su curación, sin rebasar el previsto en el artículo 33 de este Código.

Si se trata de trastorno mental transitorio se aplicará la medida a que se refiere el párrafo anterior si lo requiere, en caso contrario, se le pondrá en absoluta libertad.

¹¹⁹ Artículo 29. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

Para la imposición de la medida a que se refiere este Capítulo, se requerirá que la conducta del sujeto no se encuentre justificada.

En caso de personas con desarrollo intelectual retardado o trastorno mental, la medida de seguridad tendrá carácter terapéutico en lugar adecuado para su aplicación.

Queda prohibido aplicar la medida de seguridad en instituciones de reclusión preventiva o de ejecución de sanciones penales, o sus anexos.¹²⁰

Artículo 63. (Entrega de inimputables a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos). El juez o en su caso la autoridad competente, podrá entregar al inimputable a sus familiares o a las personas que conforme a la ley tengan la obligación de hacerse cargo de él, siempre y cuando reparen el daño, se obliguen a tomar las medidas adecuadas para el tratamiento y vigilancia del inimputable y garanticen a satisfacción del juez, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Esta medida podrá revocarse cuando se deje de cumplir con las obligaciones contraídas.¹²¹

Artículo 64. (Modificación o conclusión de la medida). La autoridad competente podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, considerando las necesidades del tratamiento, que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.¹²²

¹²⁰ Artículo 62. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

¹²¹ Artículo 63. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

¹²² Artículo 64. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

Artículo 65. (Tratamiento para inimputables disminuidos). Si la capacidad del autor sólo se encuentra considerablemente disminuida, por desarrollo intelectual retardado o por trastorno mental, a juicio del juzgador se le impondrá de una cuarta parte de la mínima hasta la mitad de la máxima de las penas aplicables para el delito cometido o las medidas de seguridad correspondientes, o bien ambas, tomando en cuenta el grado de inimputabilidad, conforme a un certificado médico apoyado en los dictámenes emitidos por cuando menos dos peritos en la materia.¹²³

Artículo 66. (Duración del tratamiento). La duración del tratamiento para el inimputable, en ningún caso excederá del máximo de la pena privativa de libertad que se aplicaría por ese mismo delito a sujetos inimputables.

Concluido el tiempo de tratamiento, la autoridad competente entregará al inimputable a sus familiares para que se hagan cargo de él, y si no tiene familiares, lo pondrá a disposición de las autoridades de salud o institución asistencial, para que éstas procedan conforme a las leyes aplicables.¹²⁴

3.5.4 Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal

Este ordenamiento jurídico, sólo se refiere al enfermo mental indirectamente en el capítulo II, llamado suspensión del procedimiento.

Artículo 477.- Una vez iniciado el procedimiento, en averiguación de un delito, no se podrá suspender sino en los casos siguientes:

III.- En el caso de la última parte del artículo 68 del Código Penal y en los demás en que la ley ordenen expresamente la suspensión del procedimiento.

¹²³ Artículo 65. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

¹²⁴ Artículo 66. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

La suspensión fundada en los supuestos de las fracciones I y III, no impide que, a requerimiento del Ministerio Público o del ofendido o de sus representantes, adopte el juzgador medidas precautorias patrimoniales en los términos de los artículo 35.

Al respecto, el artículo 68 del Código Penal del Distrito Federal establece: las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

3.6 Comisión Nacional de Derechos Humanos

La Comisión Nacional de Derechos Humanos es un organismo público creado para la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos previstos por el orden jurídico mexicano. Su principal labor es la de atender las quejas que le sean presentadas respecto de acciones y omisiones en que incurran las autoridades con motivo de sus funciones y en perjuicio de cualquier persona. Cuando existen datos que acrediten que un servidor público ha violado los derechos humanos, la CNDH, entre otras acciones, elabora recomendaciones que tienen como finalidad que se solucione el problema o que cese la situación violatoria; minimizar en lo posible el daño sufrido por el agraviado; evitar que los hechos se repitan y, en su caso, que sea sancionado el funcionario que resulte responsable.

El artículo 6º del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional define a los Derechos Humanos como los inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir realmente como ser humano; es decir, son todos aquellos derechos que tiene la persona por el simple hecho de serlo y que la autoridad está obligada a respetar y proteger.

Dentro de los derechos humanos se encuentra el derecho a la protección de la salud física y mental, que lo previene la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud; de igual manera, se recoge en pactos, convenios y tratados internacionales suscritos y ratificados por nuestro país, así como en otros documentos consensados por la comunidad internacional, principalmente los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobados por la Organización de las Naciones Unidas.¹²⁵

Para el interés de los derechos humanos se reconocen como pacientes psiquiátricos a aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y que reciben tratamiento psiquiátrico especializado tanto en internamiento como en externación, ya sea en forma voluntaria e involuntaria, esta última regida por los principios de supremacía de la voluntad del paciente y de la opción menos restrictiva.

De acuerdo con los Principios para la Protección de enfermos Mentales, de la ONU, una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica cuando un médico calificado y autorizado por la ley a esos efectos, determine que esa persona padece una enfermedad mental y considere que debido a ésta existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros, o que, en el caso de una persona cuya enfermedad

¹²⁵ Aprobados por el consejo Económico y social de la ONU, el 17 de diciembre de 1991. Al quedar reconocidos como criterios fundamentales para la atención de los enfermos mentales, estos principios informan las normas médicas y el derecho consuetudinario internacional, por lo que son fuente de derecho de acuerdo con la Carta de Naciones Unidas.

mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se le admita puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica. De realizarse esa consulta, la admisión involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

Los hospitales psiquiátricos deben garantizar a los pacientes condiciones de vida digna, atención médica adecuada, manejo confidencial de sus expedientes y programas de rehabilitación psicosocial que los ayuden a reincorporarse a su medio familiar y social.

Por ello, y dado que la intervención psiquiátrica, particularmente cuando es internamiento voluntario, afecta necesariamente los derechos humanos, en el marco de legalidad y la seguridad jurídica que se expresa a través de los principios de supremacía de la autonomía de la voluntad del paciente, consentimiento informado¹²⁶, opción menos restrictiva, interés superior de la salud del paciente y del derecho al mejor tratamiento posible, las autoridades sanitarias tienen la obligación de supervisar los hospitales psiquiátricos para verificar el respeto a los Derechos humanos, la calidad y eficiencia de la atención.

Todos los pacientes psiquiátricos, hospitalizados o no, tienen derecho a:

- Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
- Recibir atención médica especializada, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

¹²⁶ Por consentimiento informado se entiende el obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebidas, después de proporcionar al paciente o a quien legalmente lo represente, información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, a cerca del diagnóstico y su evaluación: el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto. los dolores, incomodidades posibles, riesgos y secuelas del tratamiento.

- Que tengan acceso a los recursos clínicos de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.
- Que la atención psiquiátrica o psicoterapéutica que se les preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.
- Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en el historial clínico del paciente.
- Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante.
- Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de confidencialidad.
- Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible por ellos y por sus representantes legales, con relación al diagnóstico médico, así como con el tratamiento que se pretende aplicar.
- Solicitar la revisión clínica de su caso.
- Negarse a participar como sujeto de investigación científica o, en todo caso, que dicha participación sea autorizada expresamente por el paciente o por un órgano de revisión competente e independiente establecido específicamente con este propósito, en armonía con el interés superior del paciente, previo conocimiento de los objetivos, riesgos y beneficios, y que en tal autorización no influyan presiones de ningún ni que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

Los pacientes psiquiátricos internados en hospitales especializados tendrán, además derecho a:

- Que a su ingreso al hospital se le informe, a ellos o a su representantes legales, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y a saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargadas de su atención.

- Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, de tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.
- Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá elegir el trabajo que desee realizar por el cual recibirá una remuneración justa.
- No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión o voluntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud.¹²⁷ Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás.
- Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.
- Obtener alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido, calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.
- Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar e íntima, si ello no interfiere con el tratamiento.
- Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada; tener acceso a los servicios telefónicos así como leer prensa y otras publicaciones, escuchar radio y ver televisión.

¹²⁷ En estos casos el tratamiento involuntario debe ser sometido a la autorización de un juez, para lo cual aún no está regulado en México el procedimiento especial.

- Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.
- Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.¹²⁸

Así también la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a través de su programa sobre sistema penitenciario y centros de internamiento, promueve el respeto a los derechos humanos de quienes se encuentran privados de su libertad

Del documento de Clasificación de la Población Interna en los Centros Penitenciarios, sobresalen los siguientes criterios:

DÉCIMOSEGUNDO.- Por ninguna circunstancia podrán ser ubicadas en instituciones de alta seguridad:

- a) Enfermos mentales.
- b) Discapacitados graves.
- c) Enfermos terminales.
- d) Las personas que se encuentren en condiciones no previstas por el criterio decimoprimer.

DÉCIMONOVENO.- Por población que requiere cuidados especiales se entiende a aquellos internos que por razón de su edad o de su salud física o mental, requieren de una atención diferenciada de la del resto de la población. De común acuerdo con el interno, y siempre que las condiciones de habitación se ajusten a lo dispuesto en el criterio cuarto, esta población podrá ser ubicada en espacios predeterminados, de acuerdo con los puntos siguientes:

- a) Personas que por su avanzada edad tengan dificultades para desplazarse o realizar actividades sin riesgo de dañarse a sí mismas.

¹²⁸ COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. México 1995. Págs. 5-14.

- b) Personas que presenten serias deficiencias físicas (discapacitados)
- c) Personas que presenten patología psiquiátrica, siempre que al separación sea compatible con el tratamiento que reciba el interno, y por el tiempo necesario para la remisión de los cuadros agudos.
- d) Personas que presenten padecimientos infectocontagiosos, siempre que se establezca, en escrito fundado y motivado, la posibilidad objetiva.
- e) Personas que presenten adicción a alguna droga.¹²⁹

3.7 Dictamen de Perito Psiquiatra

Tan pronto como se sospeche que el inculpado sufre debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará a examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria.

De está forma, el Juez solicita se designe perito en materia de psiquiatría, para que se determine el estado mental de la persona que presume padece algún trastorno mental, a fin de poder resolver la situación jurídica que en lo sucesivo deberá tener dicha persona.

Al respecto cito la siguiente tesis de jurisprudencia que a la letra dice:

“VIOLACIONES A LAS LEYES DEL PROCEDIMIENTO. SE ACTUALIZAN SU EL JUEZ OMITE MANDAR EXAMINAR AL INculpADO CUANDO EXISTEN INDICIOS DE LESIÓN ORGÁNICO-CEREBRAL”. *Si durante el procedimiento se sospecha por cualquier medio, que el inculpado padece alguna debilidad, enfermedad o anomalía mental, el Juez tiene la obligación de ordenar oficiosamente el desahogo de las pruebas que sean necesarias para determinar con certeza el estado mental del acusado, máxime si al respecto existe pedimento o dictamen pericial ofrecido por la defensa en tal sentido; lo anterior, sin perjuicio*

¹²⁹ COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Criterios para la Clasificación de la Población Penitenciaria. México 1994. Pág. 18.

de continuar el procedimiento en la forma ordinaria o, en su caso, si existe motivo fundado, ordenar provisionalmente la reclusión del inculpado en alguna institución médica de atención especial. Consecuentemente, si tales circunstancias no las advirtió el Juez, es indudable que se violaron las normas que rigen el procedimiento penal, en especial, la relativa a cuando existe la sospecha de que el acusado revela indicios de lesión o enfermedad orgánico-cerebral, prevista en el artículo 495 del Código Federal de Procedimientos Penales y, por ende, se debe reponer aquél conforme a lo establecido por el numeral 160, fracción XVII, de la Ley de Amparo. SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA PENAL DEL TERCER CIRCUITO.¹³⁰

En relación a la prueba pericial, tanto el Código Federal de Procedimientos Penales como el del Distrito Federal señalan lo siguiente:

Siempre que para el examen de personas, hechos u objetos se requieran conocimientos especiales, se procederá con intervención de peritos.

Los peritos que dictaminen serán dos o más, pero bastará u o cuando solamente éste pueda ser habido, cuando el caso sea urgente.

Con independencia de las diligencias de pericia desahogadas en la averiguación previa, la defensa y el ministerio público tendrán derecho a nombrar hasta dos peritos en el proceso, para dictaminar sobre cada punto que amerite intervención pericial. El tribunal hará saber a los peritos su nombramiento y les ministrará todos los datos que fueren necesarios para que emitan su opinión.

Los peritos deberán tener título oficial en la ciencia o arte a que se refiere el punto sobre el cual deba dictaminarse, si la profesión o artes están legalmente reglamentadas; en caso contrario se nombrarán peritos prácticos.

¹³⁰ NOVENA ÉPOCA. Instancia. Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XV, Abril de 2002. Pág. 1192.

La designación de peritos hecha por el tribunal o por el Ministerio público deberá recaer en la personas que desempeñen ese empleo por nombramiento oficial y a sueldo fijo, o bien en personas que presten sus servicios en dependencias del gobierno federal, en universidades del país, o que pertenezcan a asociaciones de profesionistas reconocidas en la República.

Los peritos que acepten el cargo, con excepción de los oficiales titulados, tienen obligación de protestar su fiel desempeño ante el funcionario que practique las diligencias.

En casos urgentes la protesta la rendirá al producir o ratificar su dictamen.

El funcionario que practique la diligencia fijará a los peritos el tiempo en que deban cumplir su cometido. Si transcurrido ese tiempo no rinden su dictamen, o si legalmente citados y aceptado el cargo, no concurren a desempeñarlo, se hará uso de algunos medios de apremio.

Si a pesar de haber sido apremiado el perito no cumple con las obligaciones impuestas en el párrafo anterior, se hará consignación al Ministerio Público para que proceda por el delito de desobediencia a un mandato legítimo de una autoridad.

El funcionario que practique las diligencias y las partes, podrán hacer a los peritos las preguntas que resulten pertinentes sobre la materia objeto de la pericia, les dará por escrito o de palabra, pero sin sugestión alguna, los datos que tuviere y hará constar hechos en el acta respectiva.

Los peritos practicarán todas las operaciones y experimentos que su ciencia o arte le sugiera y expresarán los hechos y circunstancias que sirvan de fundamento a su opinión.

Los peritos emitirán su dictamen por escrito y lo ratificarán en diligencia especial. Los peritos oficiales no necesitarán ratificar sus dictámenes, sino cuando el funcionario que practique las diligencias lo estime necesario. En esta diligencia el juez y las partes podrán formular preguntas a los peritos.

Cuando las opiniones de los peritos discordaren, el funcionario que practique las diligencias los citará a junta en la que discutirán los puntos de diferencia, haciéndose constar en el acta el resultado de la discusión. Si los peritos no se pusieran de acuerdo, se nombrará un perito tercero en discordia.

A lo anterior, es necesario agregar, que para actuar eficientemente un psiquiatra dentro del campo forense, necesita experiencia en el diagnóstico, tratamiento de los trastornos mentales y conocimiento de la ley.

Su opinión inclina a un Juez a aceptar que un acusado sufre una enfermedad mental, que tiene o no relación con el acto criminal que se le imputa, y si tiene la capacidad para ser juzgado y sentenciado. Antes de proceder al examen, el psiquiatra debe explicar al examinado cuál es su participación como experto y cuáles son los posibles usos que los abogados y el juez pueden hacer de su dictamen. Deben hacerle saber que las opiniones que se emitan se basarán en hechos reales.

Si actúa como perito de la defensa puede excusarse de dictaminar después de haber explorado las perspectivas del caso, y puede estar también de acuerdo en que su dictamen no sea usado por la defensa. Lo que no debe hacer es deformar su juicio clínico para favorecer a su cliente.

En el peritaje psiquiátrico se incluirá lo siguiente: ficha de identificación, antecedentes jurídicos, historia clínica psiquiátrica, historia biográfica con orientación bio-psico-social, exploración física incluyendo la neurológica, examen

de laboratorio y gabinete, pruebas psicométricas, psicodinamia del crimen, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La opinión del psiquiatra también es requerida para valorar la peligrosidad del delincuente. Para esta tarea es necesario tener en cuenta cuatro elementos importantes:

1. La nocividad, esto es, el daño social ocasionado por el delito, si este daño fue a la propiedad, a la persona o bien mixto.
2. La manera de ejecución: dentro de ellas es importante tener en cuenta la premeditación o bien la impulsividad, tratando de localizar los móviles principales para la realización del delito.
3. Intimidad: se refiere a la aprobación o conocimiento de la consecuencia del delito, es decir aquello por lo que se juzga, es consecuencial de lo que hizo el sujeto.
4. La correctibilidad: este punto toca lo referente más bien a la conducta posterior al castigo.

Aunado a lo anterior, el dato más importante para predecir su peligrosidad es la conducta en el pasado, un examen psiquiátrico cuidadoso permite inferir con certeza razonable si alguien que sufre un trastorno mental es peligroso para la sociedad.¹³¹

Por su parte Vargas Alvarado, menciona que la peritación medico legal debe abordar los siguientes puntos:

- Estudio del delito.
- Estudio de la estructura psíquica del imputado.
- Intensidad de la crisis emocional en el momento del hecho.

¹³¹ GRANDINI GONZÁLES, Javier. Medicina Forense. Distribuidora y Editora Mexicana, Sociedad Anónima de Capital Variable. México 1995.

- Gravedad de la ofensa que la desencadenó.¹³²

Así, para que un sujeto sea considerado inimputable, no basta que un individuo padezca una enfermedad mental, sino que es necesario que la enfermedad sea trascendente en el momento de la comisión del hecho.

En cuanto a la inimputabilidad condicionada por la enajenación mental, entendida como tal la carencia del uso de la razón, puede haber dos situaciones: una en que dicha carencia sea total, y se puede hablar de inimputabilidad, y otra en que sea parcial la privación de las funciones cognitivas y volitivas; entonces se habla de imputabilidad disminuida o atenuada.

Las siguientes son enfermedades determinantes de inimputabilidad:

- 1) El retraso mental en sus grados de moderado a severo.
- 2) La esquizofrenia que ha llegado a la psicosis franca.
- 3) La paranoia en forma de delirio.
- 4) La epilepsia en situación de demencia, crisis convulsiva o episodio epiléptico.

En cambio, no constituyen enajenación completa y dan lugar a imputabilidad disminuida, las siguientes enfermedades:

- 1) La locura incompleta con disminución de las funciones cognitivas y volitivas sin llegar a privar completamente de ellas.
- 2) El retraso mental en grado grave y leve.
- 3) La esquizofrenia cuando no ha alcanzado el grado de psicosis franca.
- 4) La paranoia.
- 5) La epilepsia incipiente y la desarrollada.
- 6) La epilepsia fuera de las crisis convulsivas.

¹³² VARGAS ALVARADO, Eduardo. Medicina Legal. 2da. edición. Editorial Trillas. México 1999.

Conviene, al respecto, hacer mención de los conceptos siguientes: conciencia, lucidez, raciocinio, juicio e impulsividad.

Conciencia.- Implica un estado de percepción del mundo exterior y de la posición que en él ocupa el individuo.

La alteración de la conciencia puede constituir un atenuante ante la justicia. Para establecer tal perturbación, el interrogatorio médico debe comprender estas preguntas:

- 1) ¿Perdió el conocimiento en alguna ocasión?
- 2) Si en el curso de una conversación, por momentos no puede percibir las palabras de quien le habla.
- 3) Si en ocasiones ha llegado hasta un lugar sin haberse dado cuenta de cómo lo hizo.
- 4) Si estando despierto, se ha sumido en sueño.
- 5) Si ha tenido la sensación de que las cosas suceden de un modo automático.
- 6) Su manera de reaccionar es los excesos de bebidas alcohólicas o empleo de drogas.

Lucidez.- Es la capacidad de atención, percepción y memoria, mediante la cual el individuo puede entablar relación con el mundo exterior e interior.

Raciocinio.- Consiste en la capacidad de pensar y razonar acerca del mundo exterior. Es una extensión de la conciencia, la cual puede traslaparse. Para diagnosticar sus trastornos, además del examen psiquiátrico conviene el estudio psicólogo clínico.

Juicio.- Es una de las funciones más elevadas de la mente. Consiste en la capacidad de entender y apreciar el valor de las cosas que el individuo piensa y sobre las cuales razona. Constituye una extensión del raciocinio.

Utiliza la memoria, el conocimiento, la educación, el entrenamiento y la experiencia. En los aspectos legales se debe investigar si el individuo diferencia entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto. En ocasiones es la única función de la mente que se encuentra afectada, por lo menos durante algún tiempo. En cuanto a recuperación, suele ser la última función en volver a la normalidad y, a veces, la única que no retorna a ese nivel.

Conviene que en su estudio intervenga el psicólogo clínico, además del psiquiatra.

Impulsividad.- En grado anormal, consiste en el "impulsivo irresistible" de atacar, tomar cosas ajenas, y disfrutarlas.

Interesa en su diagnóstico conocer antecedentes de riñas frecuentes en la niñez, repetidos accidentes de tránsito, conducta antisocial (disturbios, provocación de incendios), crueldad con los animales, asaltos sexuales, brutalidad criminal.

Esta condición se observa en caos de retraso mental, lesión orgánica de lóbulos temporales del cerebro, trastornos de personalidad, manías e hipomanía. Bajo gran tensión emocional o bajo intoxicación alcohólica, pueden presentarse también en algunas personas normales si son inmaduras.

El estado mental en el momento del hecho.- Es un problema difícil tratar de establecer, con base en un examen que el perito psiquiatra realiza semanas, meses o después de un año.

Para ello conviene que el perito siga estas reglas:

- 1) No limitarse al examen de las actuaciones que motivan el juicio.

- 2) Recabar las actuaciones del imputado que figuran en el expediente judicial.
- 3) Cuando en este documento no se da una idea clara del estado mental en el momento del hecho, entonces obtener de parientes, amigos, conocidos, jefes, compañeros, funcionarios de la localidad (maestros, sacerdotes, etcétera) una sencilla descripción de las actuaciones, declaraciones y comportamiento del imputado. Para ello es aconsejable que el médico interroge a los a los parientes, personalmente y en su oficina, para que de este modo "se expresen con mayor sencillez y libertad a solas con el médico, que ante el juez".¹³³

¹³³ Ibídem 422 y 423.

CAPÍTULO 4

DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO
Y
REHABILITACIÓN DEL
ENFERMO MENTAL.

4. DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL

SUMARIO: 4.1 Conductas delictivas del enfermo mental. 4.2 Diagnóstico del enfermo mental. 4.3 Internamiento del enfermo mental. 4.4 Tratamiento del enfermo mental. 4.5 Rehabilitación del enfermo mental. 4.6 Diagnóstico y tratamiento psicológico en prisión del enfermo mental. 4.7 Análisis de las instituciones psiquiátricas.

4.1 Conductas delictivas del enfermo mental.

Al hablar de conductas delictivas del enfermo mental, nos referimos a que dicho enfermo puede llegar a cometer conductas que se encuentran tipificadas en el Código Penal como delitos; lo cual no significa que esté cometiendo un delito, ya que como se refiere en capítulos anteriores, el artículo 15 fracción VII tanto del Código Penal Federal, como del Distrito Federal, considera el padecer una enfermedad mental como causa excluyente de delito.

Cabe mencionar que el supuesto descrito en el párrafo que antecede, sólo es aplicable a aquellos enfermos mentales cuyo trastorno afecta su capacidad para de querer (voluntad) y de entender (inteligencia) la conducta que están realizando.

Asimismo, en el caso de algunas enfermedades, existen síntomas o manifestaciones como las alucinaciones, delirios, impulsividad, depresión, pérdida del contacto con la realidad, agresividad, que pueden llevar al sujeto que padece el trastorno mental a cometer conductas antisociales o ilícitas, ser utilizado por terceros para realizarlas o víctima.

Al respecto citamos los siguientes supuestos:

Los enfermos que se encuentran en la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva pueden realizar actos socialmente peligrosos, que recuerdan por su carácter los delitos cometidos por personas en estado de embriaguez. Alteraciones del orden en lugares públicos, insultos, agresiones, excesos sexuales, acompañados a menudo de intentos de violación, abuso del poder y calumnias, son los actos peligrosos más frecuentes realizados por estos enfermos.¹³⁴

En la fase melancólica, las alteraciones del estado de ánimo, provocan en el enfermo pensamientos e impulsos peligrosamente suicidas, llevándolo en muchos de los casos a la muerte. Es importante mencionar que cuando este se produce, el peritaje médico, es el que debe determinar la relación existente entre el suicidio y la enfermedad psíquica, porque puede darse el caso, que haya sido inducido al suicidio, circunstancia que se castiga por el Código Penal Federal.

Al respecto los siguientes artículos señalan:

Artículo 312.- El que preste auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciera algunas de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Por otra parte, las autodenuncias son muy propias de los enfermos mentales en la fase melancólica. Los enfermos se presentan ante las autoridades y se confiesan culpables de determinados delitos. En estos casos, el médico

¹³⁴ VIETA, Edgar. Op. cit., Pág. 152.

forense deberá comprobar la relación entre los hechos delictivos y la enfermedad psíquica a fin de que se pueda detener el curso del proceso.

Los enfermos en la fase melancólica pueden también cometer delitos como el asesinato de sus propios familiares. Esto se refiere singularmente a las madres que acaban de dar a luz y que después del parto entran en la fase melancólica de la psicosis maniaco-depresiva y matan a su hijo, movidas por la idea morbosa de que el niño nació de "una mujer mala y criminal", como la enferma se considera a sí misma, se está condenando a toda clase de desgracias. La enferma al matar a su hijo, también puede acabar consigo misma. Si la enferma no muere se le debe considerar inimputable y someter a tratamiento obligatorio hasta la desaparición del ataque.¹³⁵

La gravedad de los ataques y especialmente las circunstancias que pueden determinar la relación de la acción delictiva con el estado del enfermo, son los que deciden con respecto a la existencia de responsabilidad. Las personas que sufren psicosis maniaco-depresiva, durante los períodos lúcidos entre los ataques se consideran responsables. A veces los enfermos que sufren ataques tanto maniacaes como melancólicos, pueden realizar actos contra sus intereses propios o de sus familiares. En estos casos se debe declarar su incapacidad y colocar bajo tutela su persona y sus bienes hasta el cese de los ataques. No se les considera imputables pero deben ser sometidos a tratamiento psiquiátrico obligatorio.

En la Epilepsia, especialmente en los estados crepusculares, el enfermo puede ser muy peligroso y llegar a realizar actos de destrucción, agresión e incluso puede llegar hasta el homicidio. En tales casos es inimputable y debe ser internado en un hospital psiquiátrico para tratamiento forzoso. En el hospital debe permanecer largo tiempo ya que los estados crepusculares al repetirse, son, por sus manifestaciones psicopatológicas, fieles reproducciones de los anteriores. Por

¹³⁵ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 319 y 320.

esto al traducirse en actos socialmente peligrosos durante el estado crepuscular. la enfermedad puede adoptar exactamente las mismas formas en los siguientes equivalentes epilépticos.

El tipo de conductas delictivas que puede llegar a cometer las personalidades epilépticas con acentuados rasgos paranoides y agresivos son crisis violentas caracterizadas por lesiones, homicidios, por lo común a familiares y el instrumento es cualquier objeto al alcance.

El epiléptico por lo regular no recuerda lo acontecido, aunque en algunas ocasiones, sí que agredió, pero no cómo y por qué.¹³⁶

Fuera de los momentos con equivalentes psíquicos, el epiléptico es imputable y responsable.

Por su parte, el alcohólico presenta una disminución del control crítico individual y desinhibición subsiguiente del sentido moral, colocándolo en situación propicia para cometer delitos contra el orden público, daños contra la propiedad, violación, etcétera. Las relaciones bajo alcoholización posibilitan que las aptitudes agresivas se manifiesten y se produzca violencia innecesaria y agresiones. Las reacciones sádicas tienen, muchas veces, determinantes en alcoholización. liberando en el individuo celos, vanidad, competencia, egocentrismo, deseo de humillar a la víctima y de mostrar poder mediante el trato que se le da a la víctima. En estos casos cuando la persona se colocó en estado de alcoholismo voluntariamente o se trata de un alcohólico habitual se le considera imputable, ya que más que enfermedad se considera vicio.

En el alcoholismo crónico, coincidiendo con el descenso de los valores morales del sujeto, se describe la violencia familiar, los incestos, los ultrajes al pudor y tentativas de violación con vecinos o conocidos o la introducción al mundo

¹³⁶ *Ibidem.* Pág. 274.

de la vagancia y la mendicidad. El descenso psíquico siguiente es el de la demencia, donde los delitos son de menor violencia en general.

El enfermo en estado de delirium tremens puede cometer, por ejemplo un homicidio, producir lesiones graves o realizar destrucciones.

Los enfermos con alucinaciones agudas pueden también cometer actos análogos, bajo la influencia sobre todo de alucinaciones auditivas imperativas. El enfermo, por ejemplo, oye voces que le ordenan matar a su mujer, y él lo hace. En la depresión alcohólica el enfermo no sólo puede poner fin a su vida, sino incluso dar muerte a sus familiares, en la creencia de que les amenazan toda clase de desgracia.

En las pseudoparálisis alcohólicas se pueden cometer los actos peligrosos más diversos: abuso de confianza, robo, violación, etcétera.

La psicosis delirante alcohólica crónica puede constituir un gran peligro. El enfermo, bajo la influencia del delirio de celos, al igual que del delirio de persecución, que aparece al mismo tiempo, puede dar muerte a su pareja, a los supuestos amantes de ésta y a aquellos a quien considera sus enemigos y perseguidores.

En general, con relación a los delitos y sus sanciones penales, se ha establecido que la alcoholización y la ebriedad pueden ser: fortuita o accidental, voluntaria, intencional o premeditada y posterior o simulada.¹³⁷

La inimputabilidad ha sido firme en la consideración de la psicosis alcohólica, en las demencias, en la ebriedad patológica de enfermos epilépticos que ingieren pequeñas cantidades de alcohol y en la ebriedad completa e involuntaria. La sanción moral sólo se interrumpe frente a la enfermedad psíquica,

¹³⁷ *ibídem.* Pág. 234.

a la enfermedad que se evidencia en la alcoholización. En todos estos casos se establece que se ha privado de la posibilidad de comprender la criminalidad de sus actos y de dirigir las acciones.

Por otro lado las personas adictas a la heroína, morfina, barbitúricos, tranquilizantes, anfetaminas entre otras, pueden llegar a realizar cualquier acto socialmente peligroso o delito, cuando se presenta el delirio de supresión, como robar, prostituirse, e incluso matar; tal es el caso de los morfínómanos que se valen de cualquier medio para obtener las prescripciones médicas o para conseguir la droga. Lo mismo sucede con las personas que consumen heroína, además de que esta droga tiene una acción criminógena directa, pues aunque produce somnolencia como la morfina "no quita el gusto de la acción y da cierto grado de descaro y osadía".¹³⁸

La mayor parte de los delitos cometidos en las grandes ciudades como Nueva York y Los Angeles son originados por la heroína.¹³⁹

En las personas dependientes a los barbitúricos, el suicidio es relativamente frecuente, especialmente cuando se asocia a un estado depresivo.¹⁴⁰

En el caso de las anfetaminas, su gravedad se debe también al igual que el cocainómano a su alta potencia criminógena, ya que el consumo y dependencia a esta sustancia produce un estado de desconfianza, pánico, comportamiento agresivo y hostil con impulsos homicidas y suicidas.¹⁴¹

En relación a la esquizofrenia, el tipo paranoico es posiblemente el de mayor peligrosidad.

¹³⁸ SERPA FLORES. Op. Cit. Pág. 59

¹³⁹ *Ibidem*. Pág. 60

¹⁴⁰ *Ibidem*. Pág. 61

¹⁴¹ *Ibidem*. Pág. 69.

El enfermo funda su convicción en multitud de signos, deducciones, falsas coincidencias y razonamientos tendenciosos, descubre poco a poco que le siguen los pasos, le acusan de algo y comprometen su honor, estos enfermos a veces disimulan largo tiempo su delirio, pero muchos de ellos acaban señalando entre sus enemigos a su adversario principal único y es entonces cuando piensan en hacerlo desaparecer y pasan al acto homicida.¹⁴²

Si se trata de alucinaciones, el enfermo no sabe en un principio que es lo que le persigue, es un alguien anónimo, pero pronto sus alucinaciones, auditivas psicomotrices (hablan por él) e incluso olfativas, (le lanzan malos olores), le espían, señala ciertos individuos que conspiran contra él, y cuando aumente esa certeza concentrada en un solo perseguidor, el enfermo llega a la conclusión absoluta y evidente, de que es preciso que uno de los dos (él o el otro) desaparezca.

Todos los perseguidores tienden a vengarse al cabo de un cierto tiempo del delirio. A veces, después de intentar en vano que se les haga justicia, deciden hacerse justicia por su propia mano, aplicando la máxima de que el fin justifica los medios, entonces entran en una lucha activa que se proyecta en el crimen.

La esquizofrenia de tipo catatónico, en su fase de estupor o excitación, está caracterizada por una actividad motora agresiva, desorganizada e impulsiva, que lo puede llevar agredir a un observador inofensivo, provocar lesiones, o romper objetos materiales espontáneamente. Así también, debido a la obediencia automática efectúa a veces cualquier orden verbal, no importando que exista peligrosidad en el acto a realizar, situación por la cual puede ser manipulado para cometer algún delito.

Así, el enfermo esquizofrénico llega a cometer daños en propiedad ajena, actos de crueldad, violencia física en contra de personas o animales; homicidios,

¹⁴² BELLAK, Leopold. Op. cit. Pág. 104.

consecuencia de las alucinaciones y autoagresividad de intentos con o sin éxito de automutilación, autoemasculación y suicidio.¹⁴³

Todos los enfermos de esquizofrenia son inimputables, están exentos de responsabilidad y deben ser sometidos a tratamiento psiquiátrico obligatorio.

Por otra parte, la conducta delictiva llevada a cabo por una persona con desarrollo mental retardado es por lo regular una conducta no reflexiva, impulsiva, carente de planificación y muchas veces llega a este comportamiento por la imitación de grupos delictivos. Tiene un conocimiento muy pobre de su personalidad y por lo tanto le es sumamente difícil ponerse en el lugar del otro.

En muchos de los casos, él mismo se coloca en situaciones que no sabe resolver, más que por la mentira o la violencia y esto es debido a que es incapaz de hacer frente a situaciones nuevas que exijan un análisis pasivo de sus dificultades. Los delitos que llega a cometer son por lo general daños en propiedad ajena.

Cuando el débil mental realiza una agresión sexual como la violación, es por lo común a niños, porque se siente más seguro y es una conducta circunstancial no planeada.

El robo se da más por manipulación que por una conducta espontánea; sin embargo, hay que mencionar que las personas débiles mentales reciben una fuerte influencia de la familia, de tal manera que si de este medio aprenden valores sociales y morales distorsionados, el enfermo puede llegar a continuar con estas conductas por un comportamiento imitativo.¹⁴⁴ En cualquiera de los casos la persona con retraso mental es inimputable.

¹⁴³ SLUCHEVSKI, I. F. Op. cit. Pág. 289.

¹⁴⁴ MARCHIORI, Hilda. La conducta post-delictiva en homicidios de psicóticos. Universidad de Córdoba. Argentina 1990. Pág. 114.

Por su parte, los llamados psicópatas, personas con trastornos de la personalidad o delincuentes morales, jurídicamente son los más peligrosos por sus conductas o modos de comportamiento antisociales. La mayor parte de conductas criminales e inhumanas son realizadas por este grupo de sujetos, desde robos, violaciones, lesiones y homicidios. No se considera una enfermedad mental, por lo tanto son imputables y responsables; salvo algunas excepciones en las que existen alteraciones psíquicas y se afecta la capacidad de comprender la ilicitud y la voluntad del acto.

También existen algunas desviaciones sexuales que pueden derivar en conductas ilícitas como:

- Paedofilia.- Estupro, violación, (imputable).
- Sadismo.- Lesiones e incluso homicidio (imputable)
- Fetichismo.- Robo (imputable).
- Satiriasis y ninfomanía.- Abuso sexual y violación (imputable)

4.2 Diagnostico del enfermo mental.

Como se ha venido mencionando, en cuanto se sospeche que el presunto delincuente tiene alguna enfermedad mental, el tribunal lo mandará a examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar con el procedimiento en la forma ordinaria.

En el diagnostico se realiza una historia clínica, que se refiere a la historia personal del sujeto que va a comprender la evolución dentro de la familia, haciendo referencia a la conducta delictiva, se comienza generalmente por la situación actual, el trabajo, la escolaridad, estudiando aspectos de agresividad y peligrosidad, test psicométricos que dan una idea general acerca del funcionamiento psicológico del individuo y de sus potencialidades, test proyectivo, a través del cual el sujeto revela algo de su personalidad en la forma como

responde al material estimulativo. Así con lo anterior y otras pruebas se determina el estado mental del sujeto, de tal manera que si el sujeto padece alguna enfermedad mental que afecte su capacidad de querer y de entender, se ordenará la reclusión del inculpado en una institución psiquiátrica.

4.3 Internamiento del enfermo mental.

Una vez que por dictamen pericial se demuestra que una persona que ha delinquido es al mismo tiempo enfermo mental, el Juez a pedimento del Ministerio Público, ordena las medidas necesarias para su internamiento en un hospital psiquiátrico para su rehabilitación. Sin embargo, en muchas ocasiones las condiciones del internamiento no son del todo satisfactorias para el restablecimiento del enfermo, y no sólo eso, sino que también influyen para que la permanencia del individuo sea definitiva.

A lo anterior, es importante mencionar, la situación que se vivió por muchos años en el desaparecido Manicomio General, (La Castañeda). Existía específicamente un pabellón para aquellos enfermos mentales que eran también reos, donde convivían todos los enfermos agitados, agresivos o excitados que por necesidad, eran pasados por los médicos de todos los demás pabellones del establecimiento, lo cual provocaba sobrepoblación, existía promiscuidad, convivían enfermos agresivos transitoriamente, colocados en condiciones de agitación motora y otros cuyas características psicópatas los hacían eminentemente peligrosos de modo permanente.

Como medida de seguridad, el pabellón de reos en el Manicomio General no fue muy efectivo ya que no existía la misma vigilancia que podía dárseles en un sistema carcelario, de ahí el alto índice de fugas.

Tanto el hospital psiquiátrico como la prisión son instituciones que no están en la posibilidad de atender de una manera adecuada a los reos enfermos

mentales porque parten de necesidades diferentes; el hospital no puede tener todas las características de una prisión, ni lo contrario. Lo único que logran ambas instituciones es un hacinamiento promiscuo donde mandan enfermos mentales para que los guarden, porque no hay otro lugar en la sociedad donde ponerlos.

Así para evitar lo anterior, en algunos países se han creado dentro de las cárceles anexos psiquiátricos que resguardan a los presos enfermos mentales. Estos anexos además de permitir una mayor vigilancia sobre el reo, tienen muchas y diversas funciones:

- 1) Debe albergar reos que en el curso de su proceso o sentencia inicien la aparición de trastornos mentales.
- 2) Enfermos neurológicos (como paralíticos y epilépticos, que tengan trastornos mentales discretos).
- 3) Debe guardar enfermos con agitaciones repentinas, transitorias por reacciones neuróticas psicopáticas.
- 4) Debe atender eclosiones psicopáticas, agudas o subagudas, de los reos de la prisión.
- 5) Debe atender problemas de clínica de conducta en el interior del penal.
- 6) Debe tener un servicio de consulta externa, sin internación de los reos que lo ameritan.
- 7) Debe atender fenómenos anormales de conducta por intoxicaciones (alcohol, marihuana, morfina, heroína etcétera).
- 8) Debe constituir asesoría técnica de las autoridades del penal respecto de: a) calificar la conducta de cada reo en el penal; b) la conducta de cada reo para con su familia; c) la conducta del reo para con la familia de la víctima; d) quejas contra el reo; e) quejas del reo; f) llevar record de riñas, robos, lesiones de cada uno; g) conocer la conducta en pabellones, escuela, gimnasio, militarización, crujías y vista.
- 9) Calificar los actos de acuerdo con la exigencia de la ley respecto a pruebas subjetivas y objetivas de arrepentimiento, enmienda y regeneración.

- 10) Rendir los informes de conducta que requieran el Departamento de previsión Social o las autoridades del penal.
- 11) Verificar los estudios médico-psicológicos completos de los reos procesados o sentenciados, a partir de su ingreso al penal.
- 12) Hacer selección profesional y vocacional.
- 13) Hacer la terapéutica medicamentosa de tipo psiquiátrico para los casos que los ameriten.
- 14) Hacer la psicoterapia individual de los reos.
- 15) Orientar y vigilar la psicoterapia de grupo y colectiva en el penal.

En México en 1975, se creó el "Centro Médico de Reclusorios del Distrito Federal", el cual es una dependencia judicial donde domina la Medicina y se encuentran internados enfermos, procesados o, sentenciados, hombres y mujeres que están a disposición de la autoridad judicial, para su diagnóstico y tratamiento, sin descuidar las medidas de custodia.

Su finalidad es atender los casos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos que rebasen la capacidad técnica de los servicios médicos de los establecimientos que integran el sistema de reclusorios del Distrito Federal.

Cuenta con las siguientes secciones: psiquiátrica, quirúrgica, servicios de diagnóstico y servicios generales.

Sin embargo, en este anexo, sólo se atienden pacientes con trastornos mentales en una fase temprana, para internamiento de corto y mediano plazo, haciendo a un lado a los pacientes crónicos, irremediables y peligrosos; así como a los psicópatas.

4.4 Tratamiento del enfermo mental.

El tratamiento psicológico y psiquiátrico penitenciario en teoría debe intentar atenuar la agresividad del individuo antisocial, hacer conscientes aspectos inconscientes en cuanto a sus conductas patológicas, sensibilizarlos en relación a su efectividad, favorecer relaciones interpersonales estables, lograr que pueda canalizar sus impulsos y verbalizar su problemática.

La psicoterapia al igual que el diagnóstico puede ser individual, grupal o institucional. La terapia individual significa la relación interpersonal con un interno con un encuadre riguroso, implica por lo menos dos sesiones semanales de una hora de duración.

En los enfermos que delinquen la tarea psicológica consiste en un estudio de personalidad, pero utilizando como técnica la entrevista focalizada para atenuar situaciones de stress y angustia que son tan frecuentes cuando un individuo experimenta la situación de encierro.

Esta atenuación de la sintomatología de angustia previene cuadros depresivos agudos (suicidio), conducta autodestructiva (marcarse, cortarse), así como situaciones de pánico y agresividad hacia otra persona.

Así también existen diversos tratamientos que se utilizan específicamente en las instituciones psiquiátricas como tratamiento farmacológico, tranquilizantes, antidepressivos e incluso terapéutica de Shock.

4.5 Rehabilitación del enfermo mental.

Consiste básicamente en la teoría, de lograr restablecer al enfermo mental a su vida normal, al sistema y normas sociales cuando esto sea posible y cuando se traten de enfermedades mentales de mal diagnóstico o incurables como la

esquizofrenia o el trastorno maníaco depresivo, en controlarlas y tratar de remitir algunos síntomas, de tal manera que el enfermo pueda llevar una vida casi normal; situaciones para las cuales es necesario continuar con terapia y en algunos casos con medicamentos.

Sin embargo, la realidad es que un individuo que ingresa a una institución psiquiátrica tiene pocas esperanzas de rehabilitación ya que el sistema de estos hospitales está organizado con fines de confinamiento más que de rehabilitación.

4.6 Diagnóstico y tratamiento psicológico en prisión del enfermo mental.

"La tarea psicológica en el ámbito penitenciario o criminológico siempre implica abordar esencialmente dos aspectos: diagnóstico y tratamiento"¹⁴⁵

En los Reclusorios Preventivos del Distrito Federal existen dos áreas, diferenciadas jurídicamente, en las que interviene el psicólogo con distintos objetivos:

- Estancia de ingreso.
- Centro de Observación y Clasificación

De esta manera, cuando ingresa una persona al reclusorio como inculpada de un delito, es alojado en un área de recepción llamada Estancia de Ingreso, hasta que sea resuelta su situación jurídica en el término constitucional de 72 horas.

¹⁴⁵ MARCHIORI, Hilda. Psicología Criminal. Editorial Porrúa. México 1990.

El psicólogo acude periódicamente a este lugar para entrevistarse con cada una de las personas que han ingresado a esta área, con el objetivo de realizar una ficha de ingreso, que contempla:

- Datos generales.
- Estado de ánimo.
- Agresividad.
- Estado Mental.
- Tipo de apoyo.

La exploración clínica realizada por el psicólogo a cada persona, permite conocer el estado físico y psíquico con que ingresó a la institución, determinándose si así fuera necesario, el tipo de apoyo correspondiente.

En la Estancia de Ingreso la persona recluida sufre una permanente incertidumbre pues desconoce la decisión que tomará el Juez respecto a su causa legal, esta situación frecuentemente genera en los reclusos: depresión, ansiedad y angustia. En dicha circunstancia, es el psicólogo el profesional encargado de reducir los niveles de inestabilidad anímica, mediante terapia de apoyo psicológico.

En caso de dictarse el auto de formal prisión, la persona recluida en la Estancia de Ingreso se convierte en Interno de la Institución e inicia el procedimiento jurídico penal; es entonces cuando de manera inmediata, el interno es trasladado al Centro de Observación y Clasificación.

En este Centro de Observación y Clasificación, las actividades específicas de los psicólogos clínicos están encaminadas principalmente al logro de tres aspectos fundamentales:

- El psicodiagnóstico

- Informe psicológico al Juez
- La Clasificación

El diagnóstico, tiene como objetivo conocer quién es el individuo que llega a una institución penitenciaria, es decir, conocer las características de su personalidad y facilitar la comprensión de aquello que impulsa al individuo a comportarse como lo hace. Cabe mencionar, que este diagnóstico también sirve como guía para planear los criterios de clasificación y los procedimientos terapéuticos.

Así, en las instituciones carcelarias, hay individuos que cumpliendo con la pena de prisión o en calidad de procesados, enferman mentalmente.

A lo anterior, han expresado los expertos, que se debe a los grandes daños psicológicos de los que son objeto la mayoría de las personas que llegan a pisar una prisión, éstos daños varían en gran escala constituyendo factores etiopatogénicos, capaces de desencadenar la llamada patología psíquica carcelaria que a su vez origina ciertas reacciones como las psicosis carcelarias, mismas que en estricto concepto son neurosis reactivas.

Las psicosis que se originan por hallarse el preso en una situación anómala y sometido a una gran presión física y emocional, con alteraciones algunas de breve duración, evolución tumultuosa y predominio de reacciones depresivo-ansiosas, paranoides e histérica, desaparecen o mejoran al ser trasladados al anexo psiquiátrico.

La psicopatología carcelaria obedece a mecanismos etiopatogénicos variables, tales como frustración, sentimientos de culpa, rebeldía, negativa a aceptar la autoridad, falta de gratificación sexual, hacinamiento, aislamiento y consumo de sustancias tóxicas. La frustración producida por la ruptura con el medio habitual y la pérdida de libertad genera agresividad que a veces reprime y

de repente puede aflorar en forma de heteroagresividad o autoagresividad, lesionándose o suicidándose. El hacinamiento produce sentimientos de masificación y anonimato, sentimientos de soledad que dificultan las relaciones de transferencia y cordialidad. El aislamiento favorece conductas egocéntricas, incrementa síndromes patológicos, incluso ocasionando psicosis delirantes o alucinantes. En el caso de toxicómanos, puede desarrollar síndromes de abstinencia y supresión.

Al respecto señala el Dr. Juan Pablo de Tavira "las grandes sentencias hunden al preso en un proceso de deshumanización, la cárcel va despojándolo de sus buenos sentimientos, de su afectividad, capacidad de admiración, se vuelve frío, desalmado, animal en acecho, capaz de cometer los peores actos para sobrevivir y sostener sus vicios".

De tal manera, que si el sujeto enloquece en alguna etapa del proceso, el psicólogo lo hará saber al juzgador, éste suspenderá el juicio a pedimento del Ministerio Público y ordenará la reclusión del enfermo ya sea en el Centro Médico de Reclusión del Distrito Federal u hospital Psiquiátrico, para su debida atención y rehabilitación; y una vez que se encuentre recuperado se continuará con el procedimiento.

4.7 Análisis de las instituciones psiquiátricas.

En el siglo XIX, el desarrollo de la medicina llevó a la creación de una ideología que hacía ver en la locura una enfermedad mental y aparejada a ésta surgen las Instituciones psiquiátricas.

Las instituciones psiquiátricas como las cárceles, van a ser instituciones totalitarias, es decir, lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de

individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten un encierro, una rutina diaria, administrada formalmente.¹⁴⁶

En dichas instituciones los enfermos mentales son internados y alejados de la sociedad para ser sometidos a un tratamiento con la supuesta finalidad de lograr su recuperación, pero la realidad es que son lugares que no responden a las necesidades reales de los usuarios, esto es ni rehabilitan al delincuente ni curan al enfermo, sin embargo, sí solucionan una exigencia del sistema social: mantener el orden y el equilibrio de dicho sistema a través de la marginación de quienes no aceptan las normas preestablecidas.¹⁴⁷

Instituciones donde los enfermos no siempre son atendidos como uno pensaría y en muchos de los casos, lejos de lograrse su rehabilitación, el paciente se hunde cada vez más en su enfermedad debido a la sobrepopulación, falta de atención y preparación de personal; y que decir de los enfermos mentales delincuentes que por su peligrosidad son doblemente estigmatizados, abandonados y aislados en el mejor de los casos en éstos hospitales psiquiátricos y en el peor en granjas, sin respetarse ninguno de sus derechos como ser humano.

Esto es en realidad un hospital psiquiátrico, un espacio de encierro donde el interno no tiene opción de cura, sino el deber de permanecer en la segregación para no constituir una amenaza social. Institución que está al servicio del grupo social que detenta el poder con la finalidad de mantener el orden público; de los familiares para los cuales el enfermo se ha vuelto un problema y una carga, y de un grupo de personas que hacen de esta institución su modo de vida y no así al enfermo mental.

¹⁴⁶ GOFFMAN, Erving. Internados; Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrótu editores. Argentina 1993. Pág. 13.

¹⁴⁷ BASAGLIA, Franco. Razón, Locura y Sociedad. 13ª edición. Editorial siglo XXI. México 1992. Pág. 57.

Así vemos que la única diferencia entre un hospital psiquiátrico y una cárcel, es que la primera no sólo es una estrategia de control social, sino que además, está cubierta con matices médicos que buscan el supuesto tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, aunque en los hechos sólo van a ser lugares de custodia y confinamiento.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La expresión trastorno mental debe entenderse como el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional que poniéndose de manifiesto mediante síntomas, produce alteraciones de la conducta, personalidad y voluntad, que imposibilitan adoptar una conducta acorde con los valores sociales, e interesa en un contexto jurídico en cuanto perturba las capacidades de comprender la conducta ilícita y de decidir respecto a cometer o no la conducta.

SEGUNDA.- Jurídicamente el trastorno mental permanente implica una pérdida absoluta de la capacidad para conocer lo ilícito de lo lícito; en cambio se entiende por trastorno mental transitorio, una perturbación pasajera del juicio, que puede dejar secuelas o no, la diferencia va a radicar en el factor tiempo.

TERCERA.- Cuando un sujeto que padece una trastorno mental realiza una conducta típica y antijurídica, únicamente será considerado inimputable cuando dicha afectación sea tal, que lo prive totalmente de la capacidad de querer y de entender en el campo del derecho penal, siempre y cuando el sujeto no hubiese provocado su trastorno mental.

Por lo tanto, es incorrecto atribuir de forma automática grados de inimputabilidad a las distintas enfermedades mentales, ya que no siempre un sujeto que padece una enfermedad mental es inimputable, tal es el caso de los enfermos maníacos depresivos, que pueden llegar a tener períodos intermedios de tres o cuatro años entre un ataque y otro, en los que la persona puede estar completamente sana y lúcida.

CUARTA.- Cuando se determina que el sujeto que cometió un delito es inimputable por padecer una enfermedad mental, no se hace acreedor a una pena, porque su conducta no fue predeterminada, pero se le aplica una medida de seguridad para prevenir los daños sociales.

La medida de seguridad no puede ser mayor a la pena que sería aplicable al hecho cometido.

QUINTA.- Las enfermedades mentales son un factor de riesgo de violencia en la comunidad, sin embargo si se compara con el riesgo asociado a otras características como la condición socioeconómica, los antecedentes de violencia, el alcoholismo y consumo de drogas, hacen a lo sumo una aportación insignificante a la violencia general de la sociedad.

SEXTA.- Los trastornos que representan un riesgo elevado de violencia comprenden la esquizofrenia, la manía, el abuso o consumo excesivo de sustancias tóxicas y algunos desordenes de personalidad, en especial las modalidades antisocial y limítrofe, por lo que las instituciones carcelarias deben poner especial atención en su tratamiento en cuanto se lleguen a presentar alguno de estos casos.

SÉPTIMA.- Es de trascendental importancia, para determinar si un sujeto es inimputable, que el perito en psiquiatría realice un estudio minucioso de las circunstancias que han concurrido. En este sentido es esencial la investigación encaminada a establecer la causalidad psíquica del hecho (nexo de unión entre el estado del sujeto al tiempo de cometer la acción delictiva y su conducta), es decir la causa real que lo motivó a cometer la conducta delictiva. Asimismo, es indispensable que se precise el grado de afectación mental, ya que de lo contrario, podrían presentarse algunos de los siguientes problemas: considerar como enfermo mental a un sujeto que no lo es, falsedad o alteración de los dictámenes periciales para desvirtuar el hecho delictivo, manipulación del sujeto con afectación mental para cometer un delito.

OCTAVA.- Nuestro Código Federal de Procedimientos Penales, señala que inmediatamente que se compruebe que el inculpado padece un trastorno mental, cesará el procedimiento ordinario, y se abrirá uno especial, en el que la ley

deja al recto criterio y a la prudencia del tribunal la forma de investigar la infracción penal imputada, la participación que en ella hubiere tenido el inculpado, y la de estimar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial; sin embargo considero necesario que nuestros legisladores especifiquen de manera clara, paso a paso este procedimiento especial, con el objeto de evitar violaciones en el procedimiento, dictámenes periciales e internamiento.

NOVENA.- De igual forma, nuestra legislación penal adjetiva señala que cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento, lo cual significa que el procedimiento se reanudará en cuanto el enfermo recupere la razón; sin embargo, no especifica que sucederá cuando se trate de enfermos mentales incurables y por lo tanto al suspenderse el procedimiento, se pueden cometer violaciones en el internamiento, al exceder la medida de tratamiento de la duración que corresponde al máximo de la pena aplicable al delito.

DÉCIMA.- Tanto el hospital psiquiátrico como la prisión son instituciones que no están en posibilidad de atender de manera adecuada a los enfermos mentales delincuentes y a los sujetos que durante el proceso o sentenciados enfermen mentalmente, porque parten de necesidades diferentes, por lo que es indispensable la creación de una institución intermedia "hospitales criminales", como los llamó César Lombroso, totalmente encauzados a su tratamiento y rehabilitación.

PROPUESTA

PRIMERA.- El hospital psiquiátrico y la prisión son instituciones que parten de necesidades diferentes; el hospital no puede tener todas las características de una prisión ni lo contrario, por lo tanto, es indispensable la creación en las principales ciudades del país de departamentos especiales para la atención psiquiátrica de enfermos mentales delincuentes e inculpados que en el curso del proceso o sentencia inicien con la aparición de trastornos mentales, tal y como funciona en otros países como Estados Unidos, donde se internen y sean atendidos, previo peritaje en psiquiatría y estricto diagnóstico, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) La conducta delictiva realizada.
- b) Enfermedad mental (esquizofrenia, maniaco-depresivos, toxicómanos, etcétera) y grado de afectación mental.
- c) Peligrosidad

Dicho departamento especial, no debe entenderse como un anexo de las instituciones de reclusión preventiva o de ejecución de sanciones penales, sino como una institución intermedia entre la carcelaria y la psiquiátrica, que reúna las siguientes condiciones:

- 1.- Que en ella pueda impartirse atención especializada al enfermo mental delincuente.
- 2.- Que se encuentre dividida por secciones, de acuerdo a la enfermedad y peligrosidad del interno.
- 3.- Que el lugar garantice la seguridad del interno, en defensa de los intereses sociales, para evitar que se fugue y ocasione daños a la colectividad, lo cuál adquiere especial interés si éste ha sido declarado como de elevada peligrosidad.

4.- Que cuente con personal capacitado para tratar con delincuentes enfermos mentales.

Lo anterior es así, porque todos estos sujetos tienen en común, padecer alguna enfermedad mental y haber cometido uno o varios delitos, ya que de lo contrario al internarse en cualquier institución psiquiátrica, podrían convertirse en un peligro para la población y personal del nosocomio, si las medidas de seguridad no son las adecuadas.

SEGUNDA.- Es indispensable, que las instituciones carcelarias, sin excepción, cuenten con suficientes especialistas en psiquiatría para atender fenómenos anormales de conducta por intoxicación con drogas ó alcohol, casos de depresión, proporcionar terapia individual y grupal a los internos; así como, diagnosticar y auxiliar a tiempo a los internos que en el curso del proceso o sentencia, inicien con la aparición de trastornos mentales, con la finalidad de canalizarlos a la institución correspondiente, y así procurar su tratamiento oportuno, ya que, en las instituciones carcelarias se dan circunstancias como el encierro, aislamiento, hacinamiento, sentimientos de culpa, frustración por la pérdida de libertad, falta de gratificación sexual, consumo de sustancias toxicas, que favorecen la heteroagresividad, autoagresividad, aparición de reacciones ansioso-depresivas y enfermedades mentales.

TERCERA.- Es preciso modificar de artículo 495 y 498 del Código Federal de Procedimientos Penales, términos que en la actualidad y de acuerdo a la terminología psiquiátrica son inapropiados como loco, idiota e imbecil, toda vez que debido a la carga peyorativa que con el tiempo han adquirido, resultan obsoletos e inapropiados, siendo el adecuado para el primero, enfermo mental y para los otros dos, retraso mental leve, moderado, severo y profundo.

BIBLIOGRAFÍA

BARRAGÁN SALVATIERRA, Carlos. Derecho Procesal Penal. 1ª edición. Editorial McGraw-Hill. México 1999.

BASSAGLIA, Franco. Razón, Locura y Sociedad. 13ª edición. Editorial Siglo XXI. México 1992.

BECCARIA César Bonnesano Marqués de. Tratado de los Delitos y de las Penas. 6ª edición. Editorial Porrúa. México 1995.

BELLAK, Leopold. Esquizofrenia. 15ª edición. Editorial Herdez. Barcelona 1995.

BELLOCH, Sandín. Manual de Psicopatología. Mc Graw Hill Interamericana. España 1996.

BLEUR, E. El grupo de las esquizofrenias. Editorial Paidós. Buenos Aires 1996.

CABELLO, Vicente. Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Editorial Hammurabi. Buenos Aires 1992.

CALDERÓN CADAVID, Leonel. La Inimputabilidad en el Derecho Penal y en el Procedimiento. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá 1989.

CARRANCA Y RIVAS, Raúl. Derecho Penal Mexicano. Parte General. 21ª edición. Editorial Porrúa. México 2001.

CARRARA, Francesco. Programa de Derecho Criminal. Parte General. 6ª edición. Editorial Temis. Colombia 1987.

CASO MUÑOZ, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. 12ª edición. Editorial Limusa. México 1992.

CASTELLANOS TENA, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. 42ª edición. Editorial Porrúa. México 2001.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Enfermos Mentales e Inimputables. Documentos Nacionales e Internacionales. México 1995.

CUELLO CALÓN, Eugenio. Derecho Penal. Parte General. Tomo I y II. 18ª edición. Editorial Bosch. Barcelona 1981.

DE LA FUENTE MUÑIZ, Ramón. Cuaderno de Psicología, Ética, Psiquiatría y Ley Penal. Departamento de psiquiatría y salud mental. Facultad de medicina. UNAM 1996.

DEL VALLE SIERRA LÓPEZ, María. Las Medidas de Seguridad en el Nuevo Código Penal. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 1997.

ESCOBAR, Raúl. El interrogatorio en la investigación criminal. 6ª edición. Editorial Universidad. Buenos Aires 1993.

FOUCAULT, Michel. Enfermedad Mental y Personalidad. 5ª edición. Editorial Paidós. Buenos Aires 1993.

Historia de la locura. Tomo I y II. 7ª reimpresión. Fondo de Cultura Económica. México 1998.

GARCÍA, Antonio y Pablos de Molina. Criminología. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 1992.

GOFFMAD, Erving. Internados; ensayo sobre la situación de los enfermos mentales. Amorrotú editores. Argentina 1993.

GOLDSTEIN, Raúl. Diccionario de Derecho Penal y Criminología. Editorial Astrea. Buenos Aires 1993.

GRANDINI GONZÁLEZ, Javier. Medicina Forense. Distribuidora y Editora Mexicana, Sociedad Anónima de Capital Variable. México 1995.

GÜNTHER, Jakobs. Derecho Penal. Parte General. 2ª edición. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas, S.A. Madrid 1997.

JERVIS, G. Manual Crítico de Psiquiatría. Editorial Barcelona. Madrid 1994.

JIMÉNEZ OLIVARES, Ernestina. Psiquiatría e Inquisición. Departamento de historia y filosofía de la medicina. Facultad de Medicina. U.N.A.M. México. 1992.

KAPLAN, Harold. Tratado de Psiquiatría. Salvat editores. 5ª edición. Barcelona 1996.

MARCÓ RIBÉ, Jaime y otros. Psiquiatría Forense. Salvat editores. Barcelona 1992.

MARCOS, Sylvia. Manicomios y Prisiones. Red-ediciones. México 1991.

MARCHIORI, Hilda. Psicología Criminal. Editorial Porrúa. México 1990.

MICÓ CATALÁN, Francisco. Psiquiatría Forense en Esquemas. Editorial Cóllex. Madrid 1996.

ORELLANA WIARCO, Octavio Alberto. Curso de Derecho Penal. Editorial Porrúa. México 1999.

ORTEGA MONASTERIOS, Leopoldo y otros. Aspectos Psiquiátrico-Forenses de la Psicosis. Segundo simposium de la sociedad española de psiquiatría forense. Vol. II. 1ª edición. Promociones y publicaciones universitarias. Barcelona 1994.

PANDO ORELLANA, Luis A. Neuropsiquiatría. Editorial Porrúa. México 1994.

PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. Derecho Penal Mexicano. Editorial Porrúa. México 1994.

PORTE PETIT, Celestino. Programa de Derecho Penal. Parte General. 19ª edición. Editorial Trillas, México 2001.

QUIROS CUARÓN, Alfonso. Medicina Forense. 10ª edición. Editorial Porrúa. México 2001.

RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. 16ª edición. Editorial Porrúa. México 2001.

Clásicos de la Criminología. Cárdenas editores. 3ª edición. México 1996.

SERPA FLORES, Roberto. Psiquiatría Médica y Jurídica. Editorial Temis. Santa fe de Bogotá, Colombia 1994.

SLUCHEVSKI I.F. Psiquiatría. Editorial Grijalbo. México 1993.

VALLEJO NAJERA, J.A. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. Madrid 1997.

VARGAS ALVARADO, Eduardo. Medicina legal. 2ª edición. Editorial Trillas. México 1999.

VELA TREVIÑO, Sergio. Culpabilidad e inculpabilidad. 9ª reimpresión. Editorial Trillas. México 1992.

VIETA, Edgar. Abordaje actual de los trastornos bipolares. Editorial Manson. Barcelona 1999.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Tratado de Derecho Penal. Parte General. Porrúa. México 2001.

Legislación

Código Civil para el Distrito Federal. 3ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Código Federal de Procedimientos Penales. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Código Penal Federal. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Código Penal para el Distrito Federal. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 5ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México 2002.

Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados. 8ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2002.

Nuevo Código Penal para el Distrito Federal comentado. Angel Editor. México 2003.

Reglamento Interno del Centro de Diagnóstico para Varones. 7ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2001.

Reglamento Interno del Centro de Diagnóstico para Mujeres. 7ª edición. Ediciones fiscales ISEF. México 2001.