

48
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ENFERMEDAD MENTAL Y DELITO

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JESUS ERIC CHARGOY ROMERO

DISTRITO FEDERAL,

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO.

	hoja #
PROLOGO.	1
1.- INTRODUCCION.	5
1.1.- Características Generales de la Investigación.	5
1.2.- Somero Enfoque del Sistema de Instituciones Penitenciarias del Distrito Federal.	7
1.3.- Breve Descripción del Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal.	12
2.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION Y DESCRIPCION DE LAS ENTIDADES NOSOLOGICAS ESTUDIADAS.	16
2.1.- Justificación de la Investigación y el Porque de la Elección de las Entidades Nosológicas Estudiadas.	16
2.2.- Descripción y Estudio de las Entidades Nosológicas.	18
2.2.1.- Psicosis Esquizofrénica.	18
2.2.2.- Oligofrenias.	30
2.2.3.- Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias.	47
3.- EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEY.	68
3.1.- Definición de Delito.	68
3.2.- Resoluciones Jurídicas que se Dictan cuando un Enfermo Mental Infringe la Ley.	75
3.3.- Que es la Inimputabilidad.	82
3.4.- Que son las Medidas de Seguridad.	85
3.5.- Procedimientos que se Utilizan para Externar a un Enfermo Mental que se encuentra Recluido por haber Cometido un Ilícito.	87

4.- METODOLOGIA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.	89
4.1.- Características de la Muestra.	89
4.2.- Material y Procedimiento.	90
4.3.- Manejo Estadístico de los Datos.	91
4.4.- Hipótesis.	92
4.5.- Resultados de la Investigación.	93
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	140
APENDICE I.	154
Algunas Consideraciones IDIOMATICAS y MEDICAS acerca de los Conceptos SALUD, ENFERMEDAD y CURACION, conte nidos en los Postulados Jurídico Legales del Apartado 3.2 de esta Investigación.	
APENDICE II.	161
Algunos Ejemplos tendientes a Describir los Elementos de la Definición de Delito Utilizada en este Trabajo. Se Mencionan Unicamente los Conceptos Ilustrativos de las Figuras Delictivas presentes en los Datos de la - Investigación.	
APENDICE III.	202
Conceptos relacionados con PELIGROSIDAD y PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA. (CRIMINOLOGIA).	
6.- BIBLIOGRAFIA.	213

PROLOGO.

Con la finalización, aprobación y presentación de este trabajo se culmina una, ya muy larga etapa de mi vida, iniciada en el ya lejano año de 1971 época en la cual, en compañía de muchos otros estudiantes, ingresabamos al aún entonces COLEGIO DE PSICOLOGIA, a cursar los estudios que permitirían fuésemos, en el futuro, LICENCIADOS EN PSICOLOGIA.

Los años siguientes, plenos de enseñanzas, experiencias y muchas expectativas, fueron modelando nuestras preferencias personales y ya casi al final de los estudios profesionales, decidimos encaminar nuestra futura actividad profesional dentro de los derroteros del Area Clínica. Insignes maestros nos brindaron sus clases, atención, interés y amistad; escuchar sus palabras nos hacía vislumbrar un vasto campo de acción en el cual podríamos desempeñar nuestras actividades profesionales.

En ese entonces eran esperadas con agrado las cátedras de: ROJAS BUSTILLOS, NUÑEZ OVANDO, MARTINEZ CID, GAMIOCHIPI, BRUGMANN, MAC GREGOR y muchos otros que escapan a la memoria, pero que no por ello dejaron de sembrar sus enseñanzas en la tierra fértil de la cual formabamos parte.

La vida escolar siempre estaba llena de consejos, orientación y guía para nosotros; las autoridades de la NUEVA FACULTAD encabezadas por los DOCTORES LUIS LARA TAPIA y RODOLFO GUTIERREZ, acompañados por los LICENCIADOS PENICHE y RALLO se mostraban siempre deseosas de proporcionarnos su ayuda para allanar nuestro camino y poder así realizar Prácticas Hospitalarias, Servicio Social, etc, amén de ser puestos en continuos aprietos por los miembros de nuestra generación.

Pugnas internas y movimientos estudiantiles no faltaron, pero todo en conjunto nos permitía llevar una vida estudiantil plena de esti-

---mulos y vivencias.

Posteriormente en 1976, habiendo ya egresado de nuestra "ALMA MATER", nos entregamos de lleno a la práctica profesional como un integrante más del cuerpo médico de una gran Institución de Salud. En ella se nos adscribió al Sistema Médico Penitenciario que es una parte del Área de Medicina Legal.

En uno de sus hospitales vivimos diversas épocas institucionales, pasando lo mismo por el auge y el esplendor como por la privacidad y el ocaso. En este hospital nos enfrentamos, por primera vez, con la recalcitrante y siempre presente necesidad de demostrar que nuestra profesión es una entidad científica autónoma que no puede, ni debe, encontrarse bajo la égida de otros profesionales. Demostrar lo anterior y mantenerlo vigente, en ese entonces, represento enfrentar una intensa y constante pugna con el grupo de profesionales que, siempre habían tenido una imagen decremada de los miembros de nuestra profesión.

El paso de los años y lo adecuado de nuestras actividades nos permitio ocupar el lugar profesional, que desde un principio nos correspondia. Durante este tiempo nos relacionamos constantemente con muchos otros profesionales de diferentes ciencias, así como con diversas personas; que aparte de ser compañeros de trabajo, paulatinamente fueron manejados amistosamente, llegando a formar con algunos de ellos, grandes amistades unidas reciamente por fuertes lazos fraternales.

Los recuerdos y experiencias personales, dentro de la institución son multiples; en ellos se encuentran presentes infinidad de nombres; mencionar algunos y omitir otros, por falta de espacio, no es justo ya que de todos ellos se guardan gratos, calidos y numerosos recuerdos en la memoria.

En esta misma Institución Hospitalaria, rodeado de todos los compañeros surgió la idea de este trabajo; cuando aljos estaba de imaginar que la realización del mismo se iba a ver rodeada de múltiples cambios algunas desapariciones y un sinnúmero de problemas laborales, técnicos académicos y burocráticos que obligaron a ir aumentando los requerimientos necesarios para cumplimentar las exigencias de: un ASESOR muy estricto y un SUSTENTANTE con un desmesurado afán de fundamentar al máximo su investigación. Todo ello originó que un trabajo que inicialmente, a mediados de 1980, se había planeado llevar a cabo en tres años se terminara hasta la fecha actual.

En este momento y tras culminar por fin nuestro objetivo; los personajes centrales de este trabajo: el ASESOR y el SUSTENTANTE, consideramos se han cumplido adecuadamente los requerimientos autoimpuestos y la idea original, poder dar determinantes exactos para enjuiciar y determinar las conductas legales susceptibles de implementar en el Enfermo Mental, ha sido llevada a cabo fielmente y los resultados de la investigación permitirán sentar las bases sobre las cuales se podrán erigir nuevos postulados Legales, Criminológicos y de Tratamiento destinados a los ENFERMOS MENTALES que infringen la ley.

Detrás de todo esto y como punto final llega a nuestra memoria un bello pensamiento, emitido por un SEÑOR MUY ESPECIAL que construyó una gran dinastía deportiva; este pensamiento reza:

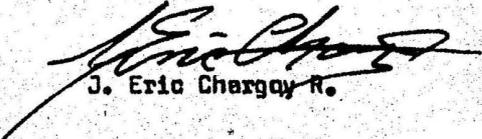
"El mejor y mayor momento de cualquier hombre; su logro más grande y su mayor satisfacción es aquel momento sublime en -- que después de haber trabajado arduamente con todo su empuje,

esfuerzo, dedicación y corazón
en favor de una causa noble, -
se encuentra exhausto en el --
campo de batalla:

¡ VICTORIOSO! "

VINCENT LOMBARDI. (*).

Distrito Federal, Marzo de 1985.



J. Eric Chagoy R.

(*) Tomado de: Lombardi Vincent. (61).

Extracto final de una carta multiples veces copiada y distribuida
en el campo de entrenamiento del equipo GREEN BAY PACKERS aproxi-
madamente entre 1965 - 1969; la misma tras su amplia difusión se
ha convertido en el "CREDO MISTICO" de los jugadores de FUTBOL --
AMERICANO. Por su significado é ideales puede ser aplicada tam--
bien en cualquier otra actividad humana.

1.1.- Características Generales de la Investigación.

"No debe confundirse la Psiquiatría con la Psicología, pues la primera es una rama de la Medicina que trata enfermedades, -- mientras que la segunda explica los mecanismos mentales y la -- dinámica del Delito."

LUIS RODRIGUEZ MANZANERA. (*).

La presente investigación es la culminación del sinnúmero de expectativas e inquietudes que se han despertado y surgido durante el desempeño de las actividades profesionales propias de nuestra disciplina en el Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal.

Este Centro Médico es una Institución Cerrada, en la cual se conjugan dos situaciones sumamente importantes para el interno: La Enfermedad Mental y la Conducta Delictiva que da lugar a la privación de su libertad. Ambos aspectos se han constituido como estigmas para el hombre que se ve afectado por ellas; y al unirse han formado barreras en ocasiones insalvables, propiciadas y erigidas por la utilización de procedimientos inadecuados en el momento de juzgar los actos cometidos por este tipo de sujetos que traagreden las normas penales.

Dentro de este trabajo, paulatinamente el lector irá conociendo el Sistema Penitenciario del Distrito Federal, las diferentes situaciones -- a las que se enfrenta el Enfermo Mental que comete un ilícito, la Histo-

(*). Tomado de: Rodriguez Manzanera Luis. (87).

CRIMINOLOGIA. en Manual de Introducción a las Ciencias Penales.

INACIPE/ Enseñanza 5.

--- ria y los síntomas de las Enfermedades que aquí se estudian, las razones y/o motivos que sirvieron como parámetros de elección para las mismas y por último la Metodología de ésta investigación con los resultados obtenidos en ella.

Su finalidad es proporcionar con sus resultados una base sobre la cual se puedan emitir juicios y resoluciones más reales y efectivas que permitan discernir en forma clara los conceptos Peligrosidad y Probabilidad de Reincidencia en el Enfermo Mental.

1.2.- Somero Enfoque del Sistema é Instituciones
Penitenciarias del Distrito Federal.

"No en balde es el preso el más
pobre de los pobres."

SERGIO GARCIA RAMIREZ. (*).

La Ciudad de México desde su fundación hasta nuestros días ha tenido diversas instituciones carcelarias, para cumplir los requerimientos - judiciales que privan de su libertad a las personas que cometen un deli- to.

Todas estas instituciones en sus diferentes épocas han sido consi- deradas como las idóneas para nuestra Ciudad, por las personas que las - han tenido bajo su cargo, y se les ha ido sustituyendo conforme se han - presentado necesidades que las han hecho ser obsoletas y no aptas para - cumplirlas.

Un breve bosquejo histórico de las prisiones de nuestra Ciudad co- menzaría por nombrar en primer término a las Cárceles de la Colonia, épo- ca en la que México se encontraba dominado por los españoles, los cuales en 1562 acondicionan una ala del Palacio Virreinal como Prisión, dándole el nombre de "Cárcel de la Corte". Esta cárcel en el año de 1851 es -- trasladada al edificio de la "Cárcel de la Acordada" (fundada inicialmen- te en 1771, a raíz de la creación del Tribunal del mismo nombre), en don- de permanece hasta 1862 llevando ese nombre. Es importante también men- cionar dentro de las Cárceles de la Colonia a la "Cárcel Perpetua de la Inquisición" en donde se recluían a las personas acusadas ante el Santo Oficio (1571 - 1820).

En 1862 y sustituyendo a la "Cárcel de la Acordada" se funda la -- "Cárcel de Belem", antecedente directo e inmediato de la "Cárcel Preven-

(*) Tomado de: Garcia Ramirez Sergio. (40).

La Prisión.

F.C.E. - U.N.A.M. 1975.

--- tiva de la Ciudad", mejor conocida como "Cárcel de Lecumberri"; este "Cárcel de Belem" desaparece en el año de 1931.

Es en el año de 1900 (Sept 19), cuando se inaugura la "Cárcel Preventiva de la Ciudad" (Lecumberri), aunque se comenzó a construir en 1881 y quedó concluida en 1897; originalmente estaba planeada para dar albergue a 1200 reclusos cupo que con el paso de los años superó en forma bastante amplia; llegando a tener en 1976 (año en que desaparece) más de 3500 reclusos, situación que permitió dejara un sinnúmero de malos recuerdos que la llevaron a ser un recinto a la par de famoso, temido y respetado durante sus últimos años.

Sin embargo con el paso del tiempo una sola cárcel no fue suficiente para dar cabida a todos los presuntos delincuentes y delincuentes declarados de la Ciudad; por ello fue necesario se crearan Nuevas Instituciones Penitenciarias, formándose de este modo el Sistema Penitenciario del Distrito Federal; el cual estaba constituido en el año de 1971 por las siguientes Instituciones Penitenciarias:

Cuatro Reclusorios Administrativos denominados con números y dependientes del D.D.F., los cuales albergaban únicamente a trasgresores de Códigos ó Reglamentos Administrativos ó a personas que hubieren cometido algún tipo de desacato a la autoridad. Las personas sancionadas que llegan a este tipo de Reclusorios van en calidad de arrestados y el tiempo que están privados de su libertad nunca excede a los quince días. Estos Reclusorios son Revillagigedo, Tacuba, E. Molina y el de Plaza del Estudiante; todos fueron puestos en funcionamiento aproximadamente entre los años 1950 - 1958.

Tres Cárceles ó Reclusorios Preventivos Delegacionales, los cuales debían albergar a personas sujetas a un proceso jurídico y en algunos casos a personas que ya estaban cumpliendo una sentencia. Estos Reclusorios se encuentran en las Delegaciones de Kochimilco, Coyoacan y Villa -

Alvaro Obregon; tambien empezaron a funcionar aproximadamente entre 1950 y 1958.

Una Cárcel Preventiva de la Ciudad (mejor conocida con el nombre de Lecumberri), anteriormente descrita en forma amplia.

Una Cárcel para Mujeres, destinada a albergar mujeres detenidas y sometidas a un proceso jurídico y a todas las que estaban cumpliendo ya una sentencia. Esta Cárcel fue fundada en el año de 1954.

Una Penitenciaría del Distrito Federal fundada en el año de 1957, la cual se encontraba destinada a albergar sujetos masculinos que se encontraban cumpliendo ya una sentencia.

Es en 1971, con la creación y promulgación de la "Ley de Normas Mínimas para Readaptación Social de los Sentenciados" (31) cuando el Sistema Penitenciario tiene un cambio radical en sus políticas y procedimientos, al tener que cumplir con los objetivos prescritos por esta ley.

Este cambio es factible en virtud de la nueva concepción que tiene la Política Penitenciaria; en la cual se deja de considerar a las Instituciones Penitenciarias lugares en los que se purgaba un castigo ó una pena; siendo consideradas a partir de este momento como Centros de Readaptación Social; cambiando tambien el trato que recibían los reclusos, considerados ahora como internos en proceso de readaptación y rehabilitación y no como reos que purgan una condena.

Para cumplir con los requerimientos y objetivos surgidos con la promulgación de esta ley, hubo necesidad de hacer modificaciones é innovaciones a las Instituciones que formaban el Sistema Penitenciario, debido a que estas no eran las convenientes, porque sus instalaciones no contaban con los elementos necesarios para cumplir con los objetivos de dicha ley, dando lugar a que muchas de ellas fueran remodeladas ó sustituidas por edificios nuevos, construidos de acuerdo al diseño de los Centros de Readaptación Social Tipo, en el cual estaban contempladas y previstas estas

necesidades.

Es así como en el año de 1976, a raíz de la inauguración de los Reclusorios Preventivos Norte y Oriente, además del Centro Médico para los Reclusorios del D.F., desaparece la célebre y temida Cárcel Preventiva de la Ciudad (Lecumberri) con lo cual el Sistema Penitenciario del D.F. quedó constituido por las siguientes Instituciones:

Cuatro Reclusorios Preventivos, ubicados en los cuatro puntos cardinales de la Ciudad, que dan albergue a sujetos sometidos a proceso únicamente. Estos Reclusorios son:

Reclusorio Preventivo Norte.

Reclusorio Preventivo Oriente.

Reclusorio Preventivo Sur. (Todavía en Construcción).

Reclusorio Preventivo Poniente. (En Proyecto).

Tres Reclusorios ó Cárceles Preventivas Delegacionales, encargadas de albergar únicamente a personas sujetas a un proceso jurídico. Estos Reclusorios ó Cárceles se encuentran en Xochimilco, Coyoacan y Villa Alvaro Obregon.

NOTA: Estos Reclusorios ó Cárceles serán sustituidas y desaparecerán cuando se ponga en funcionamiento el Reclusorio Preventivo Sur.

Un Centro Femenil de Rehabilitación Social, en el cual se reciben mujeres sometidas a proceso jurídico ó que están cumpliendo su sentencia, ó se encuentran en la fase preliberacional. (Antigua Cárcel para Mujeres del D.F.).

Un Centro Masculino de Rehabilitación Social, en el cual solo se reciben varones que van a cumplir con la sentencia ó que se encuentran en la etapa preliberacional. (Antigua Penitenciaría del D.F.).

Tres Reclusorios Administrativos, los cuales van a desaparecer paulatinamente y que en este momento solo reciben a personas que llegan bajo arresto por haber transgredido un Código, un Reglamento Administrativo ó

por haber cometido un desacato en contra de la autoridad, permaneciendo - en este tipo de reclusorios no más de quince días.

Existe además el Centro Médico para los Reclusorios del Distrito -- Federal, el cual es la principal Institución Hospitalaria del Sistema Penitenciario; y por que es el escenario de esta investigación será descrito en forma más amplia en páginas posteriores.

Actualmente (1984 -1985) el Sistema Penitenciario del D.F. se encuentra constituido por: El Centro Masculino de Rehabilitación Social, -- Centro Femenil de Rehabilitación Social, Reclusorio Preventivo Norte, Reclusorio Preventivo Oriente, Centro de Readaptación Social del Sur (Antiguo Reclusorio Preventivo Sur, inaugurado en 1980) y el Centro de Sanciones Administrativas (Antiguo Reclusorio Administrativo de Tacuba).

1.3.- Breve Descripción del Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal.

"Quien entra en un manicomio, aunque sea calificado como una Institución Hospitalaria, no es considerado como un Enfermo, sino como un internado que va a expiar una culpa, de la que no conoce ni las causas ni la condena; es decir, desconoce la duración de esa expiación."

FRANCO BASAGLIA. (*).

El Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal es la más importante de las Instituciones Hospitalarias del Sistema Penitenciario del Distrito Federal, por ser el organismo que rige y dicta los procedimientos que se deben seguir en el momento de proporcionar atención médica a los internos de las diferentes instituciones penitenciarias, surge a raíz de la promulgación de la Ley de Normas Mínimas, como uno de los requerimientos necesarios para dar cumplimiento a sus objetivos.

A pesar de ser una institución de características especiales en la que se conjugan aspectos de carácter médico y de tipo penitenciario, el organismo que la dirige es la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, por medio de su Jefatura de Medicina Legal; la que dicta y determina las acciones y/o los procedimientos típicamente médicos, dándole con esto una mayor imagen nosocomial que carcelaria.

(*). Tomado de: Basaglia Franco. (7).

Psiquiatría y Antipsiquiatría.
Selvat Editores. 1973.

Este Centro Médico se encuentra ubicado al sureste del Distrito Federal en una superficie de tres hectáreas aproximadamente; está destinado a prestar asistencia médica especializada a la totalidad de la población existente en los diversos penales de la Ciudad.

El hospital se encuentra dotado con un total de 330 camas y la atención médica que se proporciona se puede englobar en dos grandes áreas:

El área Psiquiátrica, que cuenta con 300 camas repartidas en cuatro pabellones (B, D, F, G) de los cuales dos cuentan con dos plantas independientes entre sí y autónomas cada una, funcionando en realidad como seis pabellones. En esta área la población promedio oscila entre los 230 - 260 pacientes día, semana, mes.

El área Médico-Quirúrgica a la que corresponden 30 camas repartidas en dos pisos y un piso adicional para Consulta Externa.

En esta Institución prestan sus servicios 700 personas, cuyas actividades pueden ser englobadas en cuatro grandes núcleos funcionales:

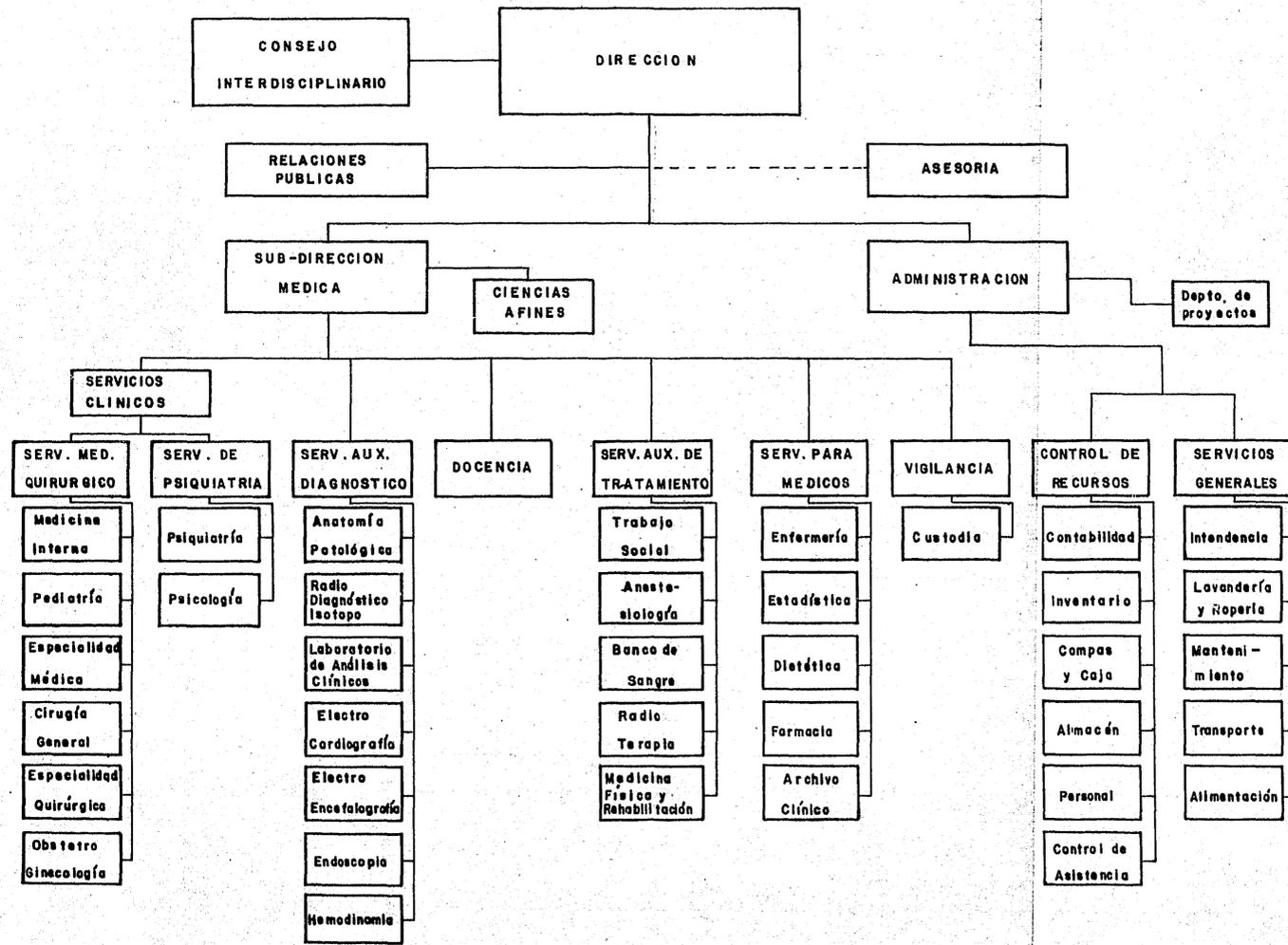
1.- AREA TECNICA. En ella se integran: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Enfermeras, Sociólogos, Antropólogos, Criminólogos, Licenciados en Derecho, Dietólogos, Técnicos de Laboratorio y Gabinete y otros profesionales requeridos para situaciones especiales.

2.- AREA ADMINISTRATIVA. A la que corresponden: Secretarías, Archivistas, Oficinistas, Personal de Relaciones Públicas y Control de Asistencias y Personal.

3.- AREA DE INTENDENCIA Y SERVICIOS. En ella toman parte: Mantenimiento, Lavandería, Cocina, Intendencia y Transporte.

4.- AREA DE SEGURIDAD Y CUSTODIA. Encargada de la Seguridad y Custodia del Hospital.

El organigrama Institucional que marca las líneas de mando y directrices jerárquicas dentro de este hospital, se encuentra representado en el esquema No. 1. adjunto en la Hoja siguiente.



ESQUEMA I

NOTA: Esta Institución fue cerrada el 7 de Octubre de 1981, adu-
diéndose su alto costo y nula utilidad, los pacientes que se encontraban
dentro de sus instalaciones fueron trasladados, siendo albergados los --
que se encontraban en Psiquiatría en dos dormitorios habilitados como --
hospital en el Antiguo Reclusorio Preventivo Sur; los pacientes de Ciru-
jía y Medicina General fueron trasladados al hospital existente en el --
Centro Masculino de Rehabilitación Social.

2.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION Y DESCRIPCION DE LAS ENTIDADES NOSOLOGICAS ESTUDIADAS.

2.1.- Justificación de la Investigación y el Porque de la Elección de las Entidades Nosológicas Estudiadas.

El Enfermo Mental que trasgrede la norma, es considerado por la ley penal, inimputable debido a que su misma enfermedad le impide tener plena conciencia de sus acciones y por lo tanto no es responsable de ellas; indicando, las mismas leyes penales, se lea debe instrumentar a este tipo de personas procedimientos especiales encaminados a promover la salud mental del individuo; para impedir que continúen realizando hechos ilícitos por irresponsabilidad. Sin embargo muchas de las enfermedades mentales no son curables, en el sentido estricto del concepto, y las medidas legales a que son sometidos, dificultan ó imposibilitan su externación hospitalaria, cuando médicamente es recomendable ésta, debido a que el Código Penal requiere estrictamente la salud del individuo y en muchos de ellos solo se logra el control de sus padecimientos, sin que se pueda hablar de una curación definitiva.

El Sistema Médico Penitenciario, en su área psiquiátrica, se ve frecuentemente inmerso en este tipo de problemas, debido a que no existen patrones adecuados para determinar cuando el Enfermo Mental puede, desde el punto de vista legal y médico, ser externado de la Institución hospitalaria en la que se encuentra; propiciando de esta manera que sujetos cuyo grado de recuperación les permitiría reintegrarse a una vida familiar ó social, bajo controles adecuados, vean dificultada su externación por no haber logrado en el sentido estricto la curación definitiva. Lo que a su vez establece especulaciones, en ocasiones muy distantes de la realidad, sobre la peligrosidad del sujeto y obviamente estas son murallas de contención que impiden su libertad.

Todos estos motivos han sido tomados en cuenta y con base en ellos se ha considerado conveniente realizar esta investigación, cuyo propósito principal es: Relacionar la Tipología del Ilícito cometido con el Tipo de Enfermedad Mental; para de esta forma poder tal vez, con base en los resultados de la investigación, indicadores más exactos que permitan determinar los siguientes puntos:

1.- Que tipo de ilícito puede cometer más frecuentemente una persona afectada por determinada enfermedad mental.

2.- Posibilitar parámetros más exactos para indicar la peligrosidad del enfermo mental infractor, basándose en la tipología del ilícito cometido y en la propia enfermedad mental.

3.- Propiciar datos más firmes para indicar la Probabilidad de Reincidencia con base en la Peligrosidad.

Estos postulados tienen la finalidad de poder permitir que el enfermo mental infractor pueda ser vislumbrado en una forma correcta por las autoridades judiciales que determinan los procedimientos que se deben seguir con este tipo de personas.

Con respecto a las Entidades Nosológicas elegidas para esta investigación, el motivo de su elección está basado en que son las que más frecuentemente se presentan a tratamiento en el Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal y por lo tanto son las que tienen mayor incidencia delictiva.

Estos padecimientos son: Psicosis Esquizofrénica, Oligofrenias y Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias. (Se solicita consultar la Gráfica # 1 para corroborar estos datos).

2.2.- Descripción y Estudio de las Entidades Nosológicas.

2.2.1.- Psicosis Esquizofrénica.

"La gente dira cuanto quiera - acerca de mi persona (pues no desconozco la mala fama que la locura tiene, aún entre los -- más locos) pero no es menos -- cierto que yo, si, yo sola, -- soy poseedora del secreto de - distraer a los dioses y a los hombres."

LA LOCURA. (*).

La enfermedad a la que nos vamos a referir es la que en una forma muy amplia puede ser considerada, dadas sus características, el ejemplo exacto de lo que en el lenguaje popular se denomina como "locura"; es decir los enfermos que padecen este cuadro patológico son, por regla general, considerados como el perfecto prototipo del "demente" ó "loco".

Este padecimiento ha existido desde que la humanidad apareció encontrándose descripciones de él, sin denominación específica alguna, -- desde los lejanos tiempos en los que Hipócrates funda las ciencias médicas; la descripción sistemática, hecha con fines diagnósticos, comienza en forma fehaciente en 1860, año en el cual Morel describe cuadros clínicos con esta sintomatología, dándoles el nombre de "Demencia Precoz". Este término continúa siendo utilizado por otros autores, que van paulatinamente enriqueciéndolo, y así tenemos que Hecker en 1871 describe -- una forma adicional que denomina "Hebefrenia"; en 1874 Kahlbaum introduce el término "Catatonía" con el cual define otro tipo de la misma enfermedad.

(* Tomado de: De Rotterdam Erasmo. (30).
Elogio de la Locura.

Con las aportaciones que hace Kraepelin en 1896 la "Demencia Precoz" conforma, para entonces, un cuadro clínico bien definido y se conciben cuatro tipos: SIMPLE, CATATÓNICA, HEBEFRENICA y PARANCOIDE. Acto seguido Meyer en 1906 anuncia una teoría en la que considera a la "Demencia Precoz" no solo como una sola enfermedad sino como un tipo de reacción presente en un grupo especial de personas.

En 1911 Bleuler recopila toda esta información y aportando datos por él recabados propone el término "Esquizofrenia" para nombrar a lo que hasta ese momento se había denominado como "Demencia Precoz", basándose en la grave disociación que se daba en la mente de las personas que se veían aquejadas por esa enfermedad.

A partir de este suceso se han venido realizando múltiples intentos por especificar, describir y englobar de una forma más adecuada a este padecimiento, habiéndose llegado en la actualidad a no hablar de una sola enfermedad, sino solamente de un síndrome, en virtud de todas las características especiales que tiene este padecimiento; características que lo llevan a tener un lugar especial en el estudio y en el conjunto de las enfermedades mentales.

Pasemos ahora a relacionar y enumerar los síntomas que conforman este cuadro nosológico; con el propósito de diferenciar las esferas en las cuales hace su aparición esta enfermedad, agruparemos los síntomas en base a los procesos que afectan.

Es necesario mencionar, como punto de partida, que la Esquizofrenia es una Psicosis Endógena a la que se considera un trastorno primario del pensamiento; por esta razón principiaremos la relación de estos trastornos, con aquellos que se presentan directamente en el pensamiento y sus procesos.

El paciente esquizofrénico presenta los siguientes trastornos: Incoherencias, incongruencias, Disgregación, Parárrspuestas, Ideas Delirantes, Percepción Delirante, Neologismos, Estereotípias, Bloqueo del Pensamiento, Interceptación del Pensamiento, Transmisión del Pensamiento, Pensamiento Sonoro, Robo del Pensamiento, Inhibición del Pensamiento, Lentificación del Pensamiento y Aceleración del Pensamiento.

Trastornos de la Afectividad.- Se presentan: Ambivalencia Afectiva, Labilidad Afectiva, Aplanamiento Afectivo, Disociación Ideoaffectiva Bloqueo de la Afectividad, Indiferencia Afectiva, Incontinencia Afectiva y Falta de Sintonización Afectiva.

Trastornos de la Vida de Relación.- Se caracterizan por: Aislamiento, Enclimamiento, Perplejidad, Dificultad para Mantener Relaciones Adecuadas con el Medio Ambiente y Vivencia Continua en un Mundo Irreal y Fantástico, mismos que en forma conjunta forman y configuran el Autismo.

Trastornos en la Propia Identificación.- Se detectan: Sensaciones de Extrañeza, Sensación de No Ser El Mismo, Sensaciones de Despersonalización, Sensación de Doble Corporeidad, Sensación de Pobreza Corporal.

Trastornos SensoPerceptuales.- Son: Alucinaciones é Ilusiones de tipo Visual, Auditivo, Olfativo, Gustativo y Senestésico.

Existen dentro de esta enfermedad algunas esferas que no sufren ningun tipo de Trastornos, las mismas son: El Campo de la Conciencia y la Orientación; con las Funciones Intelectuales se debe tomar en cuenta que las mismas se decrementan a nivel funcional, pero normalmente permanecen intactas sin presentar cambios.

Referiremos a continuación las especificaciones sintomatológicas presentes en cada uno de los tipos de esquizofrenia; estos tipos son:

- 2.2.1.1.- Esquizofrenia Simple.
- 2.2.1.2.- Esquizofrenia Hebefrénica.
- 2.2.1.3.- Esquizofrenia Catatónica.
- 2.2.1.4.- Esquizofrenia Paranoide.
- 2.2.1.5.- Esquizofrenia Esquizoaffectiva.
- 2.2.1.6.- Esquizofrenia Indiferenciada.

2.2.1.1.- Esquizofrenia Simple.

Este es la forma que menos se encuentra entre los enfermos que padece esta entidad nosológica, ya que es bastante difícil hallar en un paciente solo la sintomatología primaria pura. Estos síntomas se identifican generalmente como las cuatro "Aes" de Bleuler, que a saber son:

Ambivalencia Afectiva.

Autismo.

Aplanamiento Afectivo.

Alteraciones en la Asociación de Ideas.

Este tipo se presenta en la mayoría de las ocasiones durante los primeros años de la adolescencia; instaurándose generalmente en forma lenta, insidiosa y progresiva; la persona paulatinamente va convirtiéndose en un ser apático, falta de intereses, poco comunicativo, aislacionista, fácilmente se molesta, no denota sus afectos, se muestra irascible con mucha facilidad, falta de energía, falta de responsabilidad, -- continuamente comete errores de juicio, lleva una vida asocial y parasocial, llegando a convertirse en vagabundo; su aspecto personal es sucio desaliñado, vistiendo ropas en pésimas condiciones, sin mostrar preocupación o interés ante las críticas que se le hacen, dando la impresión el enfermo de haber cambiado totalmente su forma de comportarse y su propia personalidad; cuando el cuadro clínico ha aparecido completamente.

El curso y pronóstico de este cuadro es pobre, debido a que cuando no es controlado, la sintomatología se establece formalmente y el individuo poco a poco va siendo dominado completamente por la enfermedad y su aislamiento con el medio ambiente llega a ser completo en pocos años.

2.2.1.2.- Esquizofrenia Hebefrénica.

Su nombre proviene de la declinación griega $\eta\beta\epsilon\rho\acute{\alpha}\nu, \eta\beta\epsilon\rho\acute{\alpha}\nu\varsigma$ = Hebeus que quiere decir Juventud, Pubertad; este nombre es debido a que su inicio es dentro de la adolescencia y se presenta también en forma lenta, progresiva é insidiosa; llevando al paciente a una total escisión de su personalidad.

El enfermo presenta, además de los síntomas propios de la forma simple, trastornos en el pensamiento y ocasionalmente en la sensopercepción, estos se dan con marcada influencia ideatoria.

Los pacientes muestran en su discurso elocuciones fonéticas falsas e irreductibles a la argumentación lógica, una falta total de relación entre sus ideas y la realidad, en ocasiones su lenguaje no es entendible, en otras mueve los labios sin articular palabras y continúa después el curso de esa misma plática en forma normal, a veces se queda callado de repente y después continúa hablando sobre el mismo tema como si no hubiera existido ninguna interrupción, por momentos al estar hablando se queda callado mirando a uno fijamente, tal como si estuviera continuando la conversación, para posteriormente continuar la plática tal como si hubiera emitido las palabras no dichas durante el momento anteriormente descrito; dentro de su discurso hay ocasiones en las que intercala una misma palabra continuamente ó en su defecto crea y concibe palabras nuevas, mismas que en algunas veces llegan a ser tantas que

logran componer un lenguaje especial ideado por ellos mismos. Además -- puede presentar movimientos aislados ó sistematizados en forma repetitiva y continua.

Refieren también que alguien, sin saber exactamente quien es, le quita sus pensamientos ó también que le cuesta mucho trabajo pensar ó hilar sus ideas; percibe al medio ambiente que lo rodea conforme a las mismas, predominando dentro de ellas las que son falsas y resistentes a la argumentación lógica, vivenciando por ello al mundo en una forma falsa y totalmente carente de realidad.

Su evolución y pronóstico son bastante desfavorables, ya que como dijimos la total desintegración de la personalidad es el punto final de la mayoría de los casos aquejados por este padecimiento.

2.2.1.3.- Esquizofrenia Catatónica.

Es la más impresionante y por ende la que más honda huella deja -- entre las personas que observan a este tipo de pacientes; su inicio se da entre los 15 y 25 años, presentándose en la mayoría de los casos de un modo rápido, abrupto y agudo, apareciendo los síntomas de un momento a otro, casi siempre precedidos de una fuerte tensión emocional ó de un hecho bastante doloroso para la persona.

Es común se presente adoptando dos fases:

2.2.1.3.1.- Estupor Catatónico.

2.2.1.3.2.- Excitación Catatónica.

En ambas fases predominan trastornos de la Vida de Relación que -- se asocian con alteraciones Psicomotrices.

2.2.1.3.1.- Fase de Estupor Catatónico.

En esta fase el enfermo se encuentra totalmente aislado del mundo exterior y no permite se le aborde, mostrándose por completo mutista y reacio; se niega también a realizar actividades de cuidado personal, --

mostrándose por ello sucio y desaliñado, presentándose inexpressivo y -- distante para con los que le rodean. Comúnmente se le ve inmóvil, adoptando posiciones que rara vez cambia, rehusando y oponiéndose ante cualquier intento externo tendiente a hacerle regresar al mundo real, pudiéndose manipular en su estructura corporal fácilmente, ya que pueden mantener la postura en que se les ponga sin que esto represente molestias para ellos; hay ocasiones en que por momentos dejan su total inmovilidad para ejecutar un gran número de movimientos sin orden ni objetivo, regresando después al mismo estado de inmovilidad precedente; en algunos pacientes estas alteraciones psicomotrices se caracterizan por gesticulaciones faciales ó severos esfuerzos musculares de algunas partes de su cuerpo y son insensibles al dolor.

Es común ver que este tipo de pacientes al salir de su crisis den explicaciones detalladas de los sucesos que ocurrieron a su alrededor durante el tiempo que duró la misma.

2.2.1.3.2.- Fase de Excitación Catatónica.

Esta fase se caracteriza por que el paciente entra en una actividad corporal desenfrenada, sin ninguna finalidad y sin posibilidad de ser controlada por el abordamiento ya que es impredecible el curso que va a llevar dicha actividad, aunque esta se desarrolle la mayor parte de las veces en espacios bastante limitados. Es común verlos sumamente agresivos sin ningún motivo ó justificación con las personas que los rodean, además su discurso es bastante florido, inconexo y con asociaciones momentáneas y superficiales.

En casos de excitación severa y por tiempo prolongado sobreviene la muerte por agotamiento, sin que se hayan encontrado causas adicionales a nivel patológico en las necropsias realizadas a este tipo de enfermos.

La evolución y pronóstico de estas dos fases son benignos; pues son fácilmente controlables; pero cuando no son controlados totalmente y después de cuatro ó cinco recaídas, se produce un cuadro difícil de diferenciar, en el cual se encuentran unidos síntomas hebefrénicos, catatónicos y paranoides al mismo tiempo, produciéndose de esta manera la indiferenciación del cuadro.

2.2.1.4.- Esquizofrenia Paranoide.

Es la más especial, en virtud de las características que la conforman; su inicio y presentación, la mayor parte de las veces es insidiosa y progresiva declarándose totalmente la enfermedad en la edad adulta ó en los inicios de la madurez (25 a 45 años); predominando en los síntomas trastornos del pensamiento, de la sensopercepción y de la vida de relación.

Estos enfermos comúnmente viven en un mundo fantástico que está cimentado en un amplio conjunto de pensamientos falsos, ilógicos y que no son susceptibles de reformar ó desecharse ante la argumentación lógica estos pensamientos en un gran número de casos se encuentran firmemente relacionados y se apoyan uno con otro formando de este modo un complejo sistema ideacional. Este tipo de ideas detentan contenidos especiales, entre los que podemos mencionar: persecución, hipercrítica hacia su persona, temor a que le hagan daño ó le dominen, creencia de ser una persona predestinada ó que posee ciertos poderes, ser una persona envidiada por los demás, etc, este motivo ocasionalmente se sientan inmersos en verdaderos completa facilitados por el tipo de pensamientos que presentan.

Al mismo tiempo se pueden presentar percepciones sin objeto de contenido similar a los pensamientos y alteraciones en el modo de enfocar ó percibir los estímulos, percibiendo todo de acuerdo al contenido de sus pensamientos y a las condiciones que se presentan en su mundo

fantástico é irreal.

La evolución y el pronóstico son bastante desfavorables, pues el sistema ideatorio forma una barrera difícil de derrumbar impidiendo --- con ello se controlen totalmente los síntomas, dándose únicamente un --- control parcial del cuadro; sin embargo lograr dicho control es mucho --- más fácil de lograr que en los demás tipos. En la actualidad se logra una mejor reintegración a la sociedad con estos pacientes, ya que son --- capaces de ser autoeficientes y productivos. Con el paso del tiempo --- este control parcial solo impide se haga más florido el cuadro, pero --- los trastornos ya presentados se mantienen encubiertos bajo un velo pro--- tector que el propio paciente forma.

2.2.1.5.- Esquizofrenia Esquizoaffective.

Con respecto a este cuadro es muy poca la información que se ha --- recabado, ya que la bibliografía especializada es muy escueta y parca --- al respecto; informan únicamente que este cuadro es una mezcla ó conjun--- ción de los síntomas que se presentan en la Psicosis Maniaco-Depresiva con los presentes en la Psicosis Esquizofrénica, aclarando que se da la connotación esquizofrénica por presentarse un mayor bagaje de síntomas correspondientes a esta psicosis y predominar dentro de la misma los --- trastornos referentes al pensamiento y sus procesos.

Su pronóstico y la evolución son considerados sumamente favorables ya que de todos los tipos de esquizofrenia este es el que más fácilmente se logra controlar, dándose remisiones casi completas y bastante pro--- longadas.

2.2.1.6.- Esquizofrenia Indiferenciada.

Ha sido considerada desde tiempo inmemorial, como el estadio fi--- nal de toda psicosis esquizofrénica, debido a que sus síntomas son pro--- ducidos por la aparición de varias fases agudas del padecimiento y/o ---

por la cronicidad de la misma enfermedad que produce una falta total de elementos diagnósticos capaces de permitir se especifique un tipo determinado, por encontrarse incluidos en el mismo cuadro síntomas correspondientes a todas las demás variedades.

La Psicosis Esquizofrénica debe diferenciarse de los padecimientos psiquiátricos que presentan características similares que permiten puedan ser tomados como un proceso esquizofrénico.

Los trastornos psiquiátricos contra los que debe ser diferenciado son:

Psicosis Tóxica por Anfetaminas.

Excitación Psicomotriz.

Psicosis Asociada a Epilepsias.

Personalidad Esquizoide.

Neurosis.

De todos estos padecimientos la Psicosis Tóxica por Anfetaminas es la que más se asemeja a la Psicosis Esquizofrénica, siendo el único punto de diferenciación el tiempo en el cual se suprimen los síntomas psicóticos (un máximo de 45 días en la Psicosis Tóxica con 6 sin tratamiento).

Referente a la excitación psicomotriz debemos recordar que la misma es solo un síntoma y la Psicosis Esquizofrénica es una enfermedad en la cual puede existir Excitación Psicomotriz, tal como puede existir en otras enfermedades.

Con la Psicosis Asociada a Epilepsias el punto fundamental que -- permite realizar la diferenciación es la existencia y presencia de una epilepsia (controlada ó no controlada), mismo que promueve la aparición de la sintomatología psicótica; se puede caracterizar por trastornos -- del pensamiento, del afecto, sensorio-perceptuales, con ó sin alteraciones

en el campo de la conciencia y la orientación. Estos síntomas son fácilmente controlables y desaparecen cuando se regulariza la actividad bioeléctrica cerebral con la medicación específica de este tipo de trastorno.

La Personalidad Esquizoide, tal como el propio término lo especifica es solo un tipo de personalidad, mismo que se determina únicamente por la presencia de pautas conductuales; quedando obviamente excluida toda posibilidad que permita fundamentar la existencia de una Psicosis, condición indispensable de la Esquizofrenia.

De la Neurosis, los procesos que permiten realizar la diferenciación son las características básicas de este padecimiento, las cuales difieren en forma fehaciente de las psicosis, al no presentarse en ellas pérdida de contacto con la realidad y trastornos severos en el curso y el contenido del pensamiento.

Herencia y Morbilidad.

Las estadísticas reportan que esta enfermedad se presenta comúnmente en el 1% de la población en general y que dentro de este porcentaje el 75% de ellos corresponde a sujetos entre los 15 y los 35 años. (34).

Estos índices obviamente se elevan cuando se manejan aspectos hereditarios y genéticos, presentándose cifras bastante variables cuando se conjuntan situaciones diferentes al mismo tiempo.

Cuando uno de los hermanos es el enfermo las estadísticas fluctúan entre el 10 y el 14% de probabilidad de aparición de esta enfermedad en algún miembro de la misma familia (especialmente en los hermanos); en los casos en los que uno de los padres es el enfermo la probabilidad se presenta entre el 13 y el 20% y si ambos padres se encuentran aquejados por la enfermedad el índice aumenta hasta el 61%. (99).

La probabilidad que se presenta en los gemelos univitelinos es --

del 75 al 96% y en los gemelos heterocigotos se presenta solamente del 14 al 23%. (99).

Tratamiento.

Las medidas terapéuticas que más frecuentemente se emplean en el tratamiento de este tipo de pacientes estan basadas en los psicofármacos, siendo utilizados en forma constante los antipsicóticos neurolepticos, mismos que son derivados de las fenotiazinas y las butiroferonas; entre los que podemos mencionar:

Clorpromazina, Perfenazina, Trifluoperazina, Tioproperazina, Tioridazina, Levomepromazina, Properiziazina, Haloperidol, Pimozide, Penfluridol, Pipotiazina y Decanoato de Flufenazina.

Otras terapéuticas tambien empleadas en el tratamiento de esta enfermedad se basan en los Shocks Insulínicos y la Terapia Electro Convulsiva (TEC).

2.2.2.- Oligofrenias.

"El niño que tenga un entendimiento somero y tardo, jamas -
hara progresos en ciencia algu-
na, por más que curse aulas y
manosee libros. Ni estos ni -
los colegios dan talento a ---
quien nacio sin él."

PERIQUILLO SARNIENTO. (*).

En este apartado describiremos al padecimiento que en este momento se conocido con cualquiera de estos nombres: Debilidad Mental, Deficiencia Mental, Retraso Mental, Retardo Mental, Subnormalidad Mental ó Oligofrenias.

La descripción científica de este padecimiento no se sabe cuando empieza; sin embargo Hipócrates en sus libros describe casos de anencefalia y otras malformaciones craneanas asociadas a Retardo Mental Severo, datos similares se encuentran en escritos médicos y religiosos de diferentes eras de la historia.

Esta inexactitud en el conocimiento es debida al gran rechazo, --- que en los primeros años de la humanidad, se tenia hacia estos enfermos así tenemos que en Esparta y el Antiguo Imperio Romano se determinaba - la extinción de los pequeños aquejados por este padecimiento. Una acti tud similar fue adoptada durante este siglo en la Alemania dirigida por Adolfo Hitler durante el apogéo del Nazismo.

En la Edad Media se presentaron dos actitudes con respecto a es- tos pacientes; los habitantes de la Europa Medieval los consideraban ---

(*) Tomado de: Fernandez de Lizardi José Joaquin. (37).

El Periquillo Sarniento.
Promexa Editores.

bufones, monstruos de la naturaleza, criaturas malvadas ó aliados del demonio y por tal motivo constantemente los rechazaban y vejaban. La otra postura era mantenida por religiosos ascéticos que comandados por Confucio en China y Zoroastro en Persia indicaban que un trato humano en conjunción con la instrucción y entrenamiento eran necesarios para estas personas. Una actitud idéntica se encuentra relatada en el Talmud Judío en el cual además se exonera la responsabilidad de este tipo de enfermos.

Con el triunfo de la Revolución Francesa y de sus ideales, en el Siglo XIX, las actitudes hacia estos pacientes cambian y comienzan a ser tratados en forma más humana; situación similar ocurre en el estrecho campo de la Medicina Académica y así vemos que Itard en Francia, con su célebre Niño Salvaje de Aveyron, pone los cimientos en este campo científico.

Posteriormente Guggenbühl en Suiza propone se trate a estos pacientes en forma institucional y da algunas nociones (las cuales en la actualidad son consideradas como sumamente ingenuas) en las que describe diversas formas de Retraso Mental y promete en las mismas una cura total.

En 1848 Seguin en los E.U.A., publica el primer libro de texto acerca del Retraso Mental (la instrucción psicológica y moral de los idiotas) y contribuye con sus aportaciones a despertar el interés científico en este país, con respecto a este campo de la medicina.

Tiempo más tarde Howe impulsa la atención institucional en los E.U.A. y Canada, determinando con exactitud las limitaciones del entrenamiento y la educación especial, revocando de esta forma las fallidas experiencias de Guggenbühl.

Con la atención y el tratamiento institucional se produjeron gran

---des avancaa en la investigación científica de la enfermedad, mismas que dieron como consecuencia el tratar de impedir su aparición. Con -- esta finalidad se emplearon diferentes métodos, entre los que se encontraban: la Eutanasia, la Esterilización y por último en épocas muy recientes el Control Metá.

En este Siglo los grandes descubrimientos científicos permiten -- ampliar los métodos de prevención de la enfermedad; es así como con el aislamiento y estudio de la Fenilcetonuria, hecho por Folling en 1934, y posteriormente al descubrirse las alteraciones metabólicas de la Galactosemia se impulsa enormemente el estudio de las causas bioquímicas de esta enfermedad.

Cosa similar sucede con el gran auge que toman la Genética, el refinamiento de las Técnicas GinecoObstetricas, la facilidad para controlar enfermedades Toxiinfecciosas y el descubrimiento del Factor Sanguíneo Rh con su incompatibilidad.

Aunado a todo esto, la opinión pública también cambia sus actitudes y merced a ello se crean leyes especiales, se cambia la nomenclatura del padecimiento y se avocan los especialistas al estudio profundo del mismo, tomando primordial importancia dentro de esto las connotaciones pedagógicas y sociales.

Es la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la primera en -- determinar y describir oficialmente los términos de este padecimiento y los de las demás enfermedades mentales en el año de 1938; año en el que pública la Quinta Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (C.I.E.) realizada en 1935.

A partir de ese año y en forma periódica cada 10 años esta Institución Mundial, dependiente de la O.N.U., publica la nomenclatura oficial de esta enfermedad y de todos los demás padecimientos psiquiátri--

---COS.

La clasificación realizada en 1965 (Bava, Revisión) es la que sirve de base para la descripción de los diferentes tipos de Oligofrenia.

Los tipos específicos descritos en esta clasificación son:

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES. Bava, Revisión.-

Capitulo V. 1965.

310 - 315 Oligofrenias.	C.I.
310 Oligofrenia Liminar.	68 - 85.
311 Oligofrenia Discreta.	52 - 67.
312 Oligofrenia Moderada.	36 - 51.
313 Oligofrenia Severa.	20 - 35.
314 Oligofrenia Grave.	Menor de 20.
315 Oligofrenia de Grado no Especificado.	

Se ha tomado como base esta clasificación por haber sido la utilizada para determinar el diagnóstico de los pacientes que presentaban este padecimiento é ingresaban por ello al Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal.

Ahora nos dedicaremos a mencionar las principales características que se presentan en esta enfermedad; se ha considerado conveniente indicar en forma genérica los síntomas comunes de este padecimiento, para posteriormente describir las formas específicas del trastorno.

La entidad nosológica que estamos describiendo es producida por la detención del proceso de desarrollo neuronal que propicia una limitación en la capacidad intelectual de la persona afectada.

Los síntomas comunes son:

Son sujetos que poseen una baja capacidad intelectual que les limita todas las áreas de relación al afectar los ámbitos laboral, escolar, familiar y social; no logran diferenciar detalles nimios de suce-

---sos importantes, relatandolo todo de esa manera; sus pensamientos son burdos y concretos realizando formaciones de conceptos circulares en las que el mismo concepto se encuentra dentro de la definición ó no logran realizar esta; sus juicios son totalmente inadecuados merced a la baja comprensión que tienen de las cosas y los hechos que ocurren a su alrededor; por su mismo bajo intelecto no son capaces de obtener provecho de la experiencia y no pueden por ello hacer planteamientos al futuro; permanecen totalmente apegados a la estimulación sensorial; siempre están sujetos a un mismo patrón de actividades y cuando se les cambia esta su asimilación y adaptación al cambio es muy lenta y problemática ó no logran llegar a ella.

Sus afectos son romos y burdos siendo frecuente quieran ó rechazen a una persona en diferentes momentos; dependiendo siempre de las circunstancias que lo han relacionado con las demás personas. También pueden cambiar de estado de ánimo en un momento sin que medie causa para provocar dicho cambio; se manejan en forma totalmente instintiva y reaccionan de esa misma manera en todo momento; en ocasiones se muestran insistentes y repetitivos en sus peticiones, en otras son pegajosos y burdos con los demás tratando de recibir y dar afecto.

Por lo general son personas con una pobre adecuación y/o adaptación social; en el ámbito escolar son los eternos estudiantes que obtienen las mínimas calificaciones aprobatorias ó los que permanecen muchos años en un mismo nivel escolar; en sus actividades laborales no logran modificar ó mejorar su rendimiento permaneciendo por ello siempre en empleos ó oficios muy fáciles y mal categorizados; cuando abandonan los estudios y no consiguen ser empleados es frecuente realicen actividades anti y parasociales en compañía de otros sujetos; son también fácilmente sugestionables, influenciabiles y manipulables por parte de los demás;

con el paso del tiempo es frecuente verlos convertidos en una carga social llegando con esto a una muy marcada sedimentación social.

En seguida nos toca mencionar las formas ó tipos específicos de la enfermedad.

2.2.2.1.- Oligofrenia Liminar.

Es el tipo de Oligofrenia con mayor dotación intelectual; las personas englobadas dentro de este rubro poseen un Cociente Intelectual cuyos límites son: 68 - 85.

Las características presentes en esta oligofrenia permiten que -- las personas que la sufren puedan desempeñar diversos tipos de actividades, llegando en ocasiones a terminar y desempeñar actividades profesionales con mediocre aprovechamiento. Sin embargo por lo general son encontrados siempre desempeñando oficios especializados ó comunes en los cuales su rendimiento es coherente a su realidad.

Debido a que su dotación intelectual no los incapacita, la mayor parte de ellos son autosuficientes y por ende bien aceptados por el núcleo social; pueden ser capaces de elegir su conducta totalmente y poseen las capacidades de querer y entender aparte de saber distinguir -- entre lo bueno y lo malo.

2.2.2.2.- Oligofrenia Discreta.

En esta Oligofrenia la dotación intelectual que poseen los enfermos se encuentra determinada por un Cociente Intelectual enmarcado entre los 52 y 67 puntos.

Estas personas generalmente desempeñan labores ó oficios que no requieren una especialización muy detallada, logrando ubicarse y mantener un buen nivel dentro de dichas actividades; sin embargo si no son adecuadamente adiestrados son sujetos fácilmente desplazables por los demás y llegan a convertirse por este motivo en cargas para la sociedad

al no poder ser autosuficientes por encontrarse subempleados ó sin empleo.

El satisfacer sus necesidades básicas los obligan a la mendicidad al robo ó al pandillerismo y logran saber distinguir lo adecuado ó inadecuado de su conducta al saber elegir lo que hacen con toda propiedad.

2.2.2.3.- Oligofrenia Moderada.

Son los clásicos "tontos"; su Cociente Intelectual es de 36 a 51 y las limitaciones que esto les trae les impide mantener una estabilidad y adecuación al medio social.

Son pacientes entrenables en oficios ó tareas muy sencillas y requieren de continua vigilancia ó supervisión para controlar por medios externos su conducta. No son capaces de distinguir valores en su concepción abstracta y como son fácilmente manejables ó influenciables realizan conductas que otros les indican.

Muchos de estos casos son pacientes que requieren de protección institucional ó familiar y como los avances de la tecnología no les permiten ser autosuficientes, es común verlos como vagabundos, rateros mediocres ó como mendigos para poder satisfacer sus necesidades básicas.

2.2.2.4.- Oligofrenia Severa.

El tipo que ahora nos toca describir posee un Cociente Intelectual comprendido entre 20 y 35 no pudiendo por ello adaptarse y adecuarse a la vida dentro de un grupo social.

Son enfermos que solamente pueden ser entrenados para realizar las más sencillas labores de autocuidado y requieren aún para ello de la continua vigilancia y supervisión de los demás, siendo necesario permanezcan bajo resguardo institucional ó continuo control familiar.

Normalmente se les puede ver reclusos en instituciones ó lugares que les garanticen casa, comida y vestimenta; cuando logran conseguir --

alguna ocupación sus continuos errores y su comportamiento infantil oc
ions sean despedidos rapidamente. En estos pacientes es muy marcada -
 la sedimentación social.

2.2.2.5.- Oligofrenia Grave.

Es bastante difícil de ser encontrada ya que sus propias limita--
 ciones intelectuales no les permite un elevado índice de supervivencia;
 su Cociente Intelectual siempre es menor de 20.

Son pacientes que, cuando logran sobrevivir, necesitan de una con
tinua vigilancia y protección ya que son completamente incapaces de rea
 lizar las mínimas labores de autocuidado. Este tipo de pacientes siem
 pre son localizables en instituciones hospitalarias en las cuales se --
 dan los cuidados que requieren para su supervivencia.

2.2.2.6.- Oligofrenia de Grado no Especificado.

Como su nombre lo indica lo inespecificado de estos casos los ha--
 ce ser poco comunes y por ello son pobremente estudiados y mencionados.

Etiología.

Entre los factores etiológicos de las Oligofrenias podemos mencio
 nar:

2.2.2.I.- Trastornos Infecciosos y/o Virales.

2.2.2.II.- Trastornos producidos por Tóxicos.

2.2.2.III.- Trastornos producidos por Traumatismos Craneo Encéf-
 licos.

2.2.2.IV.- Trastornos Asociados a Malformaciones Craneanas.

2.2.2.V.- Trastornos Genéticos.

2.2.2.VI.- Trastornos Glandulares.

2.2.2.VII.- Trastornos Metabólicos.

2.2.2.VIII.- Trastornos Nutricionales.

Existen también algunos cuadros de esta enfermedad que concurramente van asociados a otras alteraciones físicas, simples ó combinadas, que son denominados de dicha forma.

2.2.2.IX.- Trastornos Asociados a otras Malformaciones Físicas.

Las causas anteriormente enumeradas se pueden presentar y producir la enfermedad en las siguientes etapas:

- Durante la Etapa Gestacional.
- Durante el Trabajo de Parto y el Nacimiento.
- Durante la Etapa Posterior al Nacimiento y la Infancia (hasta los 5 años).

En algunas de estas causas se han encontrado signos y síntomas -- específicos que conforman en la actualidad diversas enfermedades ó síndromes, siendo estos cuadros más conocidos con los nombres de estas -- afecciones y no como oligofrenias puras.

Ahora mencionaremos brevemente algunos de los cuadros asociados a oligofrenia que son producidos por las causas mencionadas.

2.2.2.I.- Trastornos Infecciosos y/o Virales.

MENINGOENCEFALITIS.- Es producida generalmente por infecciones bacterianas ó virales que producen inflamación en el encéfalo y las meninges. La gravedad de la lesión producida no es proporcional a la oligofrenia presentada; las secuelas se encuentran directamente relacionadas con la etapa cronológica en la que aparece la infección.

La oligofrenia se produce en la Meningitis por un bloqueo de la circulación del Líquido Céfalo Raquídeo que origina Hidrocefalia amn -- de atrofia cerebral. (81).

En la Encefalitis aparece por la desmielinización de las vías neuronales. (81).

Actualmente con el adecuado manejo y uso de los antibióticos y el

amplio espectro que estos tienen, la aparición de este trastorno es menor y por ello no existen estadísticas confiables al respecto.

SIFILIS CONGENITA.- Generalmente esta enfermedad se presenta durante la etapa gestacional al existir el contagio de la madre. La oligofrenia solamente se presenta en el 10% de estos casos. (81).

PSICDEMBRIOPATIA RUBÉOLICA.- El contagio también se produce en la etapa gestacional por presentar la madre Rubeola. La oligofrenia generalmente va acompañada de otras malformaciones ó alteraciones físicas.- (81).

TOXOPLASMOSIS.- Es provocada por la presencia del toxoplasma de Gondii durante la gestación; produce la oligofrenia en el 100% de los casos. (81).

2.2.2.II.- Trastornos producidos por Tóxicos.

INTOXICACIONES PRODUCIDAS POR MONOXIDO DE CARBONO, GAS BUTANO, D.D.T., ALCOHOL METILICO, PLOMO y TALIO.- En todos estos casos la oligofrenia puede ser producida por una muy marcada anoxia cerebral, sin embargo los trastornos que se producen por este tipo de intoxicaciones pueden ser tan variables que en ocasiones no dejan ninguna secuela y en otros casos pueden llegar a provocar la muerte. (81).

ERITROBLASTOSIS FETAL.- Se presenta durante la etapa gestacional por haber incompatibilidad en los factores Rh sanguíneos del producto y la madre; ocasiona la creación de anticuerpos en la corriente sanguínea de la madre que provocan destrucción de los glóbulos rojos, edema é ictericia en el producto gestante. La oligofrenia aparece debido al depósito de bilirrubinas en el tejido cerebral y a la anemia que se presenta en el producto. (81).

2.2.2.III.- Trastornos producidos por Traumatismos Craneo-Encefálicos.

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.- Aunque esta enfermedad puede ser --

originada por múltiples causas, la más frecuente en propiciar su aparición es un Traumatismo Craneo-Encefálico (TCE), tanto cuando es provocado esta durante la gestación, en el trabajo de parto, en el nacimiento o en los primeros meses de vida.

La oligofrenia solo se presenta en el 29% de estos casos y en los oligofrénicos esta enfermedad se detecta en el 17% de ellos. (81).

2.2.2.IV.- Trastornos Asociados a Malformaciones Craneanas.

MICROCEFALIA.- Se presenta solo en el 1% de los oligofrénicos y la oligofrenia se da en el 100% de estos casos. El origen es atribuido a un gene recesivo simple y sus características son: craneo menor al normal, cara pequeña, cuero cabelludo grueso y aspero, orejas y nariz más grandes de lo normal, etc; la oligofrenia que se presenta siempre fluctua entre la severa y grave. (81).

MACROCEFALIA.- Es debida a una mayor producción de Líquido Cefalo Raquídeo; provoca la aparición de la oligofrenia en el total de los casos. (81).

HIDROCEFALIA.- Siempre es producida por la acumulación de Líquido Cefalo Raquídeo, al no haber un adecuado tránsito para él mismo; la oligofrenia no siempre se encuentre presente y entre los oligofrénicos solo el 1% son Hidrocéfalos. (81).

ENFERMEDAD DE CROUZON.- Es de diverso origen su presencia, la oligofrenia se presenta en casi la totalidad de los casos y el nivel de la misma oscila entre el discreto y moderado. (81).

2.2.2.V.- Trastornos Genéticos.

SINDROME DE DOWN ó MONGOLISMO.- Es producido por una anomalía cromosómica del par 21 - 22 en el que se forma una trisomía (comunmente conocida como trisomía 21). La oligofrenia se encuentra presente en el 100% de estos pacientes y entre los oligofrénicos aparece el mongolismo

en el 10% de ellos. (81).

GARGOLISMO 6 ENFERMEDAD DE HURLER.- Enfermedad hereditaria producida por la aparición de un gene recesivo único, no forzosamente ligado al sexo, afecta a cromosomas y produce trastornos enzimáticos de causa desconocida. La oligofrenia se presenta en el 100% de los casos. (81).

ENFERMEDAD DEL MAULLIDO DEL GATO.- Padecimiento muy raro, provocado por la presencia de un defecto en el brazo corto del cromosoma 5 produce alteraciones en la laringe que provocan un llanto como si fuese de gato. La oligofrenia se presenta en todos los casos que han sido reportados (30 casos únicamente). (81).

2.2.2.VI.- Trastornos Glandulares.

ENANISMO HIPOFISIARIO 6 HIPOFISITARISMO.- Provocado por la hipofunción del lobulo anterior de la Hipófisis; se acompaña de hipogenitalismo, disminución del metabolismo basal, debilidad muscular y enanismo. La oligofrenia se presenta con relativa frecuencia. (81).

SINDROME DE KLINEFELTER.- Enfermedad hereditaria presentada solamente en varones; provoca ginecomastia, aspermatogonia y eliminación de hormona folicular. En el 25% de los casos aparece la oligofrenia y entre los oligofrénicos la enfermedad afecta al 1% de ellos. (81).

SINDROME DE TURNER.- Trastorno producido por la ausencia de uno de los cromosomas "X" que aparece solamente en mujeres (es el equivalente del Klinefelter en mujeres); su origen se desconoce, la enfermedad solo permite un 35% de probabilidades de sobrevivir. La oligofrenia se presenta en el 24% de los casos sobrevivientes y la enfermedad aparece en 1 de cada 2,500 oligofrénicos. (81).

2.2.2.VII.- Trastornos Metabólicos.

ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK.- Padecimiento de origen familiar provocado por un gene dominante que produce defectos en el metabolismo de

la esfingomielina. Se caracteriza por anemia, ictericia, leucocitosis, pigmentación en los tejidos y esplenomegalia; en el total de los casos la oligofrenia se presenta. (81).

OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA.- Trastorno producido por la excesiva presencia del ácido fenilpirúvico provocada por un trastorno enzimático su origen se debe a un gene autosómico recesivo de predominio familiar. La oligofrenia esta presente en el 100% de los casos y esta enfermedad aparece en el 0.8% de los oligofrénicos. (81). **NOTA:** en la actualidad esta enfermedad ya es facilmente controlable y por ello estos datos no son totalmente significativos.

ENFERMEDAD DE LA GRINA CON DOLOR A MIEL DE NAPLE.- Enfermedad hereditaria recesiva producida por un defecto metabólico de la aminopeptidasa. La oligofrenia aparece en todos los casos reportados, a pesar de ser una enfermedad muy rara (20 casos reportados). (81).

GALACTOSEMIA.- Producida por una alteración congénita del metabolismo de la galactosa, provoca retraso en el desarrollo. La oligofrenia se presenta en la totalidad de los casos. (81).

2.2.2.VIII.- Trastornos Nutricionales.

DESNUTRICION.- La presencia de un deficiente proceso nutricional afecta el desarrollo global de un individuo al retardar procesos como: Maduración Neuronal, Maduración Biológica é Interacción Social; por ello los sistemas de aprendizaje y de recepción de estímulos se ven en desventaja al ser evaluados y comparados con los de personas que si han tenido una adecuada y completa alimentación, observandose diferencias hasta del 10% entre ambas ejecuciones.

Sin embargo estos datos no determinan de ningun modo oligofrenia, solo es posible precisar con ellos deficit en el desarrollo global de las personas. (24).

2.2.2.IX.- Trastornos Asociados a otras Alteraciones Físicas.

IDIOCIA FAMILIAR ANAURÓTICA ó ENFERMEDAD DE TAY-SACHS.- Enfermedad que presenta tres diversos cuadros, es originada por un gen recesivo - único en personas que presentan antecedentes de consanguinidad.

El síntoma físico que se presenta en todas las formas acompañando a la oligofrenia es ceguera; es un trastorno progresivo y mortal que no ha sido todavía controlado; produce la muerte en el 100% de los casos.-

(81).

ENFERMEDAD DE VON RECKINGHAUSEN.- En este cuadro los trastornos físicos característicos del mismo son la presencia de numerosos neurofi bromas múltiples asociados a zonas pigmentadas en órganos de origen ecto dérmico; su origen es hereditario; la oligofrenia se presenta en el 16% de los casos y la enfermedad se detecta en el 0.4% de los oligofrénicos.

(81).

ENFERMEDAD DE SCHILDER.- Trastorno producido por la desmielinización difusa de los hemisferios cerebrales; su origen se desconoce y los síntomas que presenta en la etapa final son: ceguera total, esclerosamiento de la sustancia blanca y oligofrenia. Es también una enfermedad no controlable y mortal. (81).

ENFERMEDAD DE STURGE-WEBER.- Trastorno congénito, rara vez hereditario; sus síntomas son: angiomas diversos, lesiones en las venas piiales, crisis convulsivas y oligofrenia. Entre el 50 y 60% de los casos sufren oligofrenia. (81).

PREMATUREZ.- Es una de las causas que más comúnmente ocasionan la presencia de oligofrenia, generalmente entre mayor es la falta de maduración mayor es la oligofrenia; la oligofrenia se ha detectado en el 46% de los niños que han sido prematuros. (81).

La oligofrenia se debe de diferenciar de:

Deprivación Sensorial.

Deprivación Social.

Incultura Medioambiental.

Demencia.

Alteraciones en el Rendimiento Intelectual Producidos por otros Trastornos Psiquiátricos.

Deprivación Sensorial.- Todas las personas que padecen trastornos parciales ó totales en las funciones orgánicas que les permiten relacionarse con los demás (audición, visión, fonación) presentan siempre desventajas en su rendimiento intelectual, al momento de ser comparados -- con los demás individuos, dando por ello una falsa imagen de oligofrenia; esto se logra descartar cuando se les proporciona instrucción especial encaminada a suplir las deficiencias orgánicas, logrando con ello recuperar su nivel intelectual original, desechándose de este modo a la falsa oligofrenia.

Deprivación Social.- La falta de interacción social también provoca una aparente oligofrenia; esto se debe a la pobreza de sus relaciones sociales que no les permiten resolver situaciones nuevas dentro de un grupo social. La diferenciación se da cuando se suple esta falta de estimulación social y recuperan ó adquieren la información necesaria para poder enfrentar estas situaciones, quedando descartada la oligofrenia por este sencillo procedimiento.

Incultura Medioambiental.- Un medio ambiente precario en estimulación educativa y cultural provoca que los individuos que conforman el mismo se ven en franca desventaja al ser cambiados a otro lugar en donde los parámetros sociales y culturales no son los mismos; la falsa oligofrenia desaparece cuando a estas personas se les proporciona la información adecuada y esta es introyectada por ellas, lo que les permite

conducirse adecuadamente ó cuando retornan a su habitat original.

Demencia.- Este término no implica formalmente oligofrenia; sin embargo el proceso si ocasiona deficit intelectual. La diferencia que existe entre ambos términos radica en que la oligofrenia se da durante el proceso de desarrollo y la demencia se presenta despues de que este proceso ha sido completado.

Alteraciones en el Rendimiento Intelectual Producidas por otros Trastornos Psiquiátricos.- Algunos padecimientos psiquiátricos -- provocan secundariamente falsas oligofrenias, ya que algunos sintomas -- característicos ciertas enfermedades ocasionan alteraciones en el Rendimiento Intelectual de los enfermos; estos trastornos desaparecen cuando los sintomas de la enfermedad son controlados.

Herencia y Morbilidad.

Con respecto a esta enfermedad las estadísticas nos reportan varios índices. Es importante mencionar que en toda la bibliografía consultada los autores señalan que la aceptación social de cada cultura -- hace variar estas cifras.

Por un lado el criterio estadístico normal reporta que aproximadamente el 16% de la población total debe presentar Cocientes Intelectuales menores de 85 puntos (94); sin embargo la realidad es aparentemente diferente y se nos informa que del 7 al 13% de la población sufre este padecimiento. (94).

Con referencia a la Herencia se menciona: los hijos que tienen un solo padre oligofrénico presentan un 40% de posibilidades de sufrirla; si los dos padres la sufren la probabilidad aumenta el 80%; entre hermanos se da un 27% de probabilidad de aparición y si estos son gemelos la proporción aumenta a casi el 100% (27). Por regla general la proporción que se da en el factor hereditario esta enmarcada entre el 29 y -

90%. (27).

Tratamiento.

Una vez establecida la oligofrenia las posibilidades de tratamiento son nulas. Sin embargo en relación con algunas de las causas, si se detectan a tiempo, es posible establecer medidas que la impidan, tal es el caso de algunos trastornos como el cretinismo, la oligofrenia fenilpirúvica, la de origen nutricional, etc.

Por otra parte en los casos ya establecidos las medidas que se desarrollan, más que buscar la curación, promueven la rehabilitación de los afectados a través de métodos educacionales y de manejo farmacológico de algunas situaciones concomitantes, tales como: explosividad, agresividad, labilidad emotiva, etc.

2.2.3.- Trastornos Mentales Asociados a Epilapsias.

"Esta enfermedad ni es sagrada ni divina, es solamente una causa natural como las otras afecciones."

HIPOCRATES. (*).

Ahora procederemos a describir un padecimiento primordialmente -- neurológico, que además requiere la intervención psiquiátrica y psicológica.

La misma ha tenido diversas implicaciones a lo largo de su historia y su descripción se inicia en la Antigua Grecia donde se le considera un "Morbus Divinus" ó "Mal Sagrado". Hipócrates en esa misma época lucha en contra de esa creencia, indicando que es una enfermedad totalmente orgánica, de origen similar a las demás y no una enfermedad de -- origen divino.

Durante los Siglos I y II, Galeno escribe un libro en el cual propone algunas medidas terapéuticas para el tratamiento de esta enfermedad; contemporaneamente Sorano la engloba dentro de su descripción de -- las enfermedades agudas y crónicas, indicando medidas tendientes a su curación que se contraponen con las aconsejadas por Galeno.

Posteriormente Teodoro Prisciano en el año 400 escribe su obra -- "La Euporista" y dentro del Tomo VI describe diferentes tipos de remedios para este mal; Asclepiodoto en 460 vuelve a utilizar las plantas -- Eleboro y Mandragora acompañadas de un ritual mágico para tratar este padecimiento.

(*). Tomado de: Ristrich de Grote Michele. (85).

La Locura a Traves de los Siglos.

Editorial Brugera.

En el Siglo VI Alejandro de Tralles en Bizancio incluye por primera vez a esta enfermedad dentro de los padecimientos mentales, proponiendo diversos postulados para su tratamiento y curación. Tiempo después Isidoro de Sevilla (conocido también como San Isidoro) en el libro "Etimologías" (capítulo del Furore Juzgo) menciona las aportaciones de Alejandro de Tralles y con ellas fundamenta las medidas empleadas por él mismo para tratar esta enfermedad.

Más tarde entre los años 945 - 959 Teofanes Nonno vuelve a mencionar que este padecimiento no es de origen demoníaco y que por ello tampoco requiere de aspectos o remedios mágicos para su curación. En Arabia Avicena (980 - 1037) en sus múltiples escritos aduce el origen de la enfermedad a la práctica o actividad sexual desenfrenada.

Es Paracelso, en el Siglo XVI, quien adopta la tendencia reformista de la Medicina y se opone a las ideas Galénicas, hasta ese momento aún vigentes sin discusión, promoviendo entre otras muchas medidas, la utilización de alcohol, azufre y ester para lograr la curación de esta enfermedad.

En 1667 Thomas Willis da inicio a la descripción científica de los trastornos específicamente neurológicos en el libro "Specimen" donde aporta singular relevancia a los trastornos convulsivos.

Durante el Siglo XIX se suceden múltiples avances en el estudio y tratamiento de esta enfermedad, iniciando Peters en 1815 esta evolución científica al emplear un medicamento denominado "Sedum" para tratar esta enfermedad. En 1851 - 1852 Hall sitúa el origen de la enfermedad en la médula espinal y Brown - Sequard la interpreta como un fenómeno de tipo reflejo.

Schroeder Van der Kolk en 1859 la relaciona con la exaltación de la sensibilidad y la excitabilidad de los centros ganglionares del bul-

---bo; contemporaneamente se presentan trabajos adicionales realizados por: Morlau, Delaëslauve (1854) y Sieveking (1858). En 1861 Reynolds -- aporta un excelente trabajo acerca de esta enfermedad al realizar detalladas descripciones de sus síntomas y características.

John Hughlings Jackson y F. Bravais en 1875 describen individualmente un tipo especial de esta enfermedad; además Gowers y Charcot prosiguen el estudio y descripción del padecimiento durante esa misma época. Es a partir de 1886 cuando el mismo J. H. Jackson en forma conjunta con Loock y Wilke introducen el tratamiento con bromuros para controlar esta enfermedad.

En 1911 Davenport y Weake realizan investigaciones relacionadas con la transmisión genética de este padecimiento y Hauptmann en 1912 -- empieza a utilizar barbitúricos dentro del tratamiento.

En 1922 Hunt describe otro tipo especial de crisis y a partir de 1929, año en el que Hans Berger descubre el ElectroEncefalógrafo, da -- inicio a una nueva etapa en el estudio, descripción, conceptualización y tratamiento de esta enfermedad.

Esta nueva etapa, ya incluida dentro de la era moderna, trae consigo la utilización de técnicas y elementos adicionales que permiten -- realizar experimentos y estudios dentro de los laboratorios científicos para enfocar más profundamente la descripción y entendimiento del padecimiento.

Así tenemos que Lennox inicia los estudios de la energía bioeléctrica, mismos que son proseguidos más tarde por: F. Gibbs, E. Gibbs, -- y Jaspers. Penfield y Fulton por medio de la implantación de electro-- dos y de estudios con pacientes describen los trastornos producidos por las descargas temporales, prefrontales y del hipocampo.

En la rama dedicada a la farmacología Houston Merrit y Putnam uti

---lizan en 1940 por primera vez la Hidantoína y más tarde comienza a emplearse la primidona, la fenacetilurea, la succinimida y otros medicamentos con el fin de controlar y/o curar a este padecimiento.

Por último y ya en años muy recientes Gastaut en Francia aprovechando que puede utilizar todos los adelantos tecnológicos posibles de encontrar, realiza detalladas y amplias descripciones de esta enfermedad.

Toce a continuación describir los complejos procesos sintomáticos que aquejan a los pacientes que sufren esta enfermedad. Requisito indispensable para iniciar esta descripción es conocer que el nombre de este padecimiento proviene de la palabra griega $\epsilon\pi\iota\lambda\epsilon\psi\iota\alpha$ que quiere decir sorpresa.

La EPILEPSIA es una entidad nosológica que se presenta debido a una descarga hipersincrónica de la energía bioeléctrica del cerebro; esta descarga origina múltiples formas en cada uno de sus tipos. Con el fin de facilitar la explicación de este padecimiento nombraremos en primer término los signos y síntomas generales, para posteriormente describir las formas y los tipos de crisis originadas por cada una de estas formas.

Las diversas manifestaciones presentes en esta enfermedad dentro de la mayoría de los casos son: Todas ellas se presentan a raíz de la descarga hipersincrónica de una población neuronal, es decir es un síndrome neurológico que se caracteriza por fenómenos paroxísticos, repetitivos, de corta duración, cuya evolución es crónica y que además se ven sujetos a un mismo modelo en un mismo paciente.

Ahora describiremos las diversas formas del padecimiento y el tipo específico de crisis que origina cada una de ellas.

2.2.3.1.- Forma Generalizada.

2.2.3.2.- Forma Hemigeneralizada.

2.2.3.3.- Forma Parcial.

2.2.3.4.- Forma Parcial Secundariamente Generalizada.

2.2.3.1.- Forma Generalizada.

En esta forma la descarga que se presenta provoca que la misma abarque la totalidad del cerebro y los signos y síntomas a toda la estructura corporal. Se distinguen dos tipos específicos:

2.2.3.1.1.- Forma Generalizada Tipo Gran Mal.

2.2.3.1.2.- Forma Generalizada Tipo Pequeño Mal.

2.2.3.1.1.- Forma Generalizada Tipo Gran Mal.

Es el tipo clásico y más conocido de esta enfermedad; son crisis tónico-clónicas cuyas características son:

Algunos segundos antes de la crisis; pueden ó no, aparecer diversas sacudidas musculares, fosfenos, percepciones auditivas diversas, molestias gástricas, percepciones olfatorias desagradables ó adormecimiento muscular; cualquiera de estos fenómenos, cuando se presentan, advierten al paciente la proximidad de una crisis.

La crisis, llamada comunmente "ataque epileptico", da principio con un grito hiposo producido por la súbita contracción de la cavidad torácica que obliga la expulsión total del aire contenido en los pulmones, se presenta también pérdida brúca de la conciencia, pérdida y no registro en la memoria del suceso acaecido y caída abrupta al suelo. -- Una vez que aparecen todos estos signos se producen dos fases: una en la cual se produce una severa contracción muscular que afecta a todo el cuerpo (denominada fase tónica) y otra en la que se presentan relajación y contracciones musculares alternadas, que producen un efecto similar a las vibraciones ó temblores musculares (fase llamada clónica); durante la etapa en la que se unen estas dos fases el enfermo puede lle--

---gar a morderse la lengua, si esta queda en medio de los dientes; estas dos fases tienen una duración comprendida entre los 30 segundos y el minuto y medio.

Inmediatamente después de que termina esta etapa aparece una nueva y severa contracción muscular que va seguida de una paulatina y completa relajación a la que se une un estertor respiratorio; con esto da principio la fase denominada comatosa; esta fase dura de 30 segundos a 5 minutos aproximadamente. En esta fase algunos enfermos llegan a emitir orina y/o materias fecales a causa de la total relajación muscular que llegan a presentar.

En todas estas etapas se presentan siempre los siguientes signos adicionales: Supresión paulatina y casi total de la respiración, pérdida de los reflejos osteotendinosos, aparición de Babinski, aumento del ritmo cardiaco, dilatación pupilar, sudoración profusa y aglutinación de secreciones en el árbol bronquial que ocasiona este queda casi totalmente obstruido.

Cierto tiempo después de que han desaparecido estos signos, el paciente en forma paulatina, comienza a recuperar la conciencia presentando en ocasiones algunas conductas automáticas que son siempre similares en un mismo paciente; también puede quedar dormido durante lapsos de tiempo variables.

El tiempo total de la crisis aquí descrita oscila entre los 5 y 15 minutos aproximadamente.

Algunas veces se presentan crisis de tipo gran mal con brevísimos intervalos de tiempo entre cada una, sin permitir al paciente recuperar la conciencia; esta forma denominada "Estado de Mal" cuando no se logra controlar puede ocasionar la muerte del enfermo debido al total agotamiento producido por la sucesión progresiva de las crisis.

2.2.3.1.2.- Forma Generalizada Tipo Pequeño Mal.

En este tipo de epilepsia se presentan las tres variantes siguientes:

2.2.3.1.2.1.- Ausencia Típica.

2.2.3.1.2.2.- Sacudida ó Pequeño Mal Mioclónico.

2.2.3.1.2.3.- Caída ó Pequeño Mal Amiotónico.

2.2.3.1.2.1.- Ausencia Típica.

En este tipo de crisis el enfermo presenta supresión abrupta de la conciencia y de la memoria, no pudiendo a partir de ese momento ver, oír y oler; también suspende momentaneamente todas sus actividades y cesa todo contacto con el mundo real. Al finalizar la crisis el paciente continúa sus actividades tal y como si no le hubiera sucedido nada en el intercurso de la acción. Es muy común que esta reanudación de actividades se encuentre precedida por una sonrisa; la duración de este tipo de crisis siempre será menor al minuto.

En las crisis de ausencia nunca podrán presentarse etapas de automatismo ó sea la presencia de ausencias prolongadas.

2.2.3.1.2.2.- Sacudida ó Pequeño Mal Mioclónico.

Se presenta en forma de sacudidas ó temblores musculares que pueden llegar a provocar la pérdida total del tono muscular y con ello la caída del paciente, siempre y cuando la pérdida sea total y por ello abarque la superficie corporal completa. La duración de este tipo de crisis también es menor al minuto en todas las ocasiones.

2.2.3.1.2.3.- Caída ó Pequeño Mal Amiotónico.

Este tipo de crisis es, en conjunto con la tónico-clónica, una de las que mayor impresión causan en las personas que la presencian; su característica es una caída brusca con la inmediata y refleja reincorporación del enfermo. Esto es debido a la pérdida del tono muscular y a su

inmediata recuperación; esta pérdida del tono muscular puede presentarse indistintamente en todo el cuerpo, en una porción ó solamente afectando la extremidad cefálica.

En este tipo de crisis su duración siempre es sumamente breve y nunca llegan a durar 30 segundos.

2.2.3.2.- Forma Hemigeneralizada.

La forma que aquí se menciona permite se presenten los síntomas solo en el hemicuerpo contrario al hemisferio cerebral en el que se presentó la descarga. Los tipos de crisis que originan son similares a los descritos en la Forma Generalizada con las variantes específicas correspondientes a la morfología de la descarga.

2.2.3.3.- Forma Parcial.

Su característica principal es afectar solamente a un núcleo ó grupo de células cerebrales y al grupo de efectores correlativos a la zona cerebral que se encuentra implicada.

Algunos de los tipos que ahora vamos a describir son los que mayor importancia revisten para los estudiosos de la conducta, ya que en su presentación pueden aparecer diversos fenómenos, elementales ó elaborados, entre los que tenemos: Ilusiones, Alucinaciones, Remembranzas Mnesicas, Sensaciones de Extrañeza, Periodos de Automatismo, Sensaciones Afectivas, Actividades Motrices Específicas y/o Sensaciones Vertiginosas.

Debido a su gran número solo describiremos detalladamente aquellas que se engloban dentro de las características del párrafo anterior y aquellas que por su interés histórico son de importancia.

Los tipos de crisis que se presentan pueden ser englobados en dos grandes rubros, tomándose en cuenta para ello: La forma en la que se presentan, el tipo de signos y síntomas que provocan y por último si

existe 6 no alteración inicial de la conciencia. Los dos rubros son:

2.2.3.3.1.- Forma Parcial de Semiología Elemental.

2.2.3.3.2.- Forma Parcial de Semiología Elaborada.

2.2.3.3.1.- Forma Parcial de Semiología Elemental.

Son crisis muy breves cuyo comienzo y finalización no son fácilmente discernibles por que en ellas queda la conciencia conservada en forma general 6 por que las alteraciones son mínimas; su duración siempre es menor al minuto. Se pueden diferenciar tres variedades clínicas.

2.2.3.3.1.1.- Crisis de Semiología Motriz.

2.2.3.3.1.2.- Crisis de Semiología Vegetativa.

2.2.3.3.1.3.- Crisis de Semiología Sensitivo-Sensorial.

2.2.3.3.1.1.- Crisis de Semiología Motriz.

Se distinguen cuatro variedades:

CRISIS SOMATOMOTRIZ.- También llamada "Crisis Bravais-Jacksoniana"; se caracteriza por la presencia de convulsiones que se inician clínicamente 6 que van precedidas por una fase tónica; pueden ocurrir en una sola parte del cuerpo y en algunas ocasiones pueden llegar a afectar todo un hemicuerpo si la descarga se propaga rápidamente.

CRISIS DE AMIOTONIA SOMATOINHIBITRIZ.

CRISIS VERSIVAS. (Giratorias).

CRISIS QUE AFECTAN AL LENGUAJE.- Pueden adoptar tres aspectos en su forma de presentación:

Una en la cual se repite en forma rítmica 6 modulada una sola vocal. Otra en la que se repite en forma incontrolada una palabra 6 una frase que se entaba a punto de decir. La tercera se caracteriza por la detención del lenguaje, no pudiendo el paciente pronunciar dentro de la crisis ningún tipo de palabras.

2.2.3.3.1.2.- Crisis de Semiología Vegetativa.

Muy rara vez se observan en forma aislada y generalmente se ven acompañados por síntomas correspondientes a otro tipo de crisis parcial, normalmente de las consideradas de semiología elaborada; pueden adoptar todas las formas requeridas de acuerdo al aparato vegetativo que se vea afectado. Se describen las siguientes:

CRISIS DE SEMIOLOGIA DIGESTIVA.- Son las más frecuentes y se distinguen tres grandes grupos:

Las Oro-Faríngeas que se presentan en forma de síntomas diversos que acompañan siempre a otro síntoma que siempre es común; la hipersalivación que provocan da la impresión de que se mastica ó saborea algún alimento. La Epigástrica que consiste en una sensación anormal de molestias y/o pesadez en epigastrio, en algunas ocasiones dicha molestia llega a ser percibida como si subiera hasta la garganta. El tercer cuadro es el Abdominal, su presentación se encuentra enmarcada por la aparición de cólicos que van acompañados de borborismos, vómitos y/o emisión de gases ó materias fecales.

CRISIS DE SEMIOLOGIA CIRCULATORIA Y VASOMOTORA.- La Circulatoria se ocasiona por una brusca modificación del ritmo cardíaco que provoca erectismo y palpitaciones; también se puede presentar relacionada con cambios en la tensión arterial que produce cefaleas y sensaciones de calor cuando se eleva ó de marcada debilidad y náuseas cuando se encuentra en decrecimiento. La Vasomotora se caracteriza por la aparición de palidez, rubor ó cianosis que ocasionalmente van acompañadas de gestos horripilantes ó de sudoración abundante.

CRISIS ENURETICAS.- Se presentan en forma de pérdida de orina involuntaria sin que importen para ello la edad, posición y sexo de la persona.

CRISIS DE SEMIOLOGIA RESPIRATORIA.- Su presentación se caracteriza por polipneas y/o hiperpneas que van comúnmente seguidas por una apnea de -

inspiración; puede ó no presentarse en forma conjunta a sensaciones de sofocación ó angustia.

CRISIS SEXUALES.- Son muy raras y cuando se presentan adoptan la manifestación de erección ó priapismo.

2.2.3.3.1.3.- Crisis de Semiología Sensitivo-Sensorial.

Pueden adoptar, dadas las características de las descargas que las provocan, tantas formas como síntomas sensitivos y sensoriales existen; las más conocidas son:

CRISIS SOMATO-SENSITIVA.- Se pueden presentar como sensaciones sin objeto, de tipo Tactil Exterioceptivo como son hormigueo, picazón, descargas eléctricas, etc. Termodoloroso como sensaciones de frío excesivo, calor, dolor, etc; a menudo se les ha considerado equivocadamente como "Crisis Bravais-Jacksoniana de tipo Sensitivo" ya que presentan patrones similares a los mencionados en la crisis que verdaderamente lleva ese nombre.

CRISIS SOMATO-SENSITIVA. (con sintomatología parastésica).

2.2.3.3.2.- Forma Parcial de Semiología Elaborada.

Son crisis de larga duración (siempre son mayores a un minuto) no fácilmente identificables en su principio ni en su final; por ello su determinación diagnóstica es difícil y problemática. Pueden presentarse adoptando las siguientes formas clínicas:

2.2.3.3.2.1.- Crisis Sensoriales.

2.2.3.3.2.2.- Crisis Emotivas.

2.2.3.3.2.3.- Crisis Ilusorias.

2.2.3.3.2.4.- Crisis Psicomotoras.

2.2.3.3.2.5.- Crisis de Pensamiento Forzado.

2.2.3.3.2.6.- Crisis de Confusión Mental.

2.2.3.3.2.1.- Crisis Sensoriales.

Se presentan abarcando todos los organos de los sentidos y de ahí proviene su nomenclatura; pueden adoptar dos aspectos: El ilusorio y el alucinatorio.

CRISIS VISUALES.- Se presentan siempre abarcando los dos aspectos.

En el Ilusorio siempre alteran los elementos de la luz, pudiendo ver el paciente todo muy luminoso y cegador ó totalmente sombrío y oscuro; también alteran el volumen corporal de las cosas y personas, pudiendo ver todo muy grande (en forma macroscópica) ó muy pequeña (en forma microscópica); pueden además presentarse alterando la forma y la distancia conjuntamente, pudiendo ver todo en forma muy grande y cercana ó -- muy pequeña y lejana. Las ilusiones son siempre percepciones deformadas de un objeto real.

En el Alucinatorio se caracterizan por permitir que todas las formas presentes puedan ser bien conformadas, aunque en ocasiones no pueden ser identificadas plenamente; pueden ser formas muy simples como -- manchas oscuras no posibles de identificar ó comparar; también pueden -- ser formas bien identificadas ó con cierta similitud a imágenes aparecidas durante un sueño; pueden además presentarse como la transformación de un cuerpo ó objeto en su estructura, la cual se cambia a otra distinta enfrente del paciente (metemorfosis); otra forma de presentación es -- aquella en la cual el paciente se percibe a sí mismo en forma muy grande ó muy pequeña (autoscopia). Las alucinaciones siempre serán percepciones en las que nunca existe un objeto real.

CRISIS AUDITIVAS.- También se presentan como Ilusiones y Alucinaciones.

Las Ilusiones son caracterizadas por la deformación de los elementos del sonido; pudiendo el paciente percibir todas las voces con una -- intensidad muy alta como si se estuviera hablando a gritos ó en forma -- muy baja como si se hablara en secreto; con un tono de voz muy bajo, --

grave ó roncó ó excesivamente alto, agudo ó tipludo; con timbre de voz metálico como de robot ó totalmente carente de las modulaciones perceptibles en los seres humanos.

Las Alucinaciones siempre se describen como percepciones muy claras y fáciles de identificar; pueden ser ruidos muy sencillos como el rumor de un motor, en marcha, los silbidos de una máquina de vapor, el rumor de un río caudaloso, etc; palabras solas, composiciones musicales ó oratorias fraccionadas ó completas, etc.

CRISIS OLFATORIAS.— Solo se presentan en forma de alucinaciones.

Generalmente se llegan a percibir como olores molestos, poco agradables ó nauseabundos, de forma similar a: olor a gas, olor a azufre, olor a huevos podridos, olor a materias fecales, etc; muy pocas veces llegan a ser descritos olores agradables similares a flores, perfumes, rosas, etc.

CRISIS GUSTATIVAS.— También solo presentan formas de contenido alucinatorio.

Únicamente se perciben los sabores básicos: Amargo, Acido, Salado y Dulce.

CRISIS VERTIGINOSAS, DE SUSTENTACIÓN Ó DEL EQUILIBRIO.— Presentan tanto sensaciones de mareo objetivo ó vertigo como de mareo subjetivo; el enfermo siente que las cosas se le mueven a su alrededor ó que él se está bamboleando continuamente como si estuviera dentro de un barco que navega, también refiere que pierde el equilibrio y que está a punto de caer, que siente como si subiera ó bajara dentro de un ascensor ó que las cosas dan vueltas a su alrededor. En este tipo de crisis la posición ó los movimientos realizados por el paciente no se encuentran ligados al fenómeno y tampoco presentan sucesos agregados.

2.2.3.3.2.2.- Crisis Emotivas.

En este tipo de crisis se presentan sensaciones afectivas como serían: Ira, Terror, Angustia, Tristeza, Alegría, Euforia, etc; en todas las crisis la sensación es similar en un mismo paciente y no existe ninguna posibilidad de que presenten cambios de una a otra aparición.

2.2.3.3.2.3.- Crisis Ilusorias.

Siempre se presentan comprendiendo aspectos en los cuales la ilusión tiene una gran importancia; pueden percibirse como aspectos ya vistos ó conocidos con anterioridad en los cuales el paciente se maneja -- con mucha familiaridad, aunque nunca haya estado antes en esa situación ó lugar; a esta sensación ilusoria se la conoce como "Sensación de lo -- Ya Visto ó Oído" (De Ja Vu); también se puede presentar adoptando la -- sensación ilusoria contraria, es decir percibiendo todo como muy extraño y poco conocido, como si nunca se hubiera estado en esa situación ó lugar a pesar de ser en ocasiones estas situaciones muy familiares para -- el paciente; este tipo de fenómeno es conocido como "Sensación de lo -- Nunca Visto ó Nunca Vivido" (Jamais Vu).

2.2.3.3.2.4.- Crisis Psicomotoras.

Su presentación se caracteriza por sufrir el paciente etapas de -- automatismo en las cuales no es registrada la conducta, lo que se habla y lo que se escucha en la conciencia y en la memoria; pueden adoptar -- dos tipos de aparición: Una en la cual se presentan durante la crisis conductas motoras activas como serían caminar, correr, trabajar, tender una cama, etc y la Otra en la que se presentan síntomas similares a la Ausencia Típica del Pequeño Mal a la que se denomina Crisis Psicomotora de tipo Pasivo. La duración de este tipo de crisis siempre es mayor a los dos minutos y este tiempo sirve para diferenciarla de las crisis tí -- picas del pequeño mal.

2.2.3.3.2.5.- Crisis de Pensamiento Forzado.

Su característica es la súbita aparición de un recuerdo, una idea parásita, una idea fija ó una idea obsesiva que se presenta en forma intempestiva y que imposibilita el registro en la conciencia y en la memoria de los sucesos que ocurren alrededor del paciente; desaparece al terminar la crisis y nunca existe un motivo exterior para evocar el tipo de pensamiento que se presenta.

2.2.3.3.2.6.- Crisis de Confusión Mental.

La forma en la que se presenta es caracterizada por un estado de obnubilación de la conciencia en el cual el paciente no puede determi—nar si se encuentra dormido ó despierto; no sabe en donde está; como ha llegado a ese lugar y por que se encuentra en esa situación; como este fenómeno cesa en forma brusca el paciente no alcanza a reconocer cuando no está obnubilado y por eso siempre se encuentra confuso sin poder de—terminar si es real ó irreal lo que le sucede, percibiendo todo como fue—ra de contexto ó en forma absurda. Tampoco puede determinar el tiempo que permaneció en ese estado y ello le ocasiona una mayor confusión y —angustia al no poder determinar que actos ha realizado. Cuando este —tipo de fenómeno se presenta repetidamente en lapsos de tiempo muy bre—ves ocasiona un Estado Crepuscular en el cual se describe una sensación similar a la que se tiene cuando se va a despertar sin lograr conseguir—lo.

2.2.3.4.- Forma Parcial Secundariamente Generalizada.

Esta forma se inicia de una manera parcial para posteriormente y merced a la transmisión sináptica, generalizarse y llegar a afectar en su totalidad el cerebro y a la superficie corporal.

Los tipos de crisis que se presentan dentro de esta forma son total—mente similares a los correspondientes a la forma parcial, pero su —

terminación siempre dara origen a una crisis de tipo Gran Mal.

Diagnostico Diferencial.

Esta enfermedad puede ser facilmente susceptible de confundir y/o ser identificada en forma erronea, cuando ante el profesional se presenta algun paciente neurótico que sufra un cuadro de Histeria Conversiva; este tipo de pacientes son capaces de simular sintomas muy similares a los que presentan los enfermos epilepticos, preferentemente aquellos — que se presentan en las crisis de tipo Gran Mal, su diferenciación se debe realizar tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Es necesario mencionar que en la neurosis siempre se busca utilizar los sintomas para obtener ganancias secundarias para la persona que la sufre y que estas actitudes simuladas son totalmente conscientes; en el paciente neurótico nunca se presentaran caidas bruscas en las cuales se pueda llegar a ocasionar algun tipo de daño fisico; nunca presentará tampoco golpes contusos ni cicatrices antiguas provocadas por la multiplicidad de caidas sufridas; no presentará perdida de reflejos ni signos neurológicos adicionales; tampoco sufrirá confusiones postcriticas ni mordeduras de lengua; nunca seran sus crisis similares una a otra y la morfología de las mismas cambiara de acuerdo a las circunstancias y a los deseos que intenta satisfacer.

Del mismo modo nunca se presentaran, como si se presentan en los verdaderos enfermos epilepticos, deterioro orgánico producido por la repetición de las crisis; registros ElectroEncefalograficos que determinen todas las veces la presencia de una Lesion Organica; un adecuado control del padecimiento al ser medicado con anticonvulsivos en dosis y secuencias adecuadas.

Esta enfermedad tambien debe ser diferenciada contra diversos cuadros orgánicos que provocan crisis convulsivas como son: Crisis product

---das por hipóglucemia, por hipertermia, por tetania, etc.

Herencia y Morbilidad.

Las estadísticas reportan que la epilepsia se presenta entre el 0.4% y el 0.5% de la población mundial; de entre ellas el 36% sufren su primera crisis antes de cumplir sus primeros 10 años de vida; otro 36% la sufren entre los 11 y los 20 años y el porcentaje restante llegan a sufrirlas en épocas posteriores de su existencia. (69).

Con respecto a la Herencia se reporta que: cuando la enfermedad se presenta en gemelos univitelinos la probabilidad de aparición de la enfermedad en ambos hermanos se da entre el 61% y 66.6%; si los gemelos son Bivitelinos la enfermedad puede presentarse entre el 3.1% y 9%; si uno de los ascendientes es epileptico los familiares pueden presentar la enfermedad entre el 3.2% y el 3.5%. (34). Otros autores mencionan que la enfermedad se presenta 5 veces más cuando un familiar cercano sufre de esta afección y que un epileptico puede transmitir su enfermedad a uno de cada 50 de sus descendientes directos. (48).

Tratamiento.

Las medidas terapéuticas que se utilizan en el tratamiento de esta enfermedad solo pueden ser consideradas como formas de control médico, ya que su aparición no es posible impedirla y una vez que se ha declarado solo se le puede llegar a controlar en forma más o menos adecuada.

Los medicamentos que se prescriben cotidianamente para el control de esta enfermedad, en sus diferentes tipos y formas son: Primidona, Difenhidantoinato Sódico, Carbamazepina, Diazepam, Dipropil Acetato de Magnesio, Trimetadona, Etosuccinimide, Clordiezepoxido, Clonazepam y algunos derivados de los Barbitúricos. Todos estos medicamentos son anticonvulsivos y anticomiciales específicos.

En casos muy especiales se han llegado a utilizar tratamientos --

quirurgicos; pero como el riesgo es muy alto y los resultados en algunas ocasiones no son los deseados esta técnica no es muy utilizada y tampoco cuenta con mucha aceptación entre los profesionales dedicados a la atención y al tratamiento de este tipo de enfermos.

Los Trastornos Mentales que se Asocian a las Epilepsias presentan una amplia gama de alteraciones psiquiátricas; dentro de ellas encontramos algunas que únicamente pueden detectarse y/o estudiarse en los pacientes aquejados por esta enfermedad, también mencionaremos aquellos que pueden presentarse en cualquier sujeto.

Iniciaremos este apartado mencionando muy someramente los Trastornos que también pueden presentarse en cualquier persona y que por ende son también factibles de ser encontrados en forma asociada a una Epilepsia.

Un trastorno que frecuentemente se encuentra asociado a las Epilepsias es la Oligofrenia; datos estadísticos reportan que el 27.63% de los epilépticos presentan conjuntamente algún tipo de oligofrenia. ---

(81).

Con respecto a las Neurosis las mismas también pueden presentarse en los enfermos epilépticos, siendo casualmente las Neurosis Histerica, de Ansiedad & Hipcondriaca las que más comúnmente se presentan en estos pacientes. Este tipo de padecimientos se origina también como consecuencia de alteraciones en la estructura Psicodinámica de la Personalidad. (33).

Una entidad adicional susceptible de asociarse a esta enfermedad es la Personalidad Antisocial; la misma debe ser claramente diagnosticada, so pena de confundirla con los rasgos característicos de la Personalidad Explosiva, que también se encuentra muy frecuentemente asociada a las epilepsias. (2 , 33).

Las Psicosis Reactivas suelen tambien presentarse asociadas a esta afección; sus características y su evolución son similares a las presentadas por cualquier otro sujeto.

Con respecto a las Psicosis Endógenas, por mucho tiempo se mantuvo la creencia de que las Epilepsias impedían se presentaran estas, debido a la gran similitud existente entre las crisis convulsivas y la Terapia ElectroConvulsiva (TEC) que se utiliza para hacer remitir una Psicosis y que por lo tanto tambien la haría remitir en estos casos. En la actualidad se conoce ampliamente que tambien pueden presentarse en forma asociada, pero generalmente sin ningun nexo de conexión, las psicosis endógenas tanto de tipo Esquizofrénico como Maníaco-Depresivo.

Existe un cuadro Neurológico que requiere atención psiquiátrica adicional, que puede presentarse tanto como secuela de una epilepsia -- controlada ó como preambulo a la presentación y desencadenamiento de la misma; este padecimiento es comunmente conocido como Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima ó Trastorno por Deficit de la Atención con Hiperactividad. Se caracteriza por la presencia de una excesiva actividad, inquietud manifiesta, alteraciones del afecto, impulsividad, agresividad, falta de atención, deficiente rendimiento escolar, pobre acatamiento y aceptación de normas y/o reglas socialmente aceptadas, etc.

Otros trastornos mentales posibles de ser asociados a las epilepsias son los que se originan por cambios y/o alteraciones en las estructuras neuronales, mismos que provocan, tanto perdida y/o muerte neuronal como excitabilidad y/o irritabilidad de las estructuras cerebrales.

La presencia de la primera posibilidad propiciará manifestaciones de: pegajosidad, puerilidad, labilidad afectiva, perseveración, falta de atención, pobreza de juicio, memorias decrementadas, pobre capacidad de atención y obvio es decirlo deficit intelectual.

El segundo aspecto permitirá: excesiva irritabilidad, alteraciones severas del afecto, impulsividad, agresividad, una gran actividad y una deficiente, pobre y limitada ejecución de todos sus actos.

El primer síndrome es mencionado por algunos autores como: Síndrome Psicoorgánico Intelectual (99), Deterioro Mental ó Demencia Simple (2 , 33 , 34 , 36 , 69 , 74).

Estos dos últimos cuadros (Deterioro y Demencia) pueden ser también debidos a diversos factores entre los que tenemos: Multiplicidad de crisis convulsivas y traumatismos craneoencefálicos severos repetidos durante muchos años, debidos a un deficiente ó inadecuado control del padecimiento; arterioesclerosis, aterosclerosis, infecciones neurológicas y otros procesos degenerativos ó deteriorantes.

En algunos pacientes epilépticos que sufren hospitalizaciones prolongadas, a pesar de estar adecuadamente controlados, se presenta el Deterioro Mental (pérdida de capacidades para relacionarse adecuadamente con el medio ambiente) que paulatinamente se asocia al padecimiento primario.

El segundo cuadro clínico es denominado: Síndrome Psicoorgánico - Conductual (99) ó Características de la Personalidad del Epiléptico - (2 , 34 , 69).

Ahora mencionaremos los Trastornos Mentales que tienen relación directa con las Epilepsias.

El primero de estos trastornos es la llamada Reacción de Inadaptación al Padecimiento; se manifiesta como sensaciones de temor ante lo desconocido, temor ante la presencia del padecimiento, incapacidad para poder sobreponerse a la adversidad, tristeza profunda, facilidad para darremar lágrimas, irritabilidad, miedo a la salud y en algunos casos muy severos tentativas reales de suicidio.

Otro Trastorno Mental exclusivo de esta enfermedad son las llamadas Psicosis Postcríticas, siempre subsiguientes a la repetición de múltiples crisis convulsivas, todas de tipo confusional y con inicio y finalización abrupto; se presentan asociando: Alteraciones de la Conciencia (obnubilación, estrechamiento, confusión); Trastornos Sensoperceptuales (auditivos, visuales); Ideación Delirante (referencia, mesianismo, persecución, megalomanía); Alteraciones del Afecto (ambivalencia afectiva, irascibilidad, euforia, excitación, etc) y Desorientación en Tiempo, Espacio, Persona y Circunstancia. Algunos autores denominan estos Trastornos como: Estados Crepusculares, Obnubilación de la Conciencia, Delirios Onírcides, etc. (2 , 34 , 36 , 69 , 99).

Una alteración mental también asociada exclusivamente a las Epilepsias es, la controvercialmente llamada Psicosis Epileptica ó Psicosis - del Epileptico, su presencia es negada por algunos autores (69 , 74 , 99) y mencionada y defendida por otros (2 , 34 , 36); sus síntomas son: Pensamientos Irreducibles a la Argumentación Lógica de tipo - persecutorio, referencial, mesianico y/o megalomaniaco; Grandes Alteraciones afectivas de tipo hipomanía; en algunos casos se presentan trastornos sensoperceptuales de tipo visual ó auditivo; no presentándose nunca alteraciones de la conciencia y trastornos en la orientación.

3.- EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEY.

3.1.- Definición de Delito.

"Es la vivecidad de la reacción social la que determina lo que será considerado un crimen.

EMILE DURKHEIM. (*).

El ser humano desde los inicios de su existencia ha tenido necesidad de convivir con sus semejantes; dicha convivencia ha propiciado, mediante acuerdos grupales temporales, implementar sistemas normativos de conducta tendientes a proteger los intereses y la seguridad de sus miembros, permitiendo que al mismo tiempo se puedan emitir algunas conductas y se restrinjan y castiguen otras.

Todos estos sistemas, ya sea el más primitivo ó el de mayor sofisticación, se han constituido, a lo largo de la historia del hombre, en conocidos catálogos de conductas prohibidas y sancionadas. De los múltiples ejemplos que podemos obtener de la historia citaremos por su elocuencia y perfecta ejemplificación de estos sistemas a la llamada "Ley del Talion" que proclamaba con su lema "Ojo por ojo y diente por diente" un castigo cuya magnitud fuere similar a la envergadura de la conducta prohibida.

Estos sistemas normativos desaparecen a raíz del surgimiento de las primeras leyes que fundamentan la aparición del Derecho Romano en el Siglo VIII A.C.

Es a partir de este momento histórico cuando surge en forma muy notoria la impartición de justicia por parte de las instituciones gubernamentales.

(*). Tomado de: Szabo Denis. (97).

Criminalología y Política en Materia Criminal.

Siglo XXI Editores. 1980.

---amentales, las cuales obligan al estado a que se convierta en un organismo que aparte de regir los destinos del pueblo, tambien debe de --- impartir justicia ó debe decretar las penas ó sanciones necesarias para proteger a la sociedad y su seguridad.

Por otra parte, el ser humano, a traves de su historia ha considerado y definido el delito de acuerdo a diversas conceptualizaciones de índole académica, filosófica ó social; lo que ha dado como consecuencia existen hasta 300 definiciones de delito en el momento actual.

De todas estas definiciones existentes, solo mencionaremos las más importantes, para posteriormente, anunciar por separado los elementos --- constitutivos de la definición que será tomada como base para este trabajo; procurando describir claramente dichos elementos.

Conviene señalar que la palabra "Delito", tuvo su origen en el verbo latino DÉLINQUIRE, con el cual se denota la acción de apartarse ó abandonar el buen camino; es decir el sendero que marca la ley.

Las definiciones de delito que elegimos son las siguientes:

"Delito es la violación de un derecho".

(Frank).

"Delito es la violación de un derecho ó un deber".

(Tarde).

"Delito es la infracción de un deber exigible, en daño de la sociedad ó de los individuos".

(Rossi).

"Delito es no solamente la oposición a la voluntad colectiva cuyo expresión es el derecho, sino tambien la oposición al deber".

(Mundt y Wulffen).

"Es delito la lesión de aquella parte del sentido moral, que consiste en los sentimientos altruistas fundamentales (piedad y probidad), según la

medida media en que se encuentran en las razas humanas superiores, cuya medida es necesaria para la adaptación del individuo a la sociedad".

(Garofalo).

"Delito es la violación de los sentimientos altruistas fundamentales de benevolencia ó piedad, y probidad ó justicia en la medida media en que se encuentran en la sociedad civil, por medio de acciones nocivas para la colectividad".

(Escuela Sociológica).

"Delito es la violación de un deber, necesario para el mantenimiento del orden social, cuyo cumplimiento encuentra garantía en la sanción penal".

(Concepción Filosófica).

"Delito es desde el ángulo histórico, toda acción que la conciencia ética de un pueblo considera merecedora de una pena, en determinado momento; y desde el ángulo valorativo, todo acto que ofende gravemente el orden ético y que exige una expiación consistente en la pena".

(Maggiore).

"Delito es el acto humano sancionado por la ley".

(Cramignani).

"Delito es el acto ó omisión que sancionan las leyes penales".

(Artículo 70 Código Penal).

"Delito es el hecho culpable del hombre, contrario a la ley y que está amenazado con una pena".

(Florian).

"Delito es un acontecimiento típico, antijurídico é imputable".

(Meyer).

"Delito es un acto humano, culpable, antijurídico y sancionado con una pena".

(Liszt).

"Delito es la acción típicamente antijurídica y culpable".

(Mezger).

"Delito es una acción típica, contraria al derecho, culpable, sancionada con una pena adecuada y suficiente a las condiciones objetivas de penalidad".

(Beling).

"Delito es la acción típica, antijurídica, culpable, sometida a una adecuada sanción penal que llena las condiciones objetivas de culpabilidad".

(Binding).

"Delito es la acción humana antijurídica, típica, culpable y punible".

(Cuello Calón).

"Delito es la conducta ó el hecho típico, antijurídico, culpable y punible".

(Concepción Dogmática).

"Delito es la infracción de la ley del estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo ó negativo, moralmente imputable y políticamente defensivo".

(Carrera).

"Delito es el acto típicamente antijurídico culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal".

(Jimenez de Agua).

"Delito es una conducta de acción ó omisión, típica, antijurídica, culpable y punible, en la que obviamente debe existir un sujeto activo y un sujeto pasivo".

(Trujillo).

Es importante señalar que en el Derecho Penal Mexicano, las definiciones que se han dado acerca del delito son muy similares a las emiti-

---das por los autores españoles; siendo ejemplos de esto, las que se han asentado en los Códigos Penales Mexicanos mismos que han estado totalmente inspirados en los Códigos Penales Españoles de sus diferentes épocas.

La definición de delito que da el Código Penal vigente (1934), está inspirada en la señalada por el Código Penal Español y por el Código Penal Argentino de 1882, misma que es constantemente censurada por los Juristas Mexicanos de la época contemporánea, en virtud de considerarla inadecuada ya que no define en forma explícita el delito, pues únicamente señala puntos sobrentendidos de antemano por cualquier persona.

Esta definición es: "Delito es el acto ó omisión que sancionan las leyes penales". (Art. 7º). Definición que en su contenido no señala un parámetro exacto con el cual se conceptualice el delito; corroborándose de esta forma las opiniones y juicios emitidos por los juristas.

En todas las definiciones que hemos señalado, se encuentran elementos comunes que permiten ser similares unas con otras; los elementos a los que hacemos mención son: Conducta, Acto ó Hecho; la Tipicidad; lo Antijurídico; lo Culpable y lo Punible.

Sin embargo, por considerarla apropiada para el desarrollo de este trabajo, la definición que emite Trujillo es la que será considerada como base para el mismo, en los aspectos legales; en virtud de que contiene los elementos que mencionamos anteriormente y especifica claramente el tipo y rol que desempeña cada sujeto. (*).

Los elementos que la componen y la descripción de cada uno de ellos se mencionan en los párrafos siguientes:

CONDUCTA DE ACCION U OMISION.— Por ser una forma de comportamiento que se hace ó se deja de hacer.

(*) Para mayor comprensión ó información sobre estos aspectos se sugiere consultar el Apendice II.

TÍPICA.- Por que la conducta debe cumplir con todos los elementos que se señalan en la descripción de la figura delictiva y dicha descripción se encuentre asentada en las normas del Derecho Penal.

ANTI JURÍDICA.- Por que la conducta debe ir en contra de las normas del Derecho, mismas que sirven para proteger a los miembros de la sociedad. Hay ocasiones en las cuales, las condiciones existentes en el momento de la comisión del acto anulan lo antijurídico del hecho; por ejemplo - dar muerte a un enemigo estando en guerra.

CULPABLE.- Por que deben concurrir los elementos conciencia y voluntad; es decir el conocer lo antijurídico del acto y tener voluntad para realizarlo; además se debe encontrar presente también la capacidad física que permita cometer el delito.

PUNIBLE.- Por que conlleva una sanción ó pena la cual se encuentra marcada en las normas del Derecho. La punibilidad es considerada por algunos autores una parte complementaria de la Tipicidad.

SUJETO ACTIVO.- Por ser este el autor material ó intelectual del hecho delictivo.

SUJETO PASIVO.- Por que es este el que recibe la acción delictiva.

Por ser esta definición la elegida para sentar una base en los aspectos Jurídico-Legales; cada ocasión en la que se encuentre mención de la palabra delito será necesario recordar que se hace dicha mención con base en los preceptos enunciados anteriormente.

NOTA.- En abril 13 de 1984 entraron en vigor las reformas realizadas al Código Penal (32); en dichas reformas el Artículo 7º (citado en el texto) sufrió modificaciones, quedando ahora de la siguiente manera su redacción:

Artículo 7.- "Delito es el acto ó omisión que sancionan las leyes penales.

El delito es:

I.- Instantaneo, cuando la consumación se agota en el mismo momento en que se han realizado todos sus elementos constitutivos;

II.- Permanente ó continuo, cuando la consumación se prolonga en el tiempo, y

III.- Continuado, cuando con unidad de proposito delictivo y pluralidad de conductas se viola el mismo precepto legal".

En si la modificación fue realmente una edición; y la misma no produce ninguna alteración al espíritu impreso en este apartado, debiendose tomar estos datos solo como información adicional sobre algunos sucesos importantes acaecidos durante la realización de esta investigación.

3.2.- Resoluciones Jurídicas que se Dictan cuando un Enfermo Mental Infringe la Ley.

"Pena sin tratamiento no es justicia, es venganza."

ALFONSO QUIROZ GUARON. (*).

LUIS RODRIGUEZ MANZANERA. (*).

No toda persona que con su comportamiento trasgrede ó infringe una norma de tipo penal comete un delito por el cual se hace acreedora a una sanción ó pena cuyo propósito es, que de ese modo exima ó pague su culpa ante la sociedad y también sirva para rehabilitarlo.

Al enfermo mental no se le considera delincuente, solo se le toma como infractor de la norma, por encontrarse incapacitado para comportarse en forma libre y voluntaria; considerándolo por ello la ley penal como inimputable y a la infracción cometida únicamente como un hecho ilícito.

A este enfermo mental, desde ese mismo momento se le instrumenta un procedimiento especial mediante el cual se procura promover el restablecimiento de su salud mental, por medio de la hospitalización en instituciones especializadas en el manejo y tratamiento de este tipo de personas, por todo el tiempo necesario para su curación.

Existen casos en los cuales durante el procedimiento jurídico ordinario, la persona sufre una enfermedad mental, que lo incapacita para saber y conocer de sus actos y por lo tanto para poder defenderse; por esta razón se suspende dicho procedimiento hasta la recuperación de su salud mental, ordenándose también su reclusión en una institución especializada en el tratamiento y manejo de este tipo de enfermedades.

Hay ocasiones en las cuales a personas que, encontrándose enfermas

(* Tomado de: Rodríguez Manzanera Luis. (87).

de sus facultades mentales, se les abre un procedimiento, por no haber sido detectadas a tiempo; pero dicho procedimiento despues se suspende con la misma intencionalidad presente en los casos anteriores.

Todas estas resoluciones se denominan Medidas de Seguridad y cada una tiene su correspondencia ó similitud con las resoluciones de los procedimientos ordinarios.

En el primero de los casos, la medida de seguridad equivale a una sentencia y durara el tiempo que requiera la persona para su curación, dando como resultado que una vez obtenida la salud el sujeto quede libre automaticamente. En algunas ocasiones queda a criterio del Juez entregar al sujeto inimputable a sus familiares, en lugar de continuar el procedimiento especial y dictar una medida de seguridad.

En el segundo de los casos la obtención de la salud, da como consecuencia la reapertura del procedimiento inicialmente suspendido y la necesidad de que se dicte una sentencia, toda vez que el sujeto en el momento de la comisión de su delito si era imputable.

En el tercero de los casos al obtener la salud se reanuda el procedimiento y queda a criterio del juez, decretar la libertad ó bien dictar una sentencia.

Todas estas determinaciones de tipo legal se encuentran apoyadas en los articulos 24 inciso 3 y 68 del Código Penal y en los articulos 468 fracción III, 495, 496, 497, 498, 499 del Código de Procedimientos Penales. Como vemos unicamente tres tipos de resoluciones jurídicas pueden ser dictadas en los casos en que se encuentra involucrado un enfermo mental que ha trasgredido una norma:

La implementación de un procedimiento especial para el sujeto inimputable.

La suspensión del procedimiento ordinario por la aparición de una

enfermedad mental en un sujeto imputable.

La suspensión de un procedimiento ordinario en una persona inimputable, por no haberse detectado a tiempo el padecimiento.

Como todas las medidas de seguridad requieren de la curación total del individuo (*), las mismas en ocasiones se convierten en verdaderas cadenas perpetuas, debido a que algunas enfermedades mentales no son curables, propiciando con ello que en ocasiones se tenga la creencia ó se de la impresión de que se castiga más a la enfermedad mental que al ilícito que se cometeo.

El señalamiento gráfico de este tipo de resoluciones y la secuencia legal que sigue cada una de ellas se encuentra marcado en el esquema número 2.

NOTA.- A raíz de las reformas realizadas al Código Penal, las resoluciones jurídicas empleadas para dictaminar acerca de las transgresiones a la ley penal, cometidas por los enfermos mentales, ha sufrido cambios importantes al haber sido modificados los preceptos enunciados en los artículos que sirven como base ó fundamento.

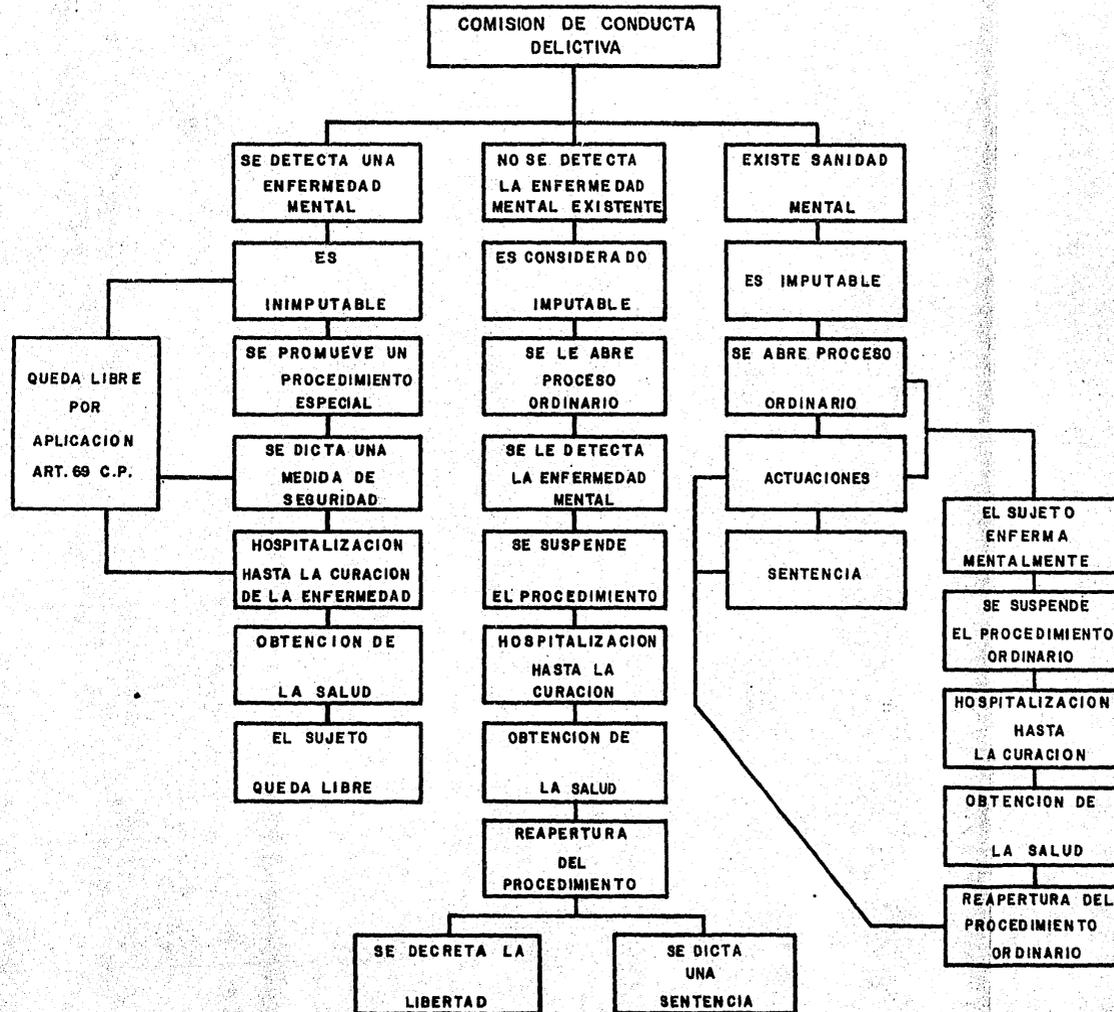
De esta manera, ahora, la forma de enjuiciar a los enfermos mentales queda fundamentada con base en los artículos 24 inciso 3 y 67 del Código Penal; dichos artículos contienen, a la letra, los siguientes preceptos:

Artículo 24.- "Las penas y medidas de seguridad son:

3.- Internamiento ó tratamiento en libertad de inimputables y de quienes tengan el hábito ó la necesidad de consumir estupefacientes ó psicotrópicos."

Artículo 67.- "En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento ó en libertad,

(* Para mayor información y comprensión se sugiere ver Apéndice I.



previo al procedimiento correspondiente.

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

Estas modificaciones se complementan con los artículos 68 y 69 del mismo Código Penal. Estos artículos mencionan -- las siguientes medidas:

Artículo 68.- "Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial ó ejecutora, en su caso, a quienes legalmente correspondiera hacerles 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.

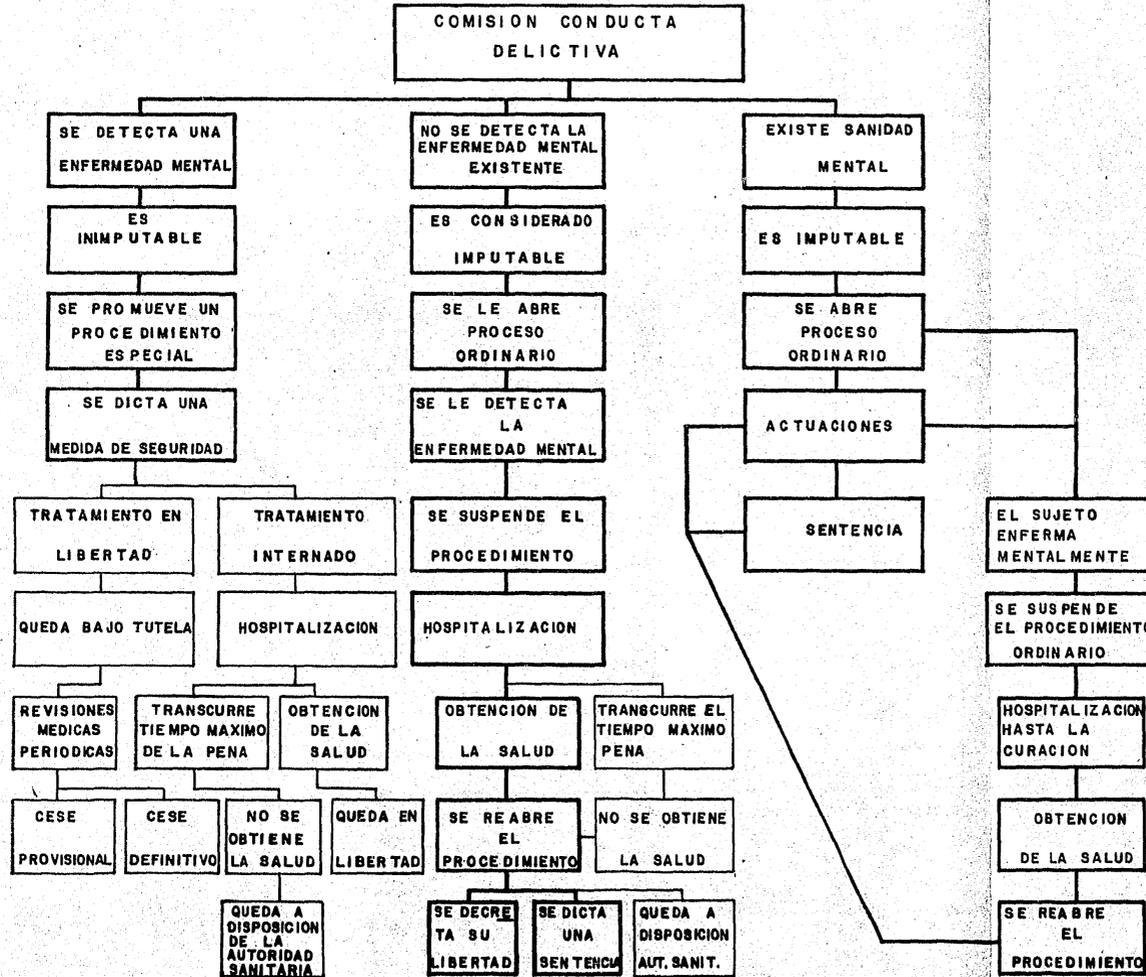
La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación ó conclusión de la medida, en forma provisional ó definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso."

Artículo 69.- "En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el Juez penal, excederá de la duración que corresponde 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."

Los artículos que forman la parte complementaria, son los que realmente representan la importante modificación realizada en los preceptos jurídicos encaminados a juzgar las infracciones penales cometidas por los enfermos mentales; con ellos se ha modificado sustancialmente la práctica jurídica en este aspecto, al contemplar primero el ilícito y después a la enfermedad mental, intentando manejar en

forma conjunta aspectos jurídicos y médicos.

Los cambios en el procedimiento habidos merced a estas reformas se presentan en el esquema número 3.



ESQUEMA 3

□ PROCEDIMIENTOS POSTERIORES A LA REFORMA

□ PROCEDIMIENTOS ANTERIORES QUE SUBSISTEN

3.3.- Que es la Inimputabilidad.

"El médico es el único que puede discernir si un individuo debe ser puesto dentro ó fuera -- del Derecho Común."

JEAN E. DOMINIQUE SQUIROL. 1818.

(*).

"Las causas de que nos estamos ocupando cambian la esencia del hecho convirtiendo el crimen en una desgracia."

LUIS JIMENEZ DE ASUA, (**).

Como hemos dicho que el enfermo mental, es considerado inimputable por encontrarse incapacitado para comportarse en forma libre voluntaria y consciente, como producto de su misma enfermedad.

La inimputabilidad es el aspecto negativo de la imputabilidad y sobre esta se fundamenta casi en su totalidad la culpabilidad. En la imputabilidad son determinantes las capacidades de querer y entender, requisitos indispensables para configurar la culpabilidad, que junto con la tipicidad, antijuricidad y punibilidad constituyen la figura delictiva.

El enfermo mental no es tomado como delincuente, por no poseer las capacidades de querer y entender; capacidades que, como ya vimos son necesarias para que las normas penales consideren exista una conducta delictiva.

(*) Tomado de: Lain Entralgo Pedro. (53).
Historia Universal de la Medicina. Tomo VI.
Salvat Editores S.A. 1977.

(**). Tomado de: Carranca y Trujillo Raul. (18).
Derecho Penal Mexicano. (Parte General).
Editorial Porrus Hnos.

La inimputabilidad es una causa excluyente de responsabilidad penal, que encuentra su fundamento en los artículos 15, 67 y 68 del Código Penal.

Las excluyentes de responsabilidad son aquellas causas que permiten que la acción delictiva no sea tomada como tal, debido a que son capaces de anular ó neutralizar a: la antijuricidad, la culpabilidad ó la punibilidad; convirtiendo a la conducta delictiva solamente en una conducta ilícita. Estas excluyentes de responsabilidad se hacen valer de oficio según lo señala el artículo 17 del mismo Código Penal.

De las excluyentes existen tres tipos principales: Causas de Inimputabilidad, Causas de Inculpabilidad y Causas de Justificación. En las causas de Justificación no hay delito, en las de Inimputabilidad no hay delincuente y en las de Inculpabilidad no hay culpa porque la culpa queda excluida.

Dentro de las causas excluyentes de responsabilidad penal son las comprendidas en los artículos 15 fracción II y 68, las que se refieren ó vislumbran los trastornos ó enfermedades mentales; dictándose en base a ellos la inimputabilidad en este tipo de personas. En dichos artículos se encuentran enunciados solo los siguientes casos:

Inconciencia por empleo de sustancias tóxicas, embriagantes ó estupefacientes, de manera involuntaria ó accidental.

Inconciencia por un estado tóxicoinfeccioso.

Inconciencia por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio.

En los casos en los que locos, idiotas, imbeciles ó los que sufren cualquier otro tipo de enfermedad, debilidad ó anomalías mentales.

NOTA.- Las modificaciones realizadas al Código Penal han propiciado algunas variantes de índole práctica en el momento

de juzgar a las personas que sufren un trastorno mental ó infringen una norma ó ley penal; es así como ahora la inisputabilidad se encuentra de terminada en el mismo código de la siguiente manera:

Artículo 15.- "Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

II.- Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental ó desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, ó conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional ó imprudencialmente."

Como vemos las reformas habidas continúan considerando a los enfermos mentales como inimputables, diferenciándolos - ahora, de aquellos otros en los cuales los trastornos mentales que presentan son provocados ó propiciados en forma imprudencial ó intencionalmente por los mismos sujetos. De esta forma el espíritu enmarcado en - la teoría jurídica es aún vigente y los cambios presentes solamente se ven reflejados en el momento de llevarlos a la práctica.

3.4.- Que son las Medidas de Seguridad.

"Hay hombres que nunca debieron entrar a una prisión, así como hay otros que nunca debieran salir de ella".

MARIANO RUIZ DE FUNES. (*).

Las Medidas de Seguridad son uno de los dos tipos de recursos legales que decretan las leyes penales mexicanas, cuyo objetivo es proteger y prevenir a la sociedad de todos aquellos actos ilícitos que puedan volver a ser cometidos por las personas que son consideradas inimputables, por las leyes penales y que por lo tanto se encuentran privadas de su libertad ó en aquellos casos en los cuales la peligrosidad del sujeto delincente hace necesario se aplique esta sanción, para que con ella se dé la protección requerida por la sociedad ante este tipo de sujetos.

Como las medidas de seguridad no son correctivas, ni se busca con ellas la expiación, el pago ó la exención de una culpa, las mismas son indeterminadas ó indefinidas; es decir no se sabe por cuanto tiempo van a ser aplicadas ni en que tiempo van a dejarse de aplicar.

La aplicación ó dictaminación de una medida de seguridad tiene lugar cuando:

Se trate de sistemas de seguridad ó preservación para los delincentes defectuosos, cuyo estado psíquico sin ser enfermos mentales propiamente dichos, no permite la aplicación de una pena propiamente dicha (por ejemplo: el caso de los sujetos sordomudos).

Cuando se trata de proteger a la sociedad de un delincuente peligroso, el cual además ha tenido múltiples ingresos a los diferentes medios de reclusión ó penitenciarias.

(*) Tomado de: Rodríguez Menzadora Luis. (87).
CRIMINOLOGIA, en Manual de Introducción a las Ciencias Penales.
INACIPE/ Enseñanza 5.

El sistema de curación para los delincuentes que enferman mentalmente, en establecimientos especiales.

El sistema de curación para los enfermos mentales que tregreden -- las normas penales, en establecimientos especiales.

Los procesos educativos y de readaptación implementados para los menores de edad que infringan las leyes penales.

Este tipo de resoluciones se encuentran fundamentadas en los artículos 24, 67 y 68 del Código Penal.

NOTA.- Con las reformas realizadas al Código Penal, los postulados teóricos referentes a las medidas de seguridad -- han sido modificados, en los aspectos relacionados con los enfermos mentales considerados inimputables, al quedar asentada, también en el artículo 69 del mismo código, la determinación del tiempo máximo que deberá durar una medida de seguridad.

Esta modificación señala como punto importante la limitación de una medida de seguridad, evitando de esta manera las "Cadenas Perpetuas" en que solían convertirse las medidas de seguridad en el caso de pacientes incurables, los que muchas veces se encuentran detenidos aún por infracciones menores.

3.5.- Procedimientos que se Utilizan para Externar a un Enfermo Mental que se Encuentra Recluido por haber Cometido un Ilícito.

Hasta este momento ya se han mencionado todas las situaciones a las que se enfrenta el enfermo mental que comete un ilícito, a las que se enfrenta el delincuente que enferma mentalmente y a las que se enfrenta el enfermo mental que no es detectado como tal en un principio.- A continuación se indicaran los procedimientos que se manejan para externar a este tipo de personas, tanto de las instituciones hospitalarias como de las instituciones penitenciarias en las que se encuentran recluidas.

Sabemos que solo existen dos tipos de resoluciones jurídicas posibles de aplicar, en cualquiera de los casos en los que se trata con enfermos mentales que han infringido las normas penales; la implementación de un procedimiento especial con la subsecuente dictaminación de una medida de seguridad ó la suspensión del procedimiento ordinario, que en sí también puede ser considerada una medida de seguridad; ambos procedimientos están encaminados a procurar restablecer la salud mental del individuo.

Estas resoluciones por ser indefinidas ó indeterminadas no tienen tiempo límite, pudiéndose mantener la aplicación de cualquiera de ellas por varios años; sin embargo el artículo 69 del Código Penal es un recurso que, utilizado en el momento adecuado, puede permitir se suspenda ó no se aplique cualquiera de estas dos medidas, propiciando con ello que el enfermo mental quede en libertad, bajo el cuidado de personas responsables, siempre y cuando el Juez considere que el bien jurídico protegido no se encuentre amenazado, en virtud de que el riesgo social sea bajo ó este ausente.

Hay casos en los cuales al enfermo mental, que se le ha aplicado -

una medida de seguridad, se le controla medicamente dentro de un hospital, sin que con ello se diga se encuentra totalmente curado y a solicitud de persona ó institución responsable que garantice el adecuado control y cuidado del paciente, en el exterior, la Dirección General de -- Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social procede de -- acuerdo a los lineamientos que se siguen para la aplicación del artículo 69, con el fin de externar a esta persona; sin que en sentido estricto sea aplicado este artículo, por no conferir ese derecho a este organismo.

Estos dos procedimientos solo son aplicables a sujetos que son -- inimputables; quedando excluidos los delincuentes que enferman mentalmente dentro de las instituciones penitenciarias, ya que en el momento de la comisión del delito si eran imputables.

NOTA.- Algunos de los conceptos teóricos aquí mencionados se han modificado al entrar en vigor las reformas al Código Penal, que determinan el tiempo máximo que debe durar una medida de seguridad, indicada penalmente, y ratificada por la D.E.S.C.P.R.S.. Esta -- enunciación se encuentra también indicada en el artículo 69 del mismo -- Código.

Por otra parte la segunda posibilidad mencionada en el texto ha quedado ya bien definida al ser prevista claramente en el artículo 68.

4.- METODOLOGIA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

4.1.- Características de la Muestra.

Los parámetros que se utilizaron para elegir a los sujetos que -- formen la muestra de esta investigación fueron:

-- Personas recluidas en el Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal.

-- Que hayan sido diagnosticadas con cualquier de estas enfermedades mentales.

Psicosis Esquizofrénica, en cualquiera de sus tipos.

Oligofrenia, en cualquiera de sus tipos.

Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias.

-- Que sean mayores de 18 años y menores de 55.

-- Las variables:

Sexo.

Estado Civil.

Ocupación.

Escolaridad.

No son posibles de controlar por existir -- dentro de la población sujetos de ambos sexos, varios tipos de estado civil, múltiples ocupaciones y diversos niveles escolares.- Estos datos solo se mencionaran, dentro de los resultados, como aspectos adicionales a la información proporcionada por la investigación.

4.2.- Material y Procedimiento.

Para recabar los datos necesarios en esta investigación, se utilizaron los expedientes Clínico y Jurídico de las personas que quedaron incluidas en la muestra.

El expediente Clínico esta constituido por:

- Historia Clínica.
- Notas de Evolución.
- Informes de Salud.
- Estudio Psicológico.
- Estudios de Trabajo Social.
- Estudio Sociológico.
- Estudio Criminológico.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Documentación Médica de Traslado.

El expediente Jurídico contiene todos aquellos aspectos relacionados con la Situación Jurídica que guarda el sujeto.

Estos expedientes se revisaron para extraer los siguientes datos:

- Nombre. (En siglas).
- Sexo.
- Edad.
- Estado Civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Diagnóstico.
- Delito.
- Situación Jurídica.

Datos con los que propiamente fue realizada la investigación.

4.3.- Manejo Estadístico de los Datos.

Debido a que la enfermedad mental y el tipo de ilícito son variables que no pueden cuantificarse en forma exacta y como sabemos, para realizar una Prueba de Hipótesis ó Ensayo de Significación; es decir para contrastar las hipótesis (Nula y Alterna) es necesario conocer una serie de datos apriori que nos permitan sustentar la Hipótesis de Trabajo (en nuestro estudio determinar si el ilícito cometido depende de la enfermedad mental); como dicha información no existe, de acuerdo a la revisión exhaustiva realizada en la bibliografía especializada (*), no fue posible contrastar nuestras hipótesis con este procedimiento estadístico, concretándonos únicamente a cuantificar las proporciones de ilícitos que dependen de las enfermedades mentales consideradas.

A través de dichas proporciones nos dimos cuenta que existe una alta proporción en algunos casos, lo que haría posible que en el futuro al realizar investigaciones de contenido similar se puedan, ahora sí, contrastar, comprobar y determinar las hipótesis enunciadas en este trabajo.

(*) Secretaría de Gobernación. (92).

Academia Mexicana de Ciencias Penales. (1).

Instituto Nacional de Ciencias Penales. (49).

Centro de Información Científica y Humanística. U.N.A.M. (98).

Dirección de Prevención y Readaptación Social del Gobierno del Estado de México. (67).

4.4.- Hipótesis.

Las hipótesis con las que se pretendió trabajar en esta investigación fueron:

- Hipótesis de Trabajo.- (H. 1). La enfermedad mental determina en forma directa el tipo de ilícito que se comete.
- Hipótesis Alternativa.- (H. v). Solamente al gun tipo de enfermedad mental determina en forma directa el tipo de ilícito que se comete.
- Hipótesis Nula.- (H. 0). La enfermedad mental no determina en ninguna forma el tipo de ilícito que se comete.

4.5.- Resultados de la Investigación.

Los datos utilizados para realizar esta investigación proporcionaron los siguientes resultados:

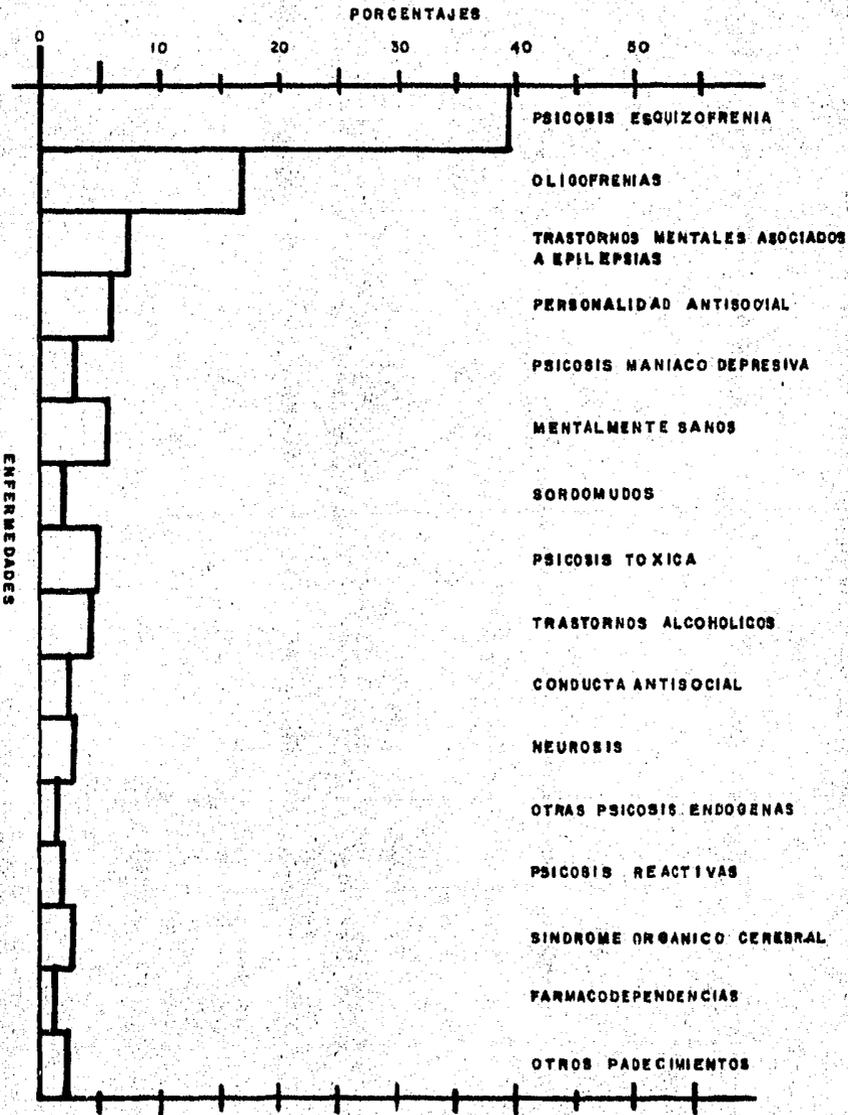
El número total de pacientes que ingresaron al extinto Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal, fueron 740 presentando -- los padecimientos siguientes:

Psicosis Esquizofrénica.	290	39.20%
Oligofrenia.	125	16.90%
Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias.	53	7.20%
Personalidad Antisocial.	44	5.94%
Psicosis Maníaco Depresiva.	21	2.83%
Mentalmente Sanos.	41	5.54%
Sordomudos.	13	1.75%
Psicosis Tóxicas.	34	4.59%
Trastornos Alcohólicos.	31	4.18%
Conducta Antisocial.	16	2.16%
Neurosis.	17	2.29%
Otras Psicosis Endógenas.	11	1.48%
Psicosis Reactivas.	10	1.35%
Síndrome Orgánico Cerebral.	14	1.89%
Farmacodependencias.	8	1.08%
Otros Padecimientos.	<u>12</u>	<u>1.62%</u>
TOTAL.	740	100.00%

De este universo (Esquematizado en la Gráfica # 1) se obtuvo la muestra que sirvió de base para el estudio e investigación de la relación existente entre las variables Enfermedad Mental y Tipo de Ilícito cometido.

GRAFICA I

ENFERMEDADES
DIAGNOSTICO PRINCIPAL



Las enfermedades que componen la muestra son las tres que tuvieron la mayor frecuencia de presentación, siendo estas: Psicosis Esquizofrénica, Oligofrenia y Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias.

Estos tres padecimientos comprenden el 63.30% del total de pacientes que ingresaron a la institución que sirvió de escenario a esta investigación; habiendo sido el número de casos incluidos en esta muestra de 468.

La proporción que guardan entre sí, dentro de la muestra, es la siguiente:

Psicosis Esquizofrénica.	290	61.96%
Oligofrenia.	125	26.70%
Trastornos Mentales Asoc. a Epilepsias.	<u>53</u>	<u>11.34%</u>
TOTAL.	468	100.00%

Estos datos se presentan en la Gráfica # 2.

El número total de infracciones ó ilícitos cometidos por los pacientes incluidos en la muestra fue de 664; estos ilícitos fueron agrupados en los siguientes tipos; se indica el número y porcentajes que a cada uno de ellos corresponde.

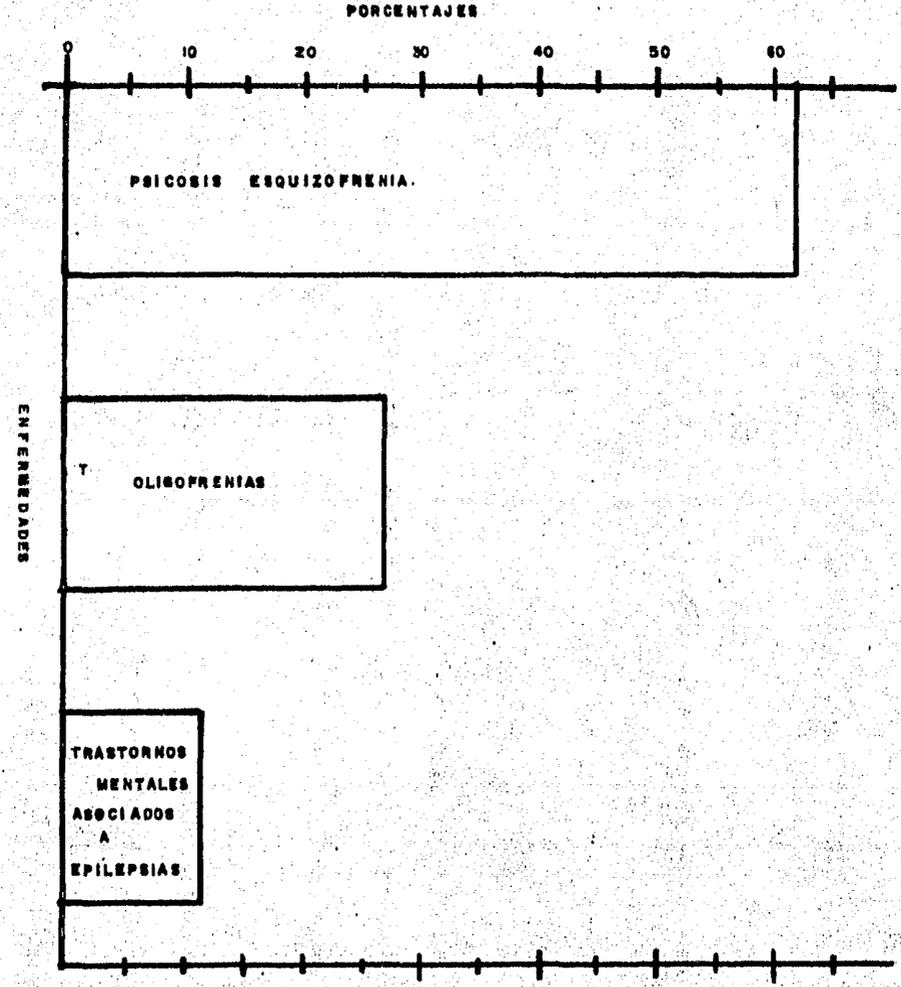
Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	278	41.86%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	265	39.90%
Ilícitos Sin Objeto Específico.	82	12.34%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>39</u>	<u>5.90%</u>
TOTAL.	664	100.00%

La representación esquemática de estos datos se encuentra en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 3.

Los ilícitos específicos que dan origen y componen los cuatro tipos

GRAFICA 2



mencionados son los siguientes:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (278 Ilícitos).

Lesiones.	133	47.84%
Homicidio.	53	19.06%
Ateque Peligroso.	24	8.63%
Portación de Arma Prohibida.	39	14.02%
Amenazas.	<u>29</u>	<u>10.45%</u>
TOTAL.	278	100.00%

En Contra del Patrimonio. (265 Ilícitos).

Robo.	135	50.95%
Daño en Propiedad Ajena.	124	46.79%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>6</u>	<u>2.26%</u>
TOTAL.	265	100.00%

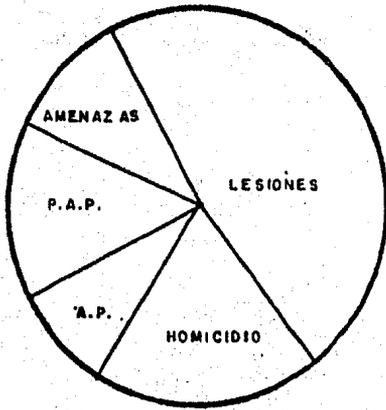
Sin Objetivo Especifico. (82 Ilícitos).

Contra la Salud.	12	14.65%
Contra las Vías de Comunicación.	7	8.54%
Allanamiento de Morada.	11	13.41%
Vagancia.	14	17.07%
Malvivencia.	14	17.07%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>24</u>	<u>29.26%</u>
TOTAL.	82	100.00%

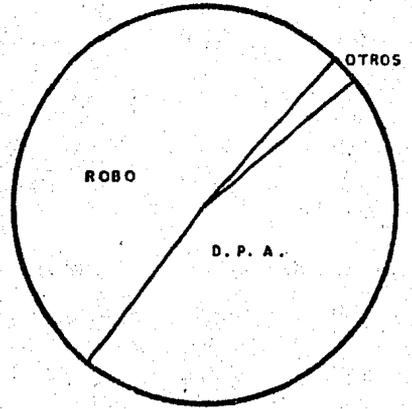
De Tipo Sexual. (39 Ilícitos).

Violación.	35	89.75%
Atentados al Pudor.	<u>4</u>	<u>10.25%</u>
TOTAL.	39	100.00%

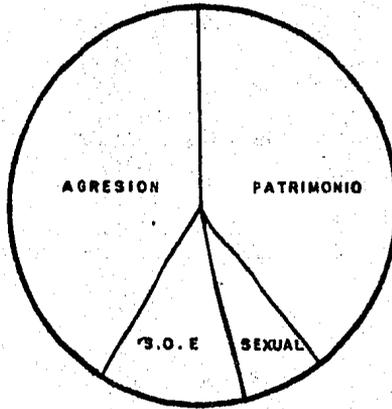
Estos datos se encuentran señalados en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 3.



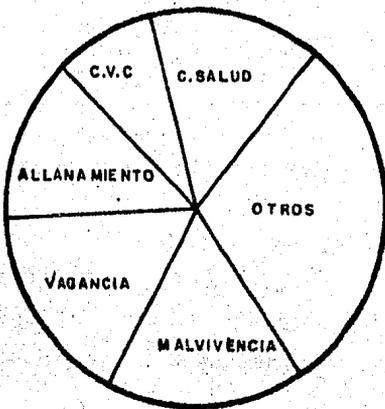
TIPO AGRESION



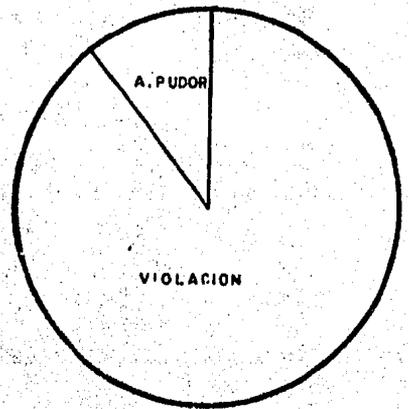
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS MUESTRA TOTAL

GRAFICA 3

De el total de infracciones ó ilícitos cometidos por los pacientes que se incluyeron en la muestra los que fueron diagnosticados con: Psicosis Esquizofrénica cometieron 413 distribuidos de la siguiente forma:

Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	199	48.18%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	156	37.77%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	46	11.15%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>12</u>	<u>2.90%</u>
TOTAL.	413	100.00%

Los datos aquí señalados se esquematizan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 4.

En este grupo de pacientes los ilícitos que originan y componen los tipos específicos son:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (199 Ilícitos).

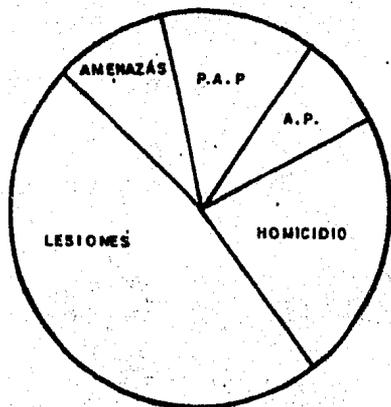
Lesiones.	94	47.23%
Homicidio.	45	22.61%
Ataque Peligroso.	16	8.05%
Portación de Arma Prohibida.	24	12.06%
Amenazas.	<u>20</u>	<u>10.05%</u>
TOTAL.	199	100.00%

En Contra del Patrimonio. (156 Ilícitos).

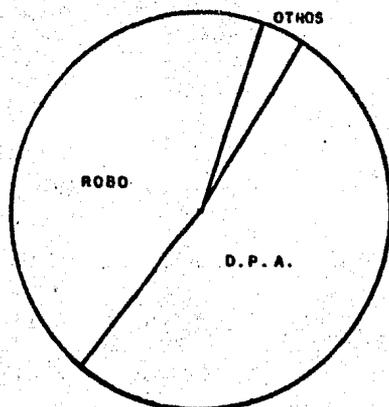
Robo.	70	44.88%
Daño en Propiedad Ajena.	81	51.92%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>5</u>	<u>3.20%</u>
TOTAL.	156	100.00%

Sin Objetivo Específico. (46 Ilícitos).

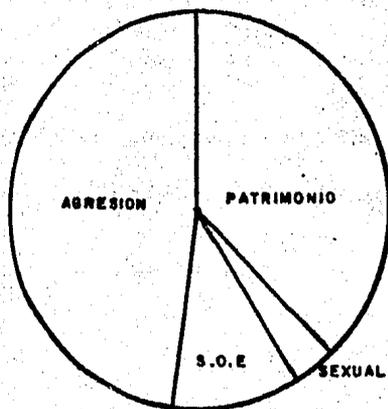
Contra la Salud.	9	19.56%
Contra las Vías de Comunicación.	7	15.21%



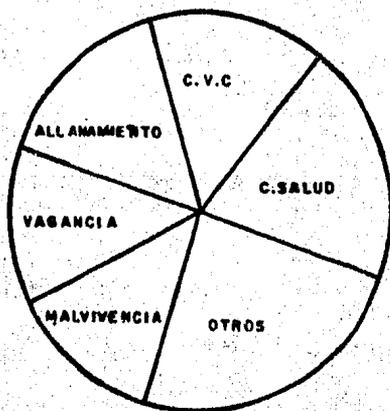
TIPO AGRESION



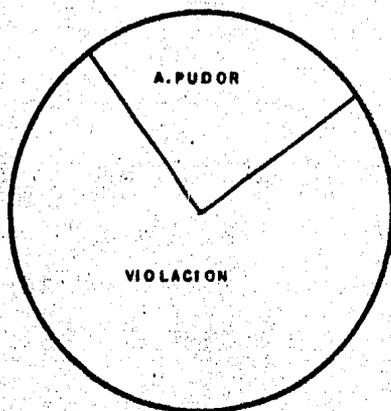
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA

GRAFICA 4

Allanamiento de Morada.	7	15.21%
Vagancia.	6	13.05%
Malvivencia.	6	13.05%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>11</u>	<u>23.91%</u>
TOTAL.	46	100.00%

De Tipo Sexual. (12 Ilícitos).

Violación.	9	75.00%
Atentados al Pudor.	<u>3</u>	<u>25.00%</u>
TOTAL.	12	100.00%

Estos datos se presentan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 4.

En los enfermos cuyo diagnostico fue: Oligofrenia se describen los siguientes datos y cifras; el total de ilícitos cometidos por este tipo de pacientes fue de 178, quedando distribuidos de la siguiente forma:

Ilícitos con Agresión Física 6

Verbal a Personas.	48	26.96%
Ilícitos en Contro del Patrimonio.	80	44.95%
Ilícitos Sin Objetivo Especifico.	31	17.42%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>19</u>	<u>10.67%</u>
TOTAL.	178	100.00%

Los datos aqui señalados se encuentran esquematizados en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 5.

El tipo de ilícitos cometidos por este tipo de pacientes que originan a los mismos tipos enunciados se distribuyen como sigue:

Agresión Física 6 Verbal a Personas. (48 Ilícitos).

Lesiones.	20	41.66%
Homicidio.	7	14.58%
Ataque Peligroso.	4	8.35%

Parteción de Arma Prohibida.	10	20.83%
Amenazas.	<u>7</u>	<u>14.58%</u>
TOTAL.	48	100.00%

En Contra del Patrimonio. (80 Ilícitos).

Robo.	50	62.50%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>30</u>	<u>37.50%</u>
TOTAL.	80	100.00%

Sin Objetivo Especifico. (31 Ilícitos).

Contra la Salud.	3	9.68%
Allanamiento de Morada.	3	9.68%
Vagancia.	7	22.58%
Melvivencia.	7	22.58%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>11</u>	<u>35.48%</u>
TOTAL.	31	100.00%

De Tipo Sexual. (19 Ilícitos).

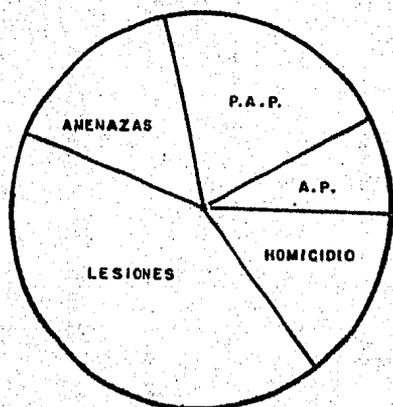
Violación.	18	94.73%
Atentados al Pudor.	<u>1</u>	<u>5.27%</u>
TOTAL.	19	100.00%

Estos datos se señalan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 5.

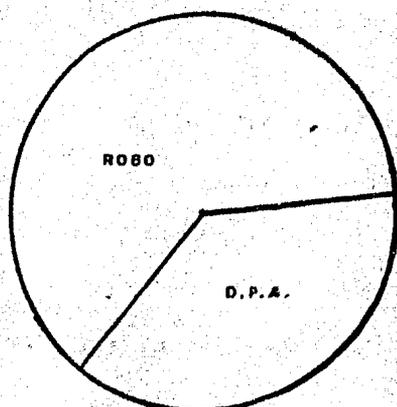
Los casos en los cuales se diagnostico Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias, presentaron los siguientes datos: El total de ilícitos cometidos fue de 73 y se distribuyeron como sigue:

Ilícitos con Agresión Física 6

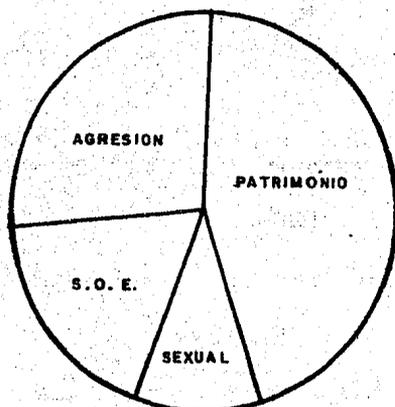
Verbal a Personas.	31	42.46%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	29	39.75%
Ilícitos Sin Objetivo Especifico.	5	6.84%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>8</u>	<u>10.95%</u>
TOTAL.	73	100.00%



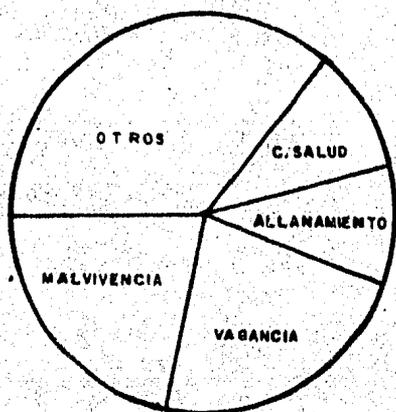
TIPO AGRESION



TIPO PATRIMONIO

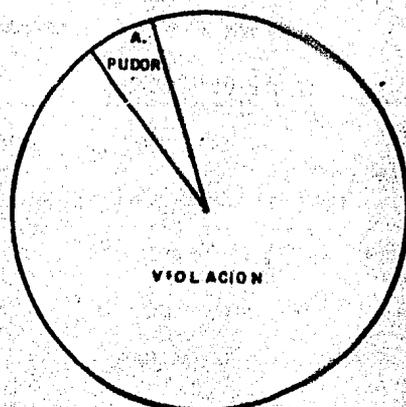


TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E

ILICITOS-OLIGOFRENIA



TIPO SEXUAL

Estos datos se encuentran señalados en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 6.

Con respecto a los ilícitos que dan origen a estos tipos se reporta lo siguiente:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (31 Ilícitos).

Lesiones.	19	61.29%
Homicidio.	1	3.24%
Ataque Peligroso.	4	12.90%
Portación de Arma Prohibida.	5	16.21%
Amenazas.	<u>2</u>	<u>6.45%</u>
TOTAL.	31	100.00%

En Contra del Patrimonio. (29 Ilícitos).

Robo.	15	51.73%
Daño en Propiedad Ajena.	13	44.82%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>1</u>	<u>3.45%</u>
TOTAL.	29	100.00%

Sin Objetivo Especifico. (5 Ilícitos).

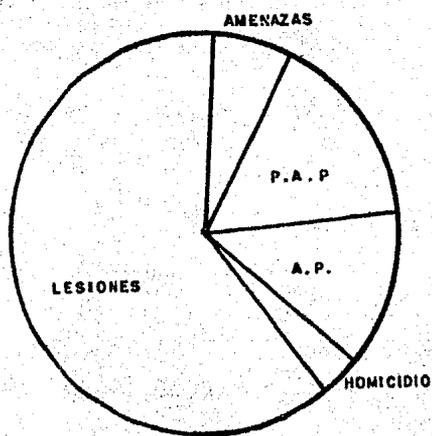
Allanamiento de Morada.	1	20.00%
Vagancia.	1	20.00%
Malvivencia.	1	20.00%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>2</u>	<u>40.00%</u>
TOTAL.	5	100.00%

De Tipo Sexual. (8 Ilícitos).

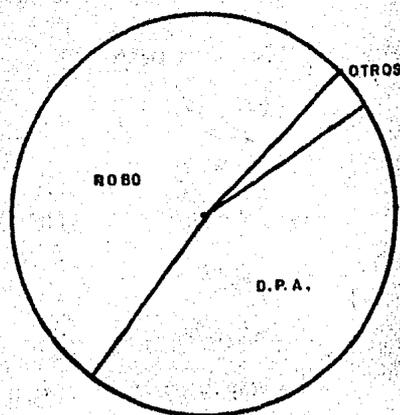
Violación.	<u>8</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	8	100.00%

Los datos aquí señalados se encuentran esquematizados en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 6.

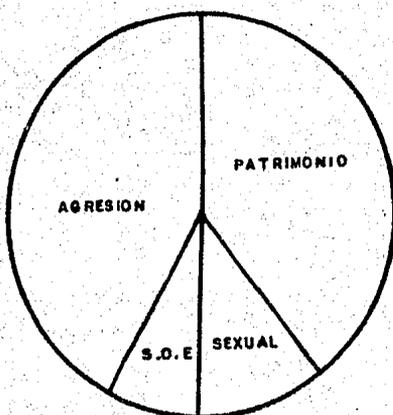
Los resultados hasta aquí descritos comprenden solo los aspectos -



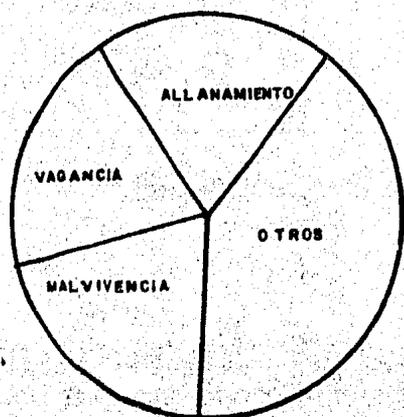
TIPO AGRESION



TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A EPILEPSIAS

GRAFICA 6

generales de los padecimientos. Es necesario por ello mencionar que la Psicosis Esquizofrénica y la Dligofrenia manejan cuadros específicos dentro de su nomenclatura (consultar apartados 2.2.1. y 2.2.2); por ello se ha tenido que también especificar los resultados particulares de cada una de esas formas. Estos resultados son:

En la Psicosis Esquizofrénica, como ya se menciona, se presentaron 290 casos que se distribuyeron conforme a los siguientes subtipos de su clasificación:

Psicosis Esquizofrénica de Tipo Simple.	27	9.32%
Psicosis Esquizofrénica de Tipo Hebefrenica.	8	2.75%
Psicosis Esquizofrénica de Tipo Catatonica.	1	0.35%
Psicosis Esquizofrénica de Tipo Paranoide.	195	67.25%
Psicosis Esquizofrénica de Tipo Esquizoafectiva.	8	2.75%
Psicosis Esquizofrénica de Tipo Indiferenciada.	<u>51</u>	<u>17.58%</u>
TOTAL.	290	100.00%

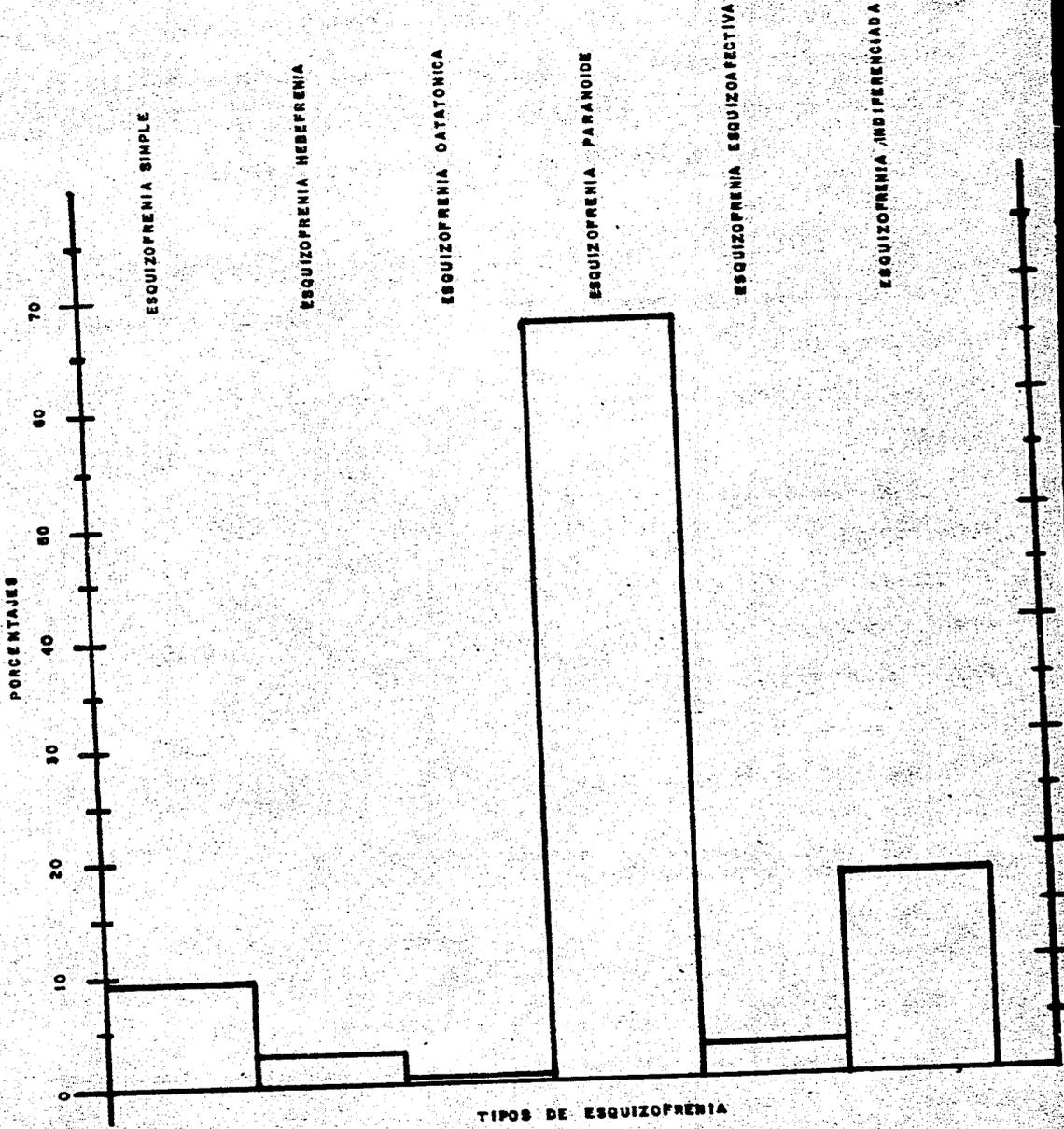
Estos datos se encuentran señalados en la Gráfica # 7.

Los ilícitos ó infracciones que fueron cometidos por estos pacientes son:

En los casos cuyo diagnóstico fue: Psicosis Esquizofrénica de Tipo Simple se detectaron 38 ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	11	28.95%
--------------------	----	--------



GRAFICA 7

Ilícitos en Contra del Patrimonio.	17	44.74%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	8	21.05%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>2</u>	<u>5.26%</u>
TOTAL.	38	100.00%

Estos datos se señalan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 8.

Con respecto a los ilícitos específicos que dan origen a este tipo de clasificación se mencionan:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (11 Ilícitos).

Lesiones.	9	81.82%
Homicidio.	1	9.09%
Amenazas.	<u>1</u>	<u>9.09%</u>
TOTAL.	11	100.00%

En Contra del Patrimonio. (17 Ilícitos).

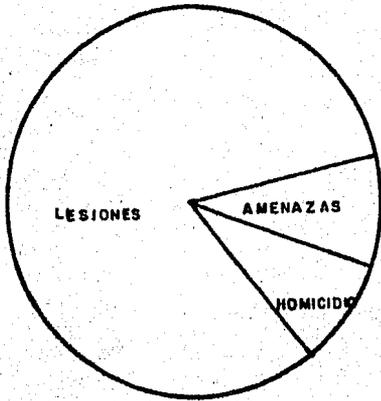
Robo.	11	64.70%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>6</u>	<u>35.30%</u>
TOTAL.	17	100.00%

Sin Objetivo Específico. (8 Ilícitos).

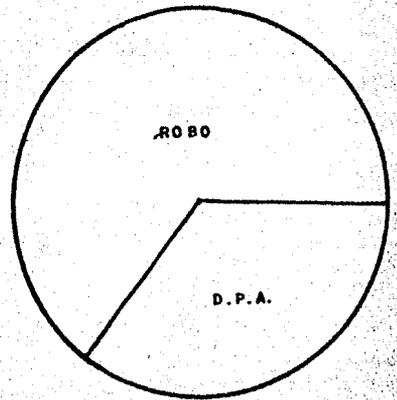
Contra la Salud.	2	25.00%
Contra las Vías de Comunicación.	1	12.50%
Allanamiento de Morada.	1	12.50%
Vagancia.	2	25.00%
Malvivencia.	<u>2</u>	<u>25.00%</u>
TOTAL.	8	100.00%

De Tipo Sexual. (2 Ilícitos).

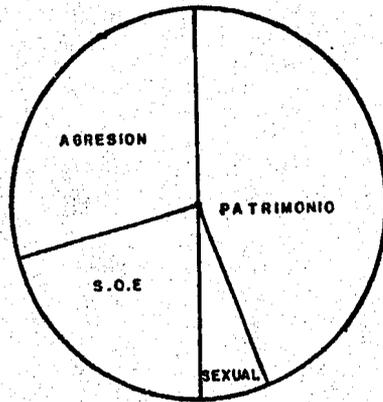
Violación.	1	50.00%
Atentados al Pudor.	<u>1</u>	<u>50.00%</u>
TOTAL.	2	100.00%



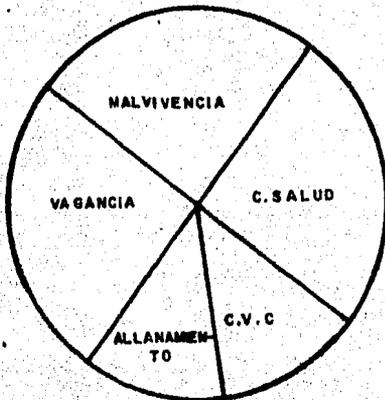
TIPO AGRESION



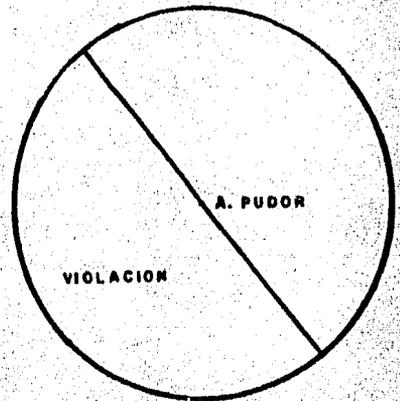
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA SIMPLE

GRAFICA B

Los datos que aquí se señalan se encuentran esquematizados en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 8.

En los casos en que se diagnostico Psicosis Esquizofrénica de Tipo Hebefrenica, se detectaron 10 ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	4	40.00%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	5	50.00%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>1</u>	<u>10.00%</u>
TOTAL.	10	100.00%

Estos datos se encuentran señalados en la Gráfica Central de el -- conjunto de Gráficas # 9.

Los ilícitos que componen cada uno de estos tipos fueron los siguientes:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (4 Ilícitos).

Lesiones.	2	50.00%
Homicidio.	<u>2</u>	<u>50.00%</u>
TOTAL.	4	100.00%

En Contra del Patrimonio. (5 Ilícitos).

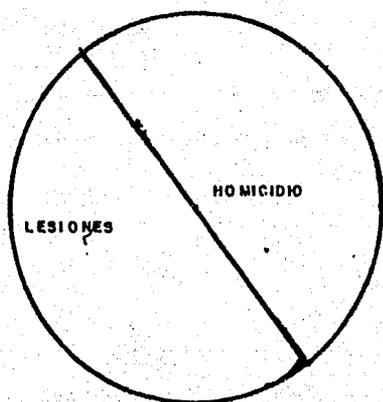
Robo.	2	40.00%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>3</u>	<u>60.00%</u>
TOTAL.	5	100.00%

De Tipo Sexual. (1 Ilícito).

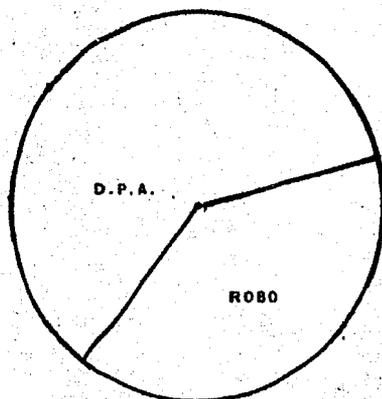
Violación.	<u>1</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	1	100.00%

Estos datos se encuentran esquematizados en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 9.

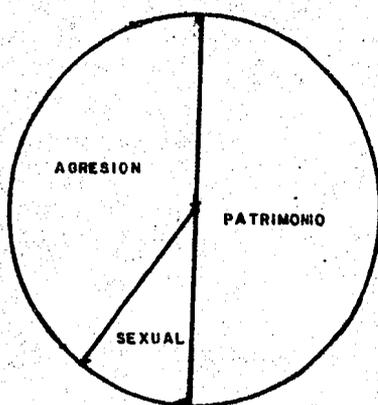
En los pacientes cuyo diagnostico fue: Psicosis Esquizofrénica de



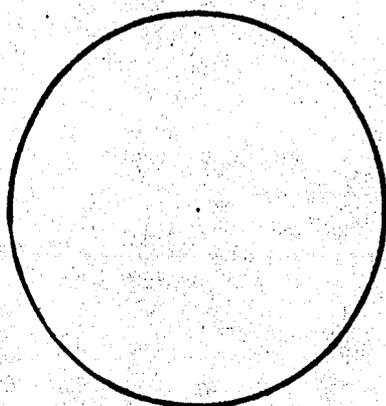
TIPO AGRESION



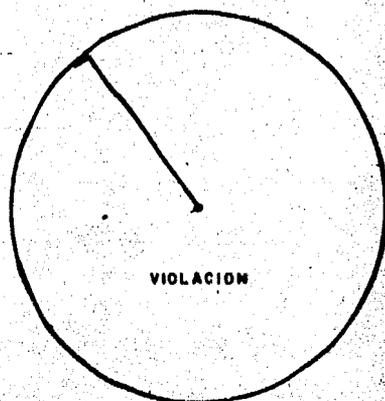
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA HEBEFRENIA

Tipo Catatonica se detectaron 2 ilícitos que corresponden al siguiente tipo:

Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	<u>2</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	2	100.00%

NOTA.- Este dato no es significativo, por que se incluye dentro de la muestra un solo caso.

Este dato se esquematiza en la Gráfica Central de el conjunto de - Gráficas # 10.

En los ilícitos incluidos dentro de este tipo encontramos:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (2 Ilícitos).

Lesiones.	1	50.00%
Homicidio.	<u>1</u>	<u>50.00%</u>
TOTAL.	2	100.00%

Estos datos se señalan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 10.

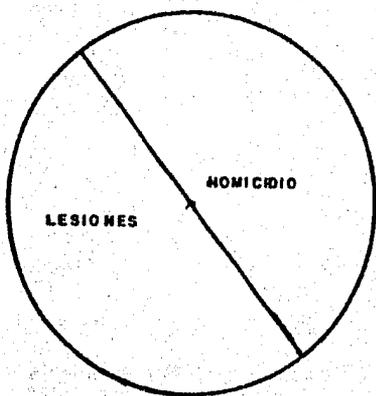
Con respecto a los pacientes diagnosticados con: Psicosis Esquizo-frénica de Tipo Paranoide, se detectaron 182 ilícitos distribuidos de la siguiente manera:

Ilícitos con Agresión Física ó

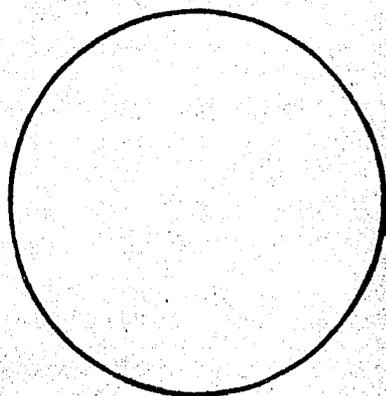
Verbal a Personas.	149	52.84%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	95	33.68%
Ilícitos Sin Objetivo Especifico.	29	10.28%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>9</u>	<u>3.20%</u>
TOTAL.	182	100.00%

Estos datos se mencionan esquematicamente en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 11.

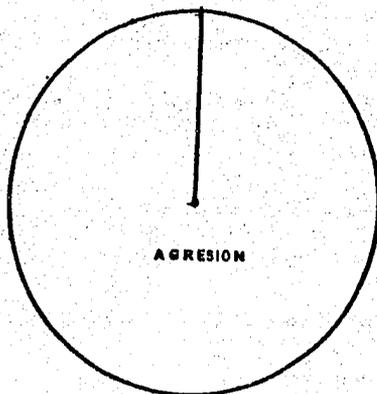
Los ilícitos específicos que dan origen a estos tipos son:



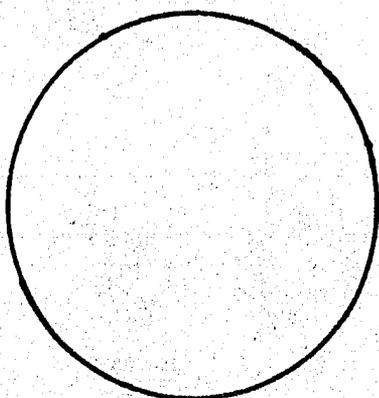
TIPO AGRESION



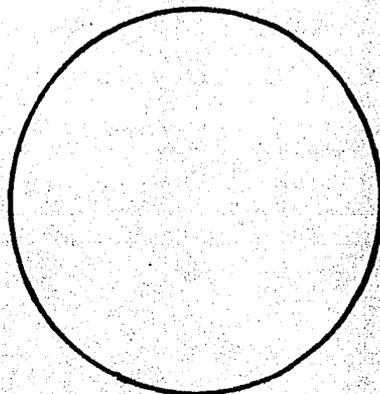
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA CATATONICA

GRAFICA 10

Agresión Física ó Verbal a Personas. (149 Ilícitos).

Lesiones.	62	41.62%
Homicidio.	35	23.48%
Ataque Peligroso.	13	8.73%
Portación de Arma Prohibida.	21	14.09%
Amenazas.	<u>18</u>	<u>12.08%</u>
TOTAL.	149	100.00%

En Contra del Patrimonio. (95 Ilícitos).

Robo.	42	44.22%
Daño en Propiedad Ajena.	50	52.63%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>3</u>	<u>3.15%</u>
TOTAL.	95	100.00%

Sin Objetivo Especifico. (29 Ilícitos).

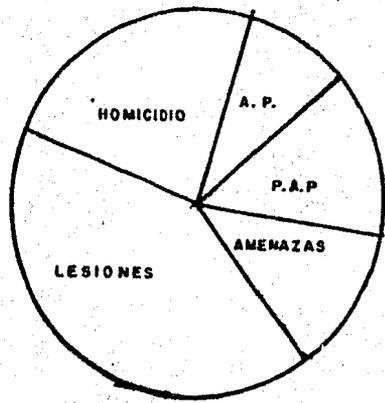
Contra la Salud.	6	20.68%
Contra las Vías de Comunicación.	4	13.79%
Allanamiento de Morada.	5	17.25%
Vagancia.	3	10.35%
Malvivencia.	3	10.35%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>8</u>	<u>27.58%</u>
TOTAL.	29	100.00%

De Tipo Sexual. (9 Ilícitos).

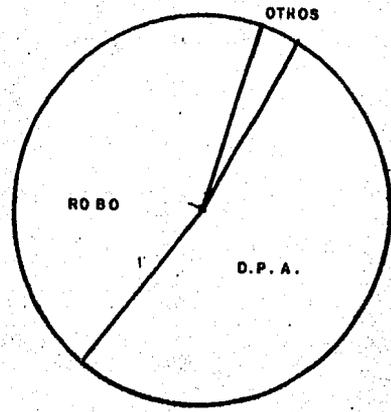
Violación.	6	66.66%
Atentados al Pudor.	<u>3</u>	<u>33.34%</u>
TOTAL.	9	100.00%

Estos datos se esquematizan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 11.

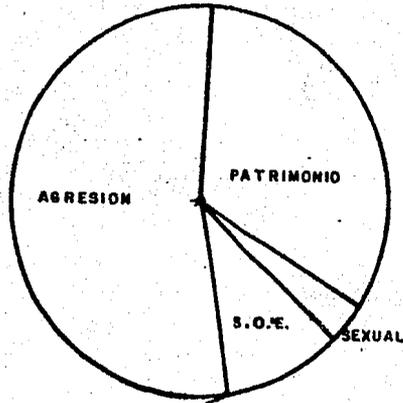
En los casos cuyo diagnostico fue: Psicosis Esquizofrénica de Tipo Esquizopectiva detectamos 10 ilícitos distribuidos en los siguientes -



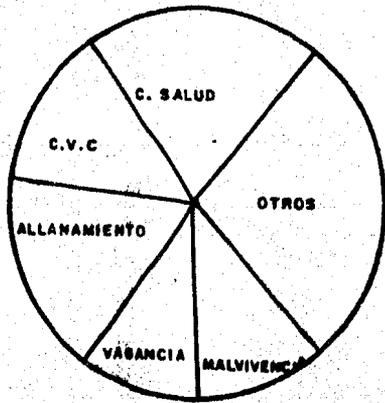
TIPO AGRESION



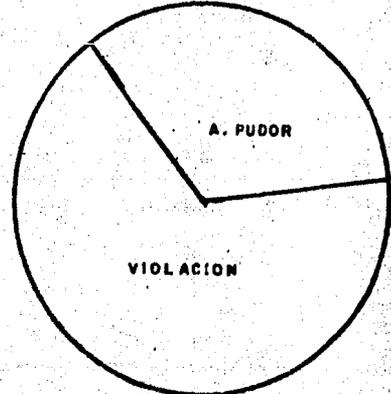
TIPO PATRIMONIO



TIPOS DE ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

GRAFICA II

tipos:

Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	1	10.00%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	7	70.00%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	<u>2</u>	<u>20.00%</u>
TOTAL.	10	100.00%

Los datos anteriores se señalan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 12.

Los ilícitos específicos que originan esta clasificación son:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (1 Ilícito).

Homicidio.	<u>1</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	1	100.00%

En Contra del Patrimonio. (7 Ilícitos).

Robo.	3	42.85%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>4</u>	<u>57.15%</u>
TOTAL.	7	100.00%

Sin Objetivo Específico. (2 Ilícitos).

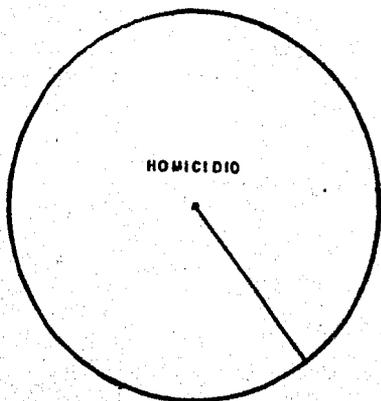
Contra las Vías de Comunicación.	<u>2</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	2	100.00%

Este tipo de datos se señale en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 12.

Los pacientes cuyo diagnostico fue: Psicosis EsquizoPrénica de tipo Indiferenciada cometieron 71 ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

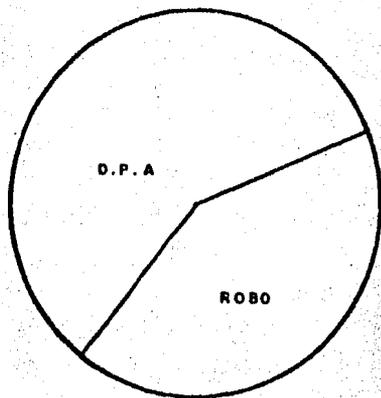
Ilícitos con Agresión Física ó

Verbal a Personas.	31	43.68%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	32	45.07%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	7	9.85%



HOMICIDIO

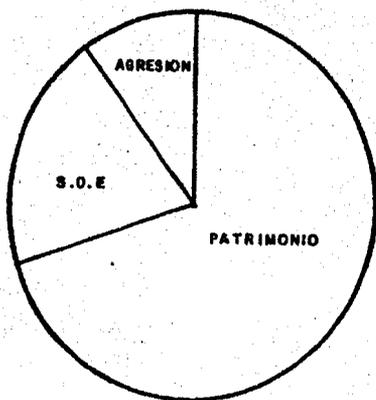
TIPO AGRESION



D.P.A

ROBO

TIPO PATRIMONIO

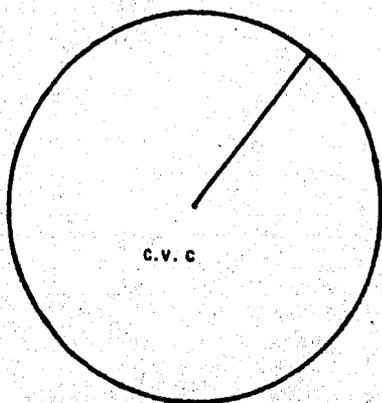


AGRESION

S.O.E

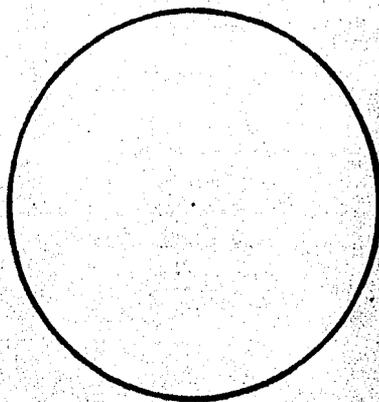
PATRIMONIO

TIPOS DE ILICITO



C.V.C

TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

GRAFICA 12

Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>1</u>	<u>1.40%</u>
TOTAL.	71	100.00%

Estos datos se señalan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 13.

Los ilícitos específicos que propician la creación de estos tipos son:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (31 Ilícitos).

Lesiones.	19	61.29%
Homicidio.	7	22.58%
Ataque Peligroso.	1	3.23%
Portación de Arma Prohibida.	3	9.67%
Amenazas.	<u>1</u>	<u>3.23%</u>
TOTAL.	31	100.00%

En Contra del Patrimonio. (32 Ilícitos).

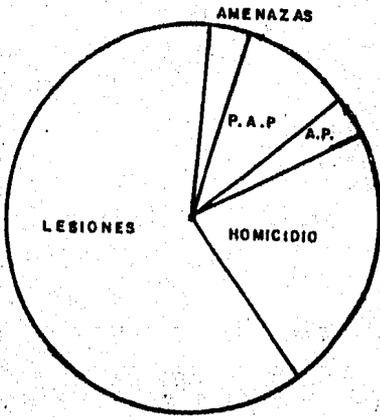
Robo.	12	37.50%
Daño en Propiedad Ajena.	18	56.25%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>2</u>	<u>6.25%</u>
TOTAL.	32	100.00%

Sin Objetivo Especifico. (7 Ilícitos).

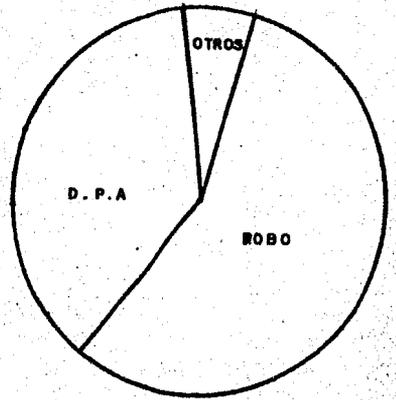
Contra la Salud.	1	14.28%
Allanamiento de Morada.	1	14.28%
Vagancia.	1	14.28%
Malvivencia.	1	14.28%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>3</u>	<u>42.88%</u>
TOTAL.	7	100.00%

De Tipo Sexual. (1 Ilícito).

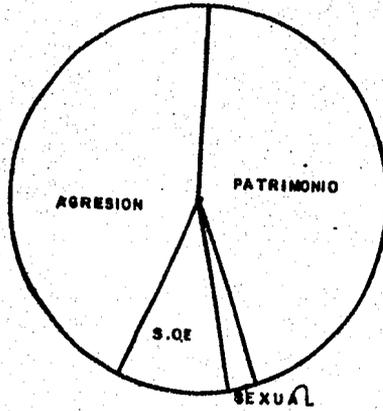
Violación.	<u>1</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	1	100.00%



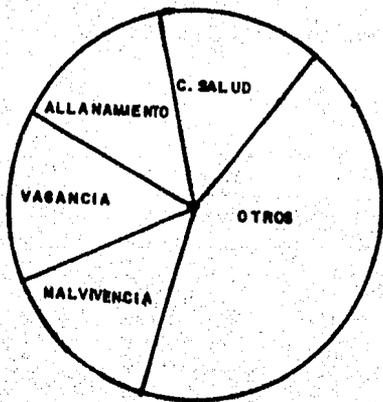
TIPO AGRESION



TIPO PATRIMONIO



TIPOS ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIA DA

Los datos anteriores se esquematizan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 13.

Con respecto a los pacientes cuyo diagnostico fue Oligofrenia, ha quedado asentado se presentaron 125 casos que se distribuyeron en los - subtipos que a continuación se mencionan:

Oligofrenia Tipo Liminer.	45	36.00%
Oligofrenia Tipo Discreta.	19	15.20%
Oligofrenia Tipo Moderada.	56	44.80%
Oligofrenia Tipo Severa.	5	4.00%
Oligofrenia Tipo Grave.	<u>0</u>	<u>0.00%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Esta información se señala en la Gráfica # 14.

Los ilícitos ó infracciones cometidas por estos pacientes son:

En los casos cuyo diagnostico fue: Oligofrenia Tipo Liminer se detectaron 67 Ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

Ilícitos con Agresión Física ó

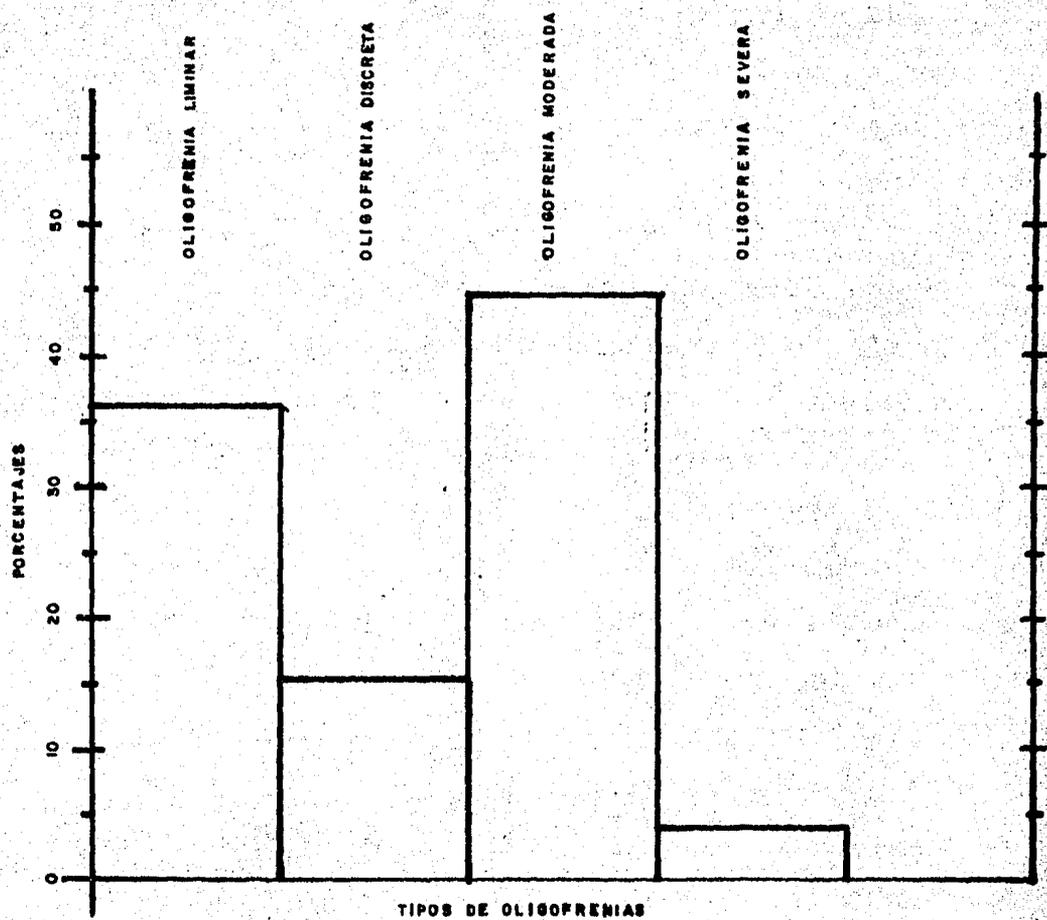
Verbal a Personas.	21	31.35%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	28	41.79%
Ilícitos Sin Objetivo Especifico.	14	20.89%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>4</u>	<u>5.97%</u>
TOTAL.	67	100.00%

Estos datos se esquematizan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 15.

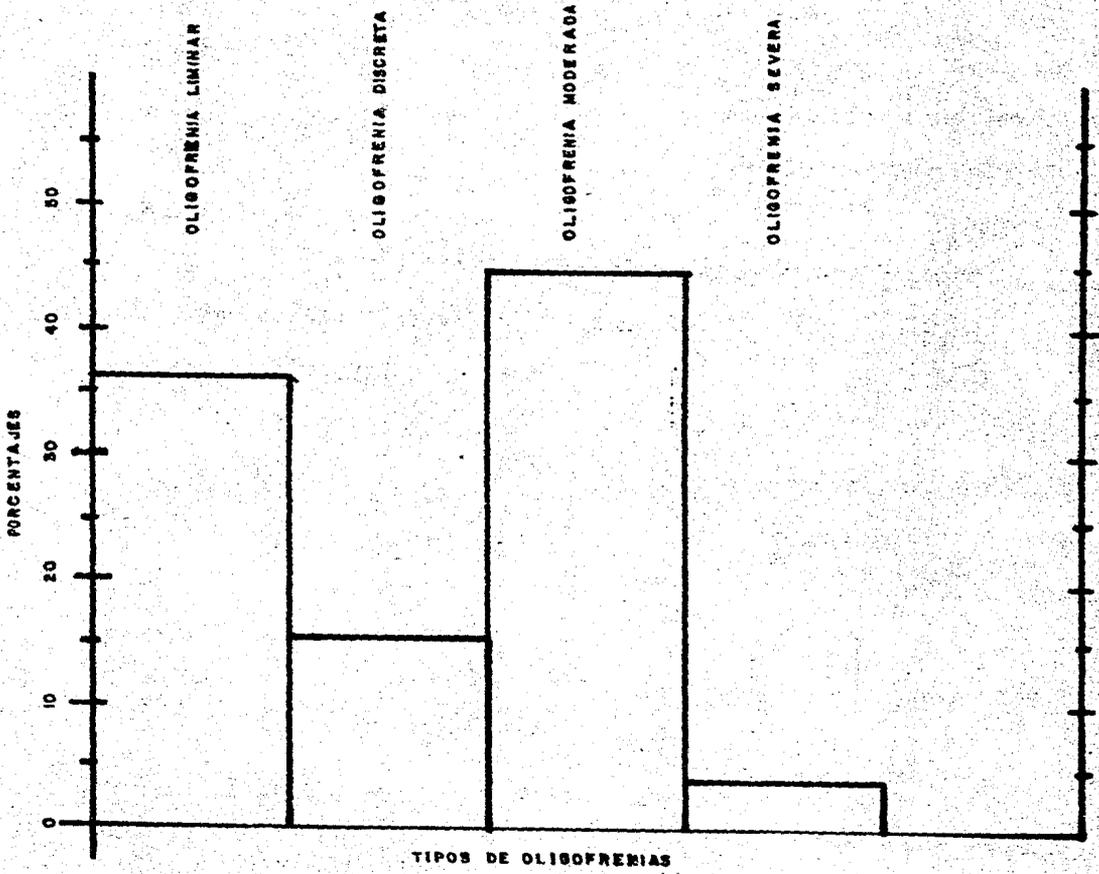
Los ilícitos específicos que dan origen a estos tipos son:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (21 Ilícitos).

Lesiones.	6	28.57%
Homicidio.	4	19.05%
Ataque Peligroso.	3	14.28%



GRAFICA 14



GRAFICA 14

Portación de Arma Prohibida.	6	28.57%
Amenazas.	<u>2</u>	<u>9.53%</u>
TOTAL.	21	100.00%

En Contra del Patrimonio. (28 Ilícitos).

Robo.	20	71.43%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>8</u>	<u>28.57%</u>
TOTAL.	28	100.00%

Sin Objetivo Específico. (14 Ilícitos).

Contra la Salud.	3	21.43%
Vagancia.	3	21.43%
Malvivencia.	3	21.43%
Allanamiento de Morada.	1	7.14%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>4</u>	<u>28.57%</u>
TOTAL.	14	100.00%

De Tipo Sexual. (4 Ilícitos).

Violación.	<u>4</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	4	100.00%

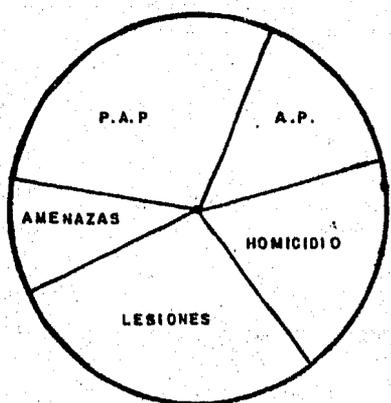
Todos estos datos se señalan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 15.

Los casos diagnosticados con Oligofrenia Tipo Discreta, presentaron 26 ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

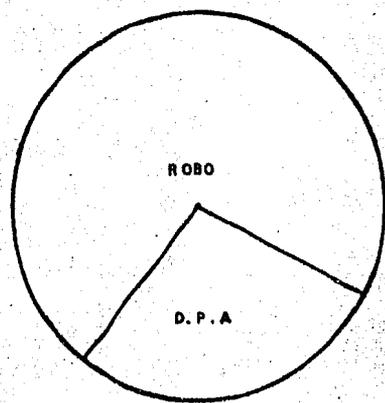
Ilícitos con Agresión Física 6

Verbal a Personas.	10	38.46%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	10	38.46%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	3	11.54%
Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>3</u>	<u>11.54%</u>
TOTAL.	26	100.00%

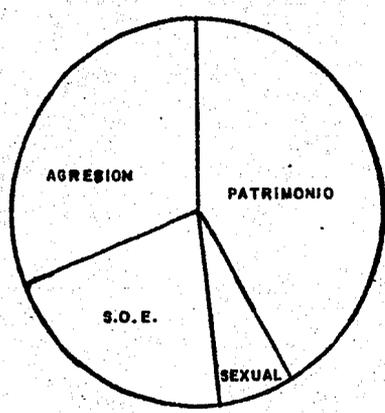
Estos datos se esquematizan en la Gráfica Central de el conjunto -



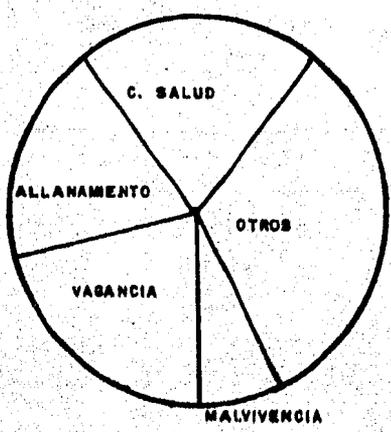
TIPO AGRESION



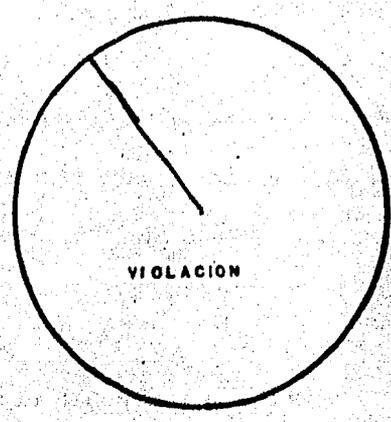
TIPO PATRIMONIO



TIPOS ILICITO



TIPO S.O.E.



TIPO SEXUAL

ILICITOS OLIGOCRANIA LIMINAR

de Gráficas # 16.

Los ilícitos específicos que dan origen a estos tipos son:
Agresión Física ó Verbal a Personas. (10 Ilícitos).

Lesiones.	6	60.00%
Homicidio.	1	10.00%
Portación de Arma Prohibida.	1	10.00%
Amenazas.	<u>2</u>	<u>20.00%</u>
TOTAL.	10	100.00%

En Contra del Patrimonio. (10 Ilícitos).

Robo.	5	50.00%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>5</u>	<u>50.00%</u>
TOTAL.	10	100.00%

Sin Objetivo Específico. (3 Ilícitos).

Vengencia.	1	33.33%
Malvivencia.	1	33.33%
Otros Ilícitos de este tipo.	<u>1</u>	<u>33.34%</u>
TOTAL.	3	100.00%

De Tipo Sexual. (3 Ilícitos).

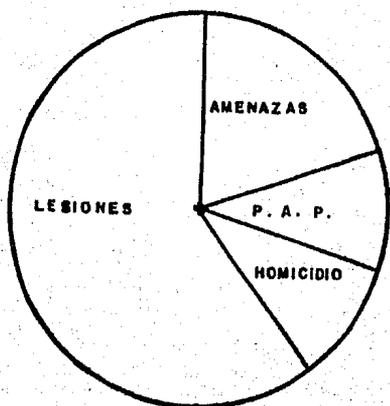
Violación.	<u>3</u>	<u>100.00%</u>
TOTAL.	3	100.00%

Los datos anteriores se encuentran señalados en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 16.

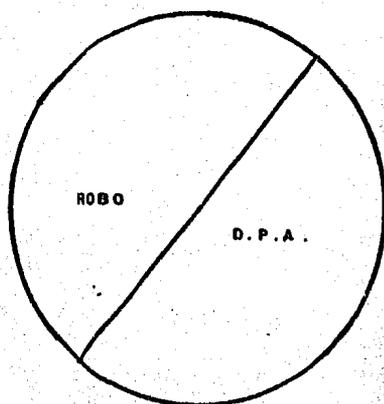
Los pacientes cuyo diagnostico fue: Oligofrenia Tipo Moderada, cometieron 79 ilícitos distribuidos en los siguientes tipos:

Ilícitos con Agresión Física ó

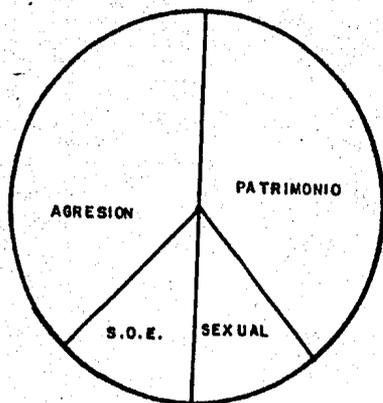
Verbal a Personas.	14	17.73%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	39	49.36%
Ilícitos Sin Objetivo Específico.	14	17.73%



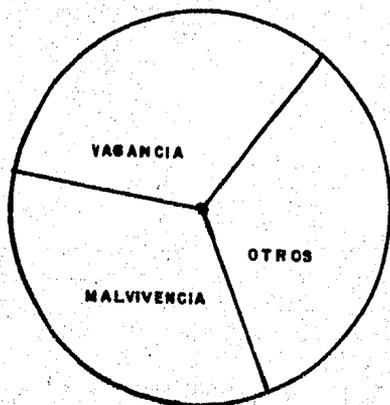
TIPO AGRESION



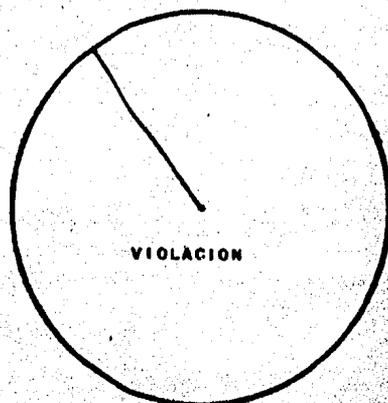
TIPO PATRIMONIO



TIPOS ILICITO



TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS OLIGOFRENIA DISCRETA

GRAFICA 16

Ilícitos de Tipo Sexual.	<u>12</u>	<u>15.18%</u>
TOTAL.	79	100.00%

Estos datos se señalan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 17.

Los ilícitos específicos que dan origen a estos tipos son:

Agresión Física ó Verbal a Personas. (14 Ilícitos).

Lesiones.	7	50.00%
Homicidio.	1	7.15%
Ataque Peligroso.	1	7.15%
Portación de Arma Prohibida.	2	14.28%
Amenazas.	<u>3</u>	<u>21.42%</u>
TOTAL.	14	100.00%

En Contra del Patrimonio. (39 Ilícitos).

Robo.	23	58.97%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>16</u>	<u>41.03%</u>
TOTAL.	39	100.00%

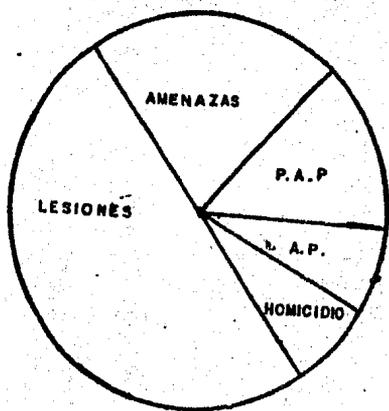
Sin Objetivo Específico. (14 Ilícitos).

Allanamiento de Morada.	2	14.20%
Vagancia.	3	21.50%
Malvivencia.	3	21.50%
Otros Ilícitos de este Tipo.	<u>6</u>	<u>42.80%</u>
TOTAL.	14	100.00%

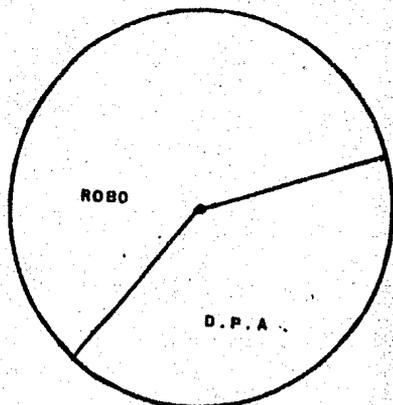
De Tipo Sexual. (12 Ilícitos).

Violación.	11	91.66%
Atentados al Pudor.	<u>1</u>	<u>8.34%</u>
TOTAL.	12	100.00%

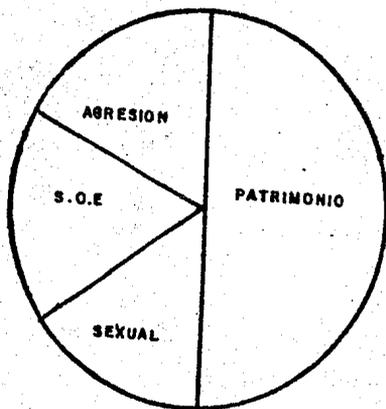
Estos datos se esquematizan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 17.



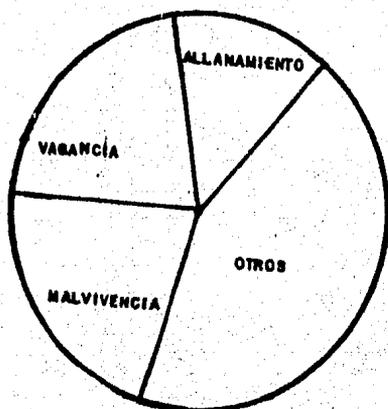
TIPO AGRESION



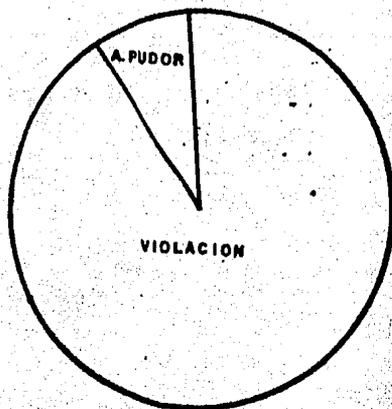
TIPO PATRIMONIO



TIPOS ILICITO



TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS OLIOFRENIA MODERADA

GRAFICA 17

En los casos en que el diagnóstico fue: Oligofrenia Tipo Severa se detectaron 6 ilícitos distribuidos de la siguiente manera:

Ilícitos con Agresión Física 6

Verbal a Personas.	3	50.00%
Ilícitos en Contra del Patrimonio.	<u>3</u>	<u>50.00%</u>
TOTAL.	6	100.00%

Estos datos se esquematizan en la Gráfica Central de el conjunto de Gráficas # 18.

Los ilícitos específicos que dan origen a estos tipos son:

Agresión Física 6 Verbal a Personas. (3 Ilícitos).

Lesiones.	1	33.33%
Homicidio.	1	33.33%
Ataque Peligroso.	<u>1</u>	<u>33.34%</u>
TOTAL.	3	100.00%

En Contra del Patrimonio. (3 Ilícitos).

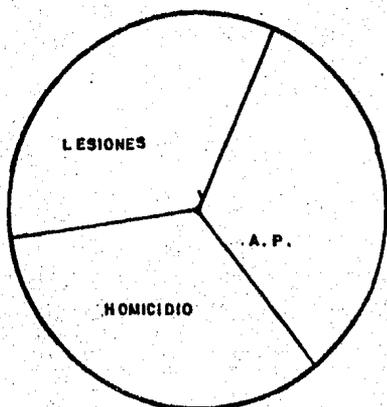
Robo.	2	66.66%
Daño en Propiedad Ajena.	<u>1</u>	<u>33.34%</u>
TOTAL.	3	100.00%

Estos datos se señalan en las cuatro Gráficas Laterales de el conjunto de Gráficas # 18.

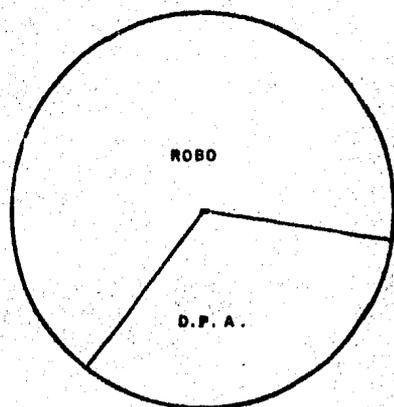
Como se menciona anteriormente no se detectaron en la muestra pacientes con diagnóstico de Oligofrenia Tipo Grave; por ello no se esquematizan ni se mencionan datos sobre este tipo de enfermos.

Los aspectos relacionados con la Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación y Escolaridad son los siguientes:

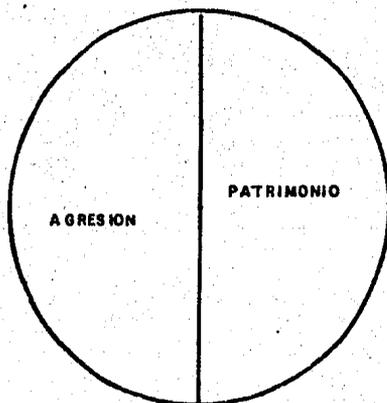
Es necesario recordar que las variables: Sexo, Estado Civil, Escolaridad y Ocupación no fueron posibles de controlar dadas las características específicas de los sujetos incluidos en la muestra.



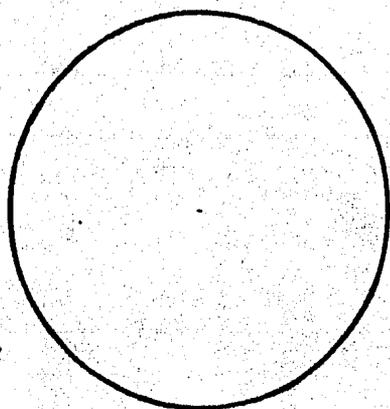
TIPO AGRESION



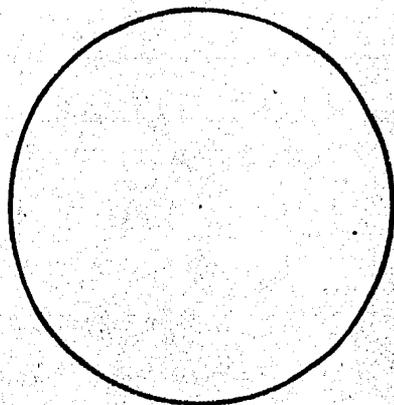
TIPO PATRIMONIO



TIPOS. ILICITO



TIPO S.O.E



TIPO SEXUAL

ILICITOS OLIGOFRENIA SEVERA

Los datos encontrados en la Muestra Total nos señalan:

Sexo.

Hombres.	401	85.68%
Mujeres.	<u>67</u>	<u>14.32%</u>
TOTAL.	468	100.00%

Edad.

de 18 a 20 años.	38	8.14%
21 a 30 años.	232	49.57%
31 a 40 años.	114	24.35%
41 a 50 años.	55	11.75%
51 a 55 años.	<u>29</u>	<u>6.19%</u>
TOTAL.	468	100.00%

Estado Civil.

Solteros.	360	76.92%
Casados.	74	15.83%
Viudos.	5	1.06%
Unión Libre.	17	3.63%
Divorciados.	<u>12</u>	<u>2.56%</u>
	468	100.00%

Escolaridad.

Ninguna.	62	13.24%
Primario.	245	52.35%
Secundaria.	81	17.30%
Carrera Técnica.	16	3.45%
Preparatoria.	35	7.47%
Profesional.	<u>29</u>	<u>6.19%</u>
TOTAL.	468	100.00%

Ocupación.

Ninguna.	143	30.55%
Obrero.	171	36.55%
Obrero Especializado.	60	12.82%
Empleado.	30	6.41%
Profesional.	19	4.05%
Técnico.	14	2.99%
Otros.	5	1.08%
Hogar.	<u>26</u>	<u>5.55%</u>
TOTAL.	468	100.00%

Todos estos datos se encuentran esquematizados en las cinco Gráficas de el conjunto de Gráficas # 19.

En los casos en que se diagnostica: Psicosis Esquizofrénica los datos reportados son los siguientes:

Sexo.

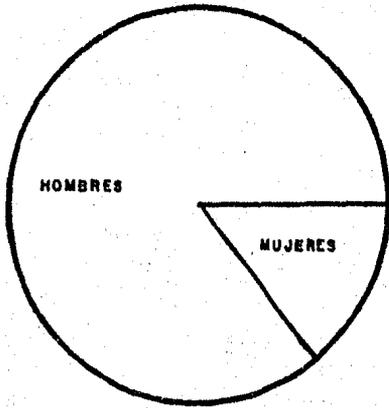
Hombres.	249	85.86%
Mujeres.	<u>41</u>	<u>14.14%</u>
TOTAL.	290	100.00%

Edad.

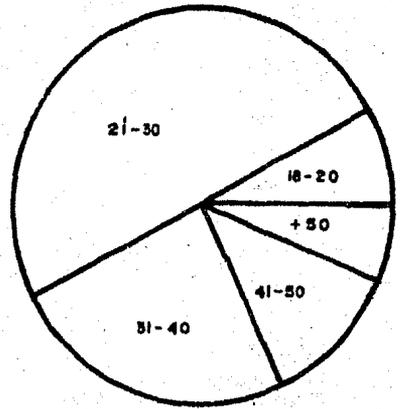
de 18 a 20 años.	9	3.10%
21 a 30 años.	144	49.69%
31 a 40 años.	85	29.33%
41 a 50 años.	33	11.37%
51 a 55 años.	<u>19</u>	<u>6.55%</u>
	290	100.00%

Estado Civil.

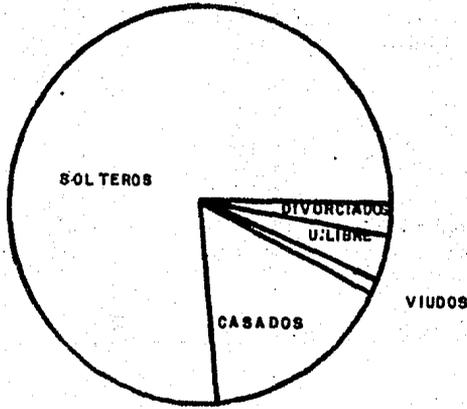
Solteros.	223	76.89%
Casados.	45	15.51%



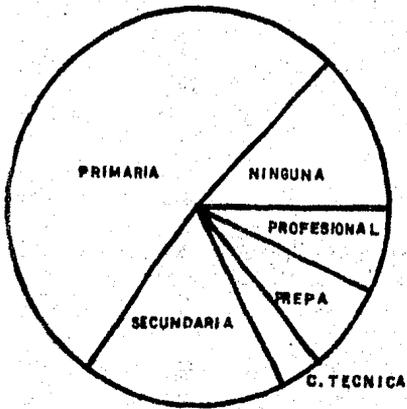
SEXO



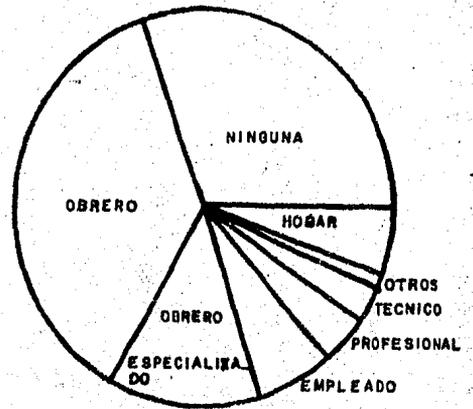
EDAD



E. CIVIL



ESCOLARIDAD



OCCUPACION

OTRAS VARIABLES MUESTRA TOTAL

GRAFICA 19

Viudos.	3	1.03%
Unión Libre.	7	2.44%
Divorciados.	<u>12</u>	<u>4.13%</u>
TOTAL.	290	100.00%

Escolaridad.

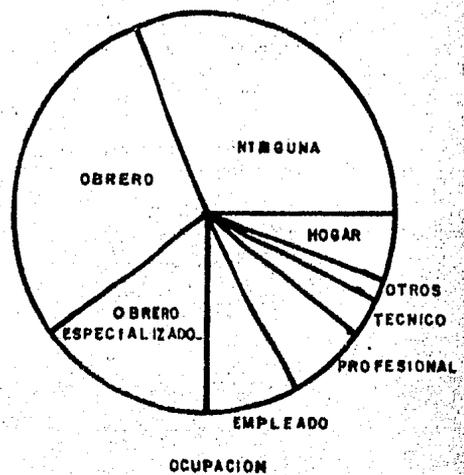
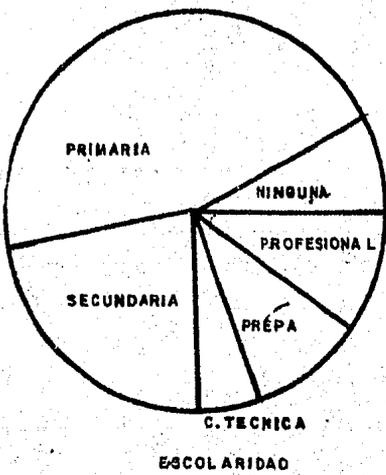
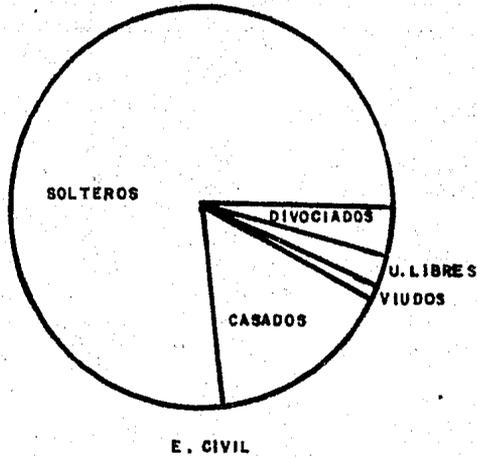
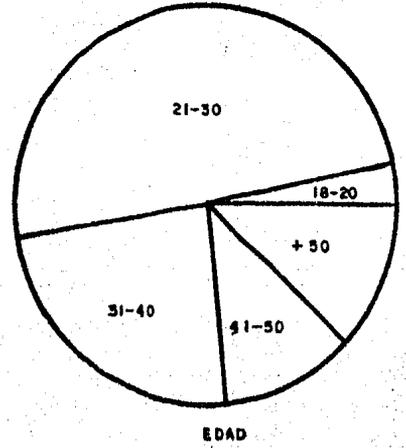
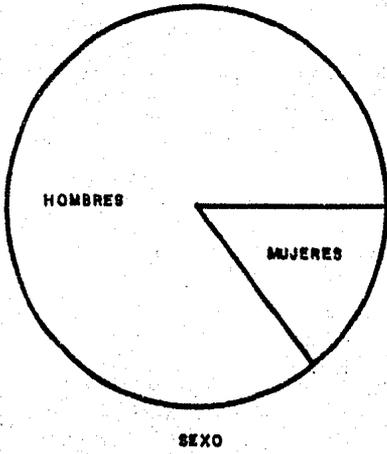
Ninguna.	23	7.93%
Primaria.	131	45.17%
Secundaria.	65	22.41%
Carrera Técnica.	15	5.17%
Preparatoria.	27	9.32%
Profesional.	<u>29</u>	<u>10.00%</u>
TOTAL.	290	100.00%

Ocupación.

Ninguna.	91	31.37%
Obrero.	82	28.27%
Obrero Especializado.	44	15.17%
Empleado.	23	7.93%
Profesional.	19	6.55%
Técnico.	11	3.79%
Otros.	4	1.39%
Hogar.	<u>16</u>	<u>5.53%</u>
TOTAL.	290	100.00%

Todos estos datos se señalan en los cinco Gráficos de el conjunto de Gráficos # 20.

Los casos incluidos con el diagnóstico de Oligofrenia mostraron -- los siguientes datos:



OTRAS VARIABLES ESQUIZOFRENIA

GRAFICA 20

Sexo.

Hombres.	112	89.60%
Mujeres.	<u>13</u>	<u>10.40%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Edad.

de 18 a 20 años.	22	17.60%
21 a 30 años.	61	48.80%
31 a 40 años.	21	16.80%
41 a 50 años.	16	12.80%
51 a 55 años.	<u>5</u>	<u>4.00%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Estado Civil.

Solteros.	100	80.00%
Casados.	16	12.80%
Viudos.	1	0.80%
Unión Libre.	<u>8</u>	<u>6.40%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Escolaridad.

Ninguna.	28	22.40%
Primaria.	79	63.20%
Secundaria.	12	9.60%
Preparatoria.	<u>6</u>	<u>4.80%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Ocupación.

Ninguna.	38	30.40%
Obrero.	59	47.20%
Obrero Especializado.	15	12.00%

Empleado.	6	4.80%
Técnico.	2	1.60%
Otros.	1	0.80%
Hoger.	<u>4</u>	<u>3.20%</u>
TOTAL.	125	100.00%

Los datos anteriores se señalan en las cinco Gráficas de el conjunto de Gráficas # 21.

En los pacientes cuyo diagnóstico fue: Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias, presentaron los siguientes datos:

Sexo.

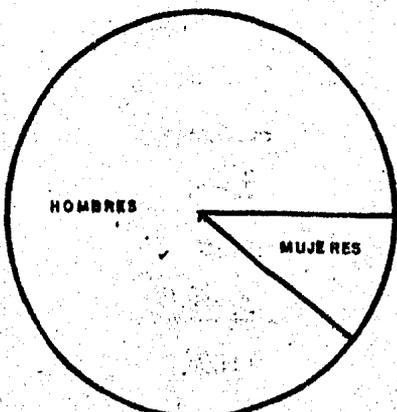
Hombres.	47	88.67%
Mujeres.	<u>5</u>	<u>11.33%</u>
	53	100.00%

Edad.

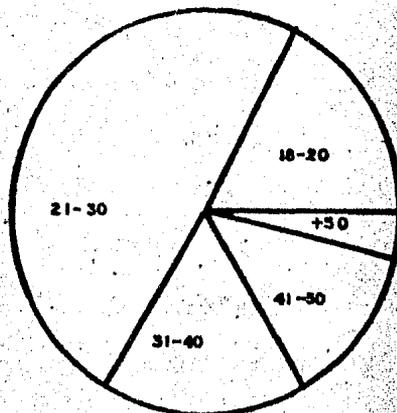
de 18 a 20 años.	7	13.20%
21 a 30 años.	27	50.94%
31 a 40 años.	8	15.09%
41 a 50 años.	6	11.32%
51 a 55 años.	<u>5</u>	<u>9.45%</u>
TOTAL.	53	100.00%

Estado Civil.

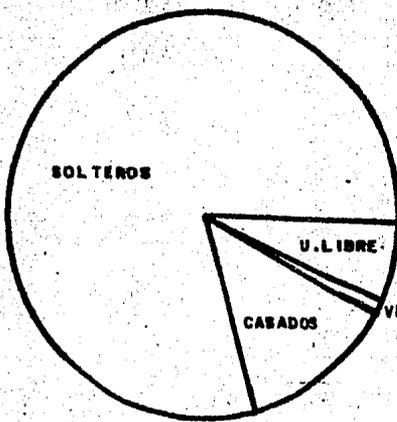
Solteros.	37	69.81%
Casados.	13	24.54%
Viudos.	1	1.88%
Unión Libre.	<u>2</u>	<u>3.77%</u>
TOTAL.	53	100.00%



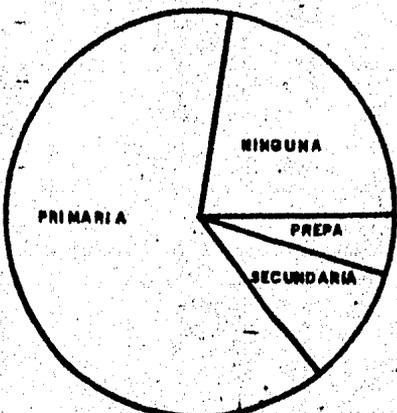
SEXO



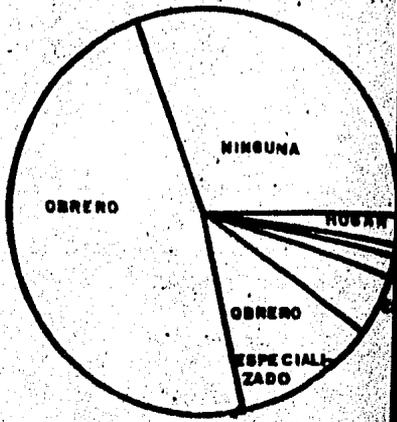
EDAD



E. CIVIL



ESCOLARIDAD



OCUPACION

OTRAS VARIABLES OLISOFRENIA

GRAFICA 21

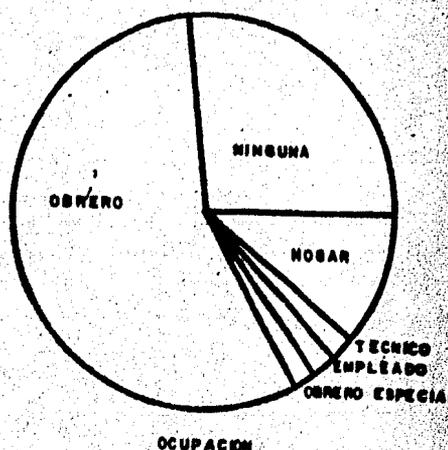
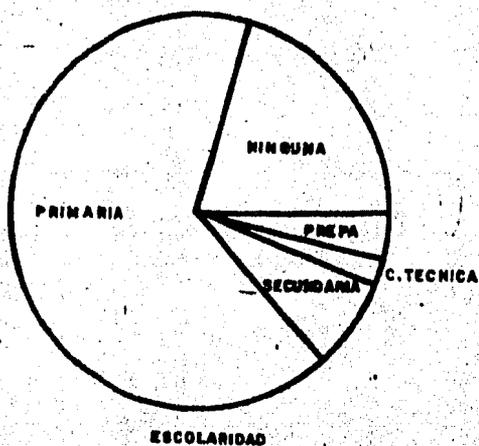
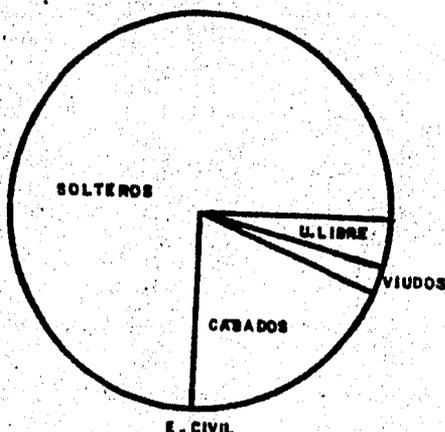
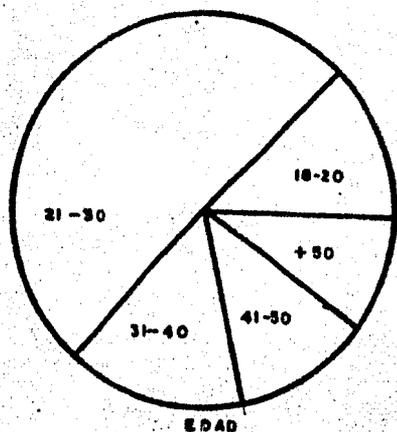
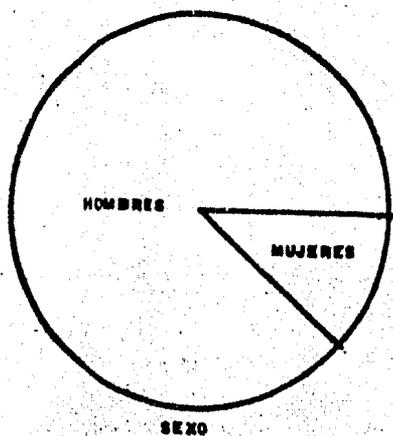
Escolaridad.

Ninguna.	11	20.75%
Primaria.	35	66.05%
Secundaria.	4	7.55%
Carrera Técnica.	1	1.88%
Preparatoria.	<u>2</u>	<u>3.77%</u>
TOTAL.	53	100.00%

Ocupación.

Ninguna.	14	26.41%
Obrero.	30	56.60%
Obrero Especializado.	1	1.88%
Empleado.	1	1.88%
Técnico.	1	1.88%
Hogar.	<u>6</u>	<u>11.35%</u>
TOTAL.	53	100.00%

Estos datos se señalan en las cinco Gráficas de el conjunto de --
Gráficas # 22.



OTRAS VARIABLES TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A EPILEPSIAS

GRAFICA 22

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

"El mayor fracaso de los sistemas correccionales -se ha escrito también- consiste en la carencia de medios efectivos para la reincorporación social del liberado. Las prisiones, en efecto, no preparan para la libertad."

SERGIO GARCIA RAMIREZ. (*).

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten llegar a las siguientes CONCLUSIONES:

NOTA.- Es necesario dejar aclarado que estas CONCLUSIONES solo pueden ser tomadas en cuenta para los pacientes que formaron la muestra; es decir solo en aquellos Enfermos Mentales que ya cometieron hechos ilícitos, toda vez que en este trabajo no se han incluido enfermos que ingresan a hospitales abiertos.

Las CONCLUSIONES aquí vertidas se presentan conforme al análisis realizado en tres aspectos tomados de la siguiente forma:

- Conforme a los datos de la MUESTRA TOTAL.
- Conforme a los datos del TIPO DE ENFERMEDAD.
- Conforme a los datos del SUBTIPO DE ENFERMEDAD.

Habiendo sido relacionados con las especificaciones de los ilícitos en la siguiente forma:

- Con el TIPO DE ILICITOS en el que se han -

(*). Tomado de: Garcia Ramirez Sergio. (40).
La Prision.
Fondo de Cultura Económica. - U.N.A.M. 1975.

agrupado.

-- Con los ILICITOS ESPECIFICOS derivados de los anteriores.

Estas CONCLUSIONES solo hacen mención de los datos más relevantes de esta investigación, mismos que pueden ser consultados en las partes central y extrema izquierda de los cuadros sinopticos 1, 2, 3 y 4 adjuntos en hojas aparte.

El analisis efectuado conforme a la MUESTRA TOTAL relacionada con el TIPO DE ILICITO nos muestra:

-- Los enfermos mentales incluidos en la muestra cometieron un mayor número de Ilícitos del tipo "Agresión a Personas" (41.86%), -- siendo seguidos por los del tipo "Contra el Patrimonio" (39.90%).

El TIPO DE ENFERMEDAD relacionado con el TIPO DE ILICITO señala:

-- Los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica -- cometen primordialmente Ilícitos con "Agresión a Personas" (48.18%), quedando en segundo lugar los "Contra el Patrimonio" (37.77%).

-- En los pacientes cuyo diagnostico fue Oligofrenia encontramos que los Ilícitos "Contra el Patrimonio" son los de mayor incidencia (44.95%), ocupando el segundo lugar la "Agresión a Personas" (26.96%); en estos pacientes los Ilícitos "Sexuales" se presentan en un 10.67%.

-- Con los pacientes diagnosticados con Trastornos Mentales -- Asociados a Epilepsias detectamos que cometieron Ilícitos con "Agresión a Personas" en mayor número (42.46%), habiendo sido seguidos por los -- denominados "Contra el Patrimonio" (39.75%); los Ilícitos "Sexuales" se presentan el 10.95%.

Los SUBTIPOS DE ENFERMEDAD relacionados con el TIPO DE ILICITO nos muestran:

EN LAS ESQUIZOFRENIAS.

MUESTRA TOTAL 468 CASOS 664 ILICITOS							
AGRESION A PERSONAS	278 = 41.86 %	LESIONES HOMICIDIO A. PELIGROSO P. A. P. AMENAZAS	133 = 47.84 %	}	210 = 31.62 %		
			53 = 19.06 %				
			24 = 8.63 %				
			39 = 14.02 %				
			29 = 10.45 %				
			278 = 100.00 %				
CONTRA EL PATRIMONIO	265 = 39.90 %	ROBO D. P. A. OTROS	135 = 50.95 %	}	135 = 20.33 %		
			124 = 46.79 %				
			6 = 2.26 %				
			6 = 2.26 %				
			265 = 100.00 %				
SIN OBJETIVO ESPECIFICO	82 = 12.34 %	C. SALUD V. COMUNICACION A. MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	12 = 14.65 %	}			
			7 = 8.54 %				
			11 = 13.41 %				
			14 = 17.07 %				
			14 = 17.07 %				
			24 = 29.26 %				
			82 = 100.00 %				
SEXUALES	39 = 5.90 %	VIOLACION A. PUDOR	35 = 89.79 %	}	35 = 5.28 %		
			4 = 10.25 %				
			39 = 100.00 %				
			39 = 100.00 %			504 = 75.90 %	

CUADRO SINOPTICO I

-- Los pacientes que presentaron el Tipo Simple cometieron un mayor número de Ilícitos "Contra el Patrimonio" (44.74%), ocupando el segundo lugar las "Agresiones a Personas" (28.95%).

-- Los casos comprendidos en el Tipo Hebefrénico presentaron una mayor incidencia en "Contra el Patrimonio" (50.00%), siendo seguidas muy de cerca por "Agresión a Personas" (40.00%).

-- Los datos aportados por los pacientes con el Tipo Catatónica no son determinantes ni significativos por haber sido solo un caso el incluido en la muestra.

-- En los casos cuyo Tipo fue Paranoide la mayoría de sus Ilícitos corresponden a "Agresión a Personas" (52.84%), correspondiendo un segundo lugar a "Contra el Patrimonio" (33.68%).

-- Con el Tipo Esquizoafectiva encontramos que cometen la mayoría de sus Ilícitos "Contra el Patrimonio" (70.00%).

-- En los Tipo Indiferenciada encontramos que el mayor número de Ilícitos son "Contra el Patrimonio" (45.07%), habiendo quedado la "Agresión a Personas" inmediatamente después (43.68%) con cuantificación casi idéntica.

EN LAS OLIGOFRENIAS.

-- Los pacientes con Oligofrenia Liminar cometieron un mayor número de Ilícitos "Contra el Patrimonio" (41.79%), ocupando el segundo lugar "Agresión a Personas" (31.35%).

-- En aquellos pacientes con Oligofrenia Discreta encontramos que cometen por igual Ilícitos "Contra el Patrimonio" y "Agresión a Personas" (38.46%), presentándose las mismas características en los "Sin - Objetivo Específico" y "Sexuales" (11.54%),

-- En los pacientes con Oligofrenia Moderada encontramos mayor incidencia en "Contra el Patrimonio" (49.36%); los "Sexuales" represen-

ESQUIZOFRENIA

CASOS 290 = 62.00%
 ILICITOS 413 = 63.20%

AGRESION A PERSONAS	199 = 48.18 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO P.A.P. AMENAZAS	94 = 47.23 %	155 = 57.53 %
			46 = 22.61 %	
			16 = 8.06 %	
			24 = 12.06 %	
			20 = 10.05 %	
			199 = 100.00 %	
CONTRA EL PATRIMONIO	156 = 37.77 %	ROBO D.P.A OTROS	70 = 44.88 %	70 = 16.94 %
			81 = 51.92 %	81 = 19.82 %
			3 = 3.20 %	
			156 = 100.00 %	
SIN OBJETIVO ESPECIFICO	46 = 11.16 %	C.SALUD V.COMUNICACION A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	9 = 19.56 %	
			7 = 15.21 %	
			7 = 15.21 %	
			6 = 13.05 %	
			6 = 13.05 %	
			11 = 23.91 %	
			46 = 100.00 %	
SEXUALES	12 = 2.90 %	VIOLACION A.PUDOR	9 = 75.00 %	
			3 = 25.00 %	
			12 = 100.00 %	
			306 = 74.09 %	

OLIGOFRENIA

CASOS 125 = 27.00%
 ILICITOS 179 = 26.80%

AGRESION A PERSONAS	48 = 26.96 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO P.A.P AMENAZAS	20 = 41.66 %	31 = 17.42 %
			7 = 14.58 %	
			4 = 8.35 %	
			10 = 20.83 %	
			7 = 14.58 %	
			48 = 100.00 %	
CONTRA EL PATRIMONIO	80 = 44.95 %	ROBO D.P.A	50 = 62.50 %	50 = 28.08 %
			30 = 37.50 %	30 = 16.85 %
			80 = 100.00 %	
SIN OBJETIVO ESPECIFICO	31 = 17.42 %	C.SALUD A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	3 = 9.68 %	
			3 = 9.68 %	
			7 = 22.58 %	
			7 = 22.58 %	
			11 = 35.48 %	
			31 = 100.00 %	
SEXUALES	19 = 10.67 %	VIOLACION A.PUDOR	18 = 94.75 %	18 = 10.12 %
			1 = 5.27 %	
			19 = 100.00 %	
			129 = 72.47 %	

TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A EPILEPSIAS

CASOS 53 = 11.00%
 ILICITOS 73 = 10.00%
 488 = 100.00%
 664 = 100.00%

AGRESION A PERSONAS	31 = 42.46 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO P.A.P AMENAZAS	19 = 61.29 %	24 = 32.87 %
			1 = 3.24 %	
			4 = 12.90 %	
			5 = 16.12 %	
			2 = 6.45 %	
			31 = 100.00 %	
CONTRA EL PATRIMONIO	29 = 39.75 %	ROBO D.P.A. OTROS	15 = 51.73 %	15 = 20.54 %
			13 = 44.82 %	13 = 17.83 %
			1 = 3.45 %	
			29 = 100.00 %	
SIN OBJETIVO ESPECIFICO	5 = 6.84 %	A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	1 = 20.00 %	
			1 = 20.00 %	
			1 = 20.00 %	
			2 = 40.00 %	
			5 = 100.00 %	
SEXUALES	8 = 10.95 %	VIOLACION	8 = 100.00 %	8 = 10.95 %
			8 = 100.00 %	
			8 = 100.00 %	
			60 = 82.19 %	

CUADRO SINOPTICO 2

---tan el 15.18% siendo casi todos ellos Violación.

-- Los pacientes con Oligofrenia Severa cometen igual número de Ilícitos "Contra el Patrimonio" y "Agresión a Personas" 50.00% .

Al relacionar estos mismos aspectos con los ILICITOS ESPECIFICOS - derivados de los anteriores encontramos:

Los aspectos de la MUESTRA TOTAL relacionados con ILICITOS ESPECIFICOS señalan:

-- Los enfermos mentales incluidos en la muestra cometen el mayor número de Ilícitos Específicos en "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" (31.62%), ocupando el segundo lugar "Robo" (20.33%), seguido de - D.P.A. (18.67%) y la Violación en último lugar con 5.28%.

Los TIPOS DE ENFERMEDAD relacionados con ILICITOS ESPECIFICOS nos muestran:

-- Los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica cometen un mayor número de Ilícitos específicos en "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" (37.53%), siguiendoles "D.P.A." (19.62%) y "Robo" (16.94%).

-- En los pacientes con Oligofrenia encontramos que el "Robo" es el de mayor incidencia (28.08%), ocupando el segundo lugar "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" (17.42%), seguidos por "D.P.A." (16.85%); la violación se presenta en el 10.12%.

-- Los casos diagnosticados con Trastornos Mentales Asociados a Epilepsias presentan la mayor incidencia en Ilícitos Específicos de - "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" (32.87%), siendo seguidos por "Robo" (20.54%), "D.P.A." (17.83%) y "Violación" (10.95%).

Los SUBTIPOS DE ENFERMEDAD al relacionarse con ILICITOS ESPECIFICOS nos muestran:

EN LAS ESQUIZOFRENIAS:

ESQUIZOFRENIA SIMPLE CASOS 27 = 9.40% ILICITOS 36 = 9.20%	AGRESION A PERSONAS	11 = 28.95 %	LESIONES HOMICIDIO AMENAZAS	9 = 81.82 % 1 = 9.09 % 1 = 9.09 % 11 = 100.00 %	10 = 28.32 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	17 = 44.74 %	ROBO D.P.A.	11 = 64.70 % 6 = 35.30 % 17 = 100.00 %	11 = 28.84 %
	SIN OBJETIVO ESPECIFICO	8 = 21.05 %	C.SALUD V.COMUNICACION A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA	2 = 25.00 % 1 = 12.50 % 1 = 12.50 % 2 = 25.00 % 2 = 25.00 % 8 = 100.00 %	
	SEXUALES	2 = 5.26 %	VIOLACION A.PUDOR	1 = 50.00 % 1 = 50.00 % 2 = 100.00 %	
		36 = 100.00 %			21 = 55.26 %

ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CASOS 8 = 2.80% ILICITOS 10 = 2.42%	AGRESION A PERSONAS	4 = 40.00 %	LESIONES HOMICIDIO	2 = 50.00 % 2 = 50.00 % 4 = 100.00 %	4 = 40.00 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	5 = 50.00 %	ROBO D.P.A.	2 = 40.00 % 3 = 60.00 % 5 = 100.00 %	2 = 20.00 % 3 = 30.00 %
	SEXUALES	1 = 10.00 %	VIOLACION	1 = 100.00 % 1 = 100.00 %	
		10 = 100.00 %			9 = 90.00 %

ESQUIZOFRENIA CATATONICA CASOS 1 = 0.30% ILICITOS 2 = 0.48%	AGRESION A PERSONAS	2 = 100.00 %	LESIONES HOMICIDIO	1 = 50.00 % 1 = 50.00 % 2 = 100.00 %	
					NO SIGNIFICATIVO

ESQUIZOFRENIAS 280 CASOS 413 ILICITOS	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CASOS 195 = 67.20% ILICITOS 282 = 68.28%	AGRESION A PERSONAS	149 = 52.84 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO P.A.P AMENAZAS	62 = 41.62 % 35 = 23.48 % 13 = 8.73 % 21 = 14.09 % 18 = 12.08 % 149 = 100.00 %	110 = 39.00 %
		CONTRA EL PATRIMONIO	95 = 33.88 %	ROBO D.P.A. OTROS	42 = 44.22 % 50 = 52.63 % 3 = 3.15 % 95 = 100.00 %	42 = 14.89 % 50 = 17.74 %
		SIN OBJETIVO ESPECIFICO	29 = 10.28 %	C.SALUD V.COMUNICACION A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	6 = 20.68 % 4 = 13.79 % 5 = 17.25 % 3 = 10.35 % 3 = 10.35 % 8 = 27.58 % 29 = 100.00 %	
		SEXUALES	9 = 3.20 %	VIOLACION A.PUDOR	6 = 66.66 % 3 = 33.33 % 9 = 100.00 %	6 = 2.12 %
		282 = 100.00 %			208 = 73.78 %	

ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA CASOS 8 = 2.80% ILICITOS 10 = 2.42%	AGRESION A PERSONAS	1 = 10.00 %	HOMICIDIO	1 = 100.00 % 1 = 100.00 %	
	CONTRA EL PATRIMONIO	7 = 70.00 %	ROBO D.P.A.	3 = 42.85 % 4 = 57.14 % 7 = 100.00 %	3 = 30.00 % 4 = 40.00 %

ESQUIZOFRENIA INDIFFERENCIADA CASOS 81= 17.50% ILÍCITOS 71= 17.20% 200=100.00% 413=100.00%	SIN OBJETIVO	2 = 20.00 %	V.COMUNICACION	2 = 100.00 %	
	ESPECIFICO	10 = 100.00 %		2 = 100.00 %	7 = 70.00 %
	AGRESION A PERSONAS	31 = 43.68 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSOS P.A.P AMENAZAS	19 = 61.29 % 7 = 22.58 % 1 = 3.23 % 3 = 9.87 % 1 = 3.23 % 31 = 100.00 %	27 = 38.03 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	32 = 45.07 %	ROBO D.P.A. OTROS	12 = 37.50 % 18 = 52.85 % 2 = 6.25 % 32 = 100.00 %	12 = 16.90 % 18 = 25.35 %
	SIN OBJETIVO ESPECIFICO	7 = 9.85 %	C.SALUD A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	1 = 14.28 % 1 = 14.28 % 1 = 14.28 % 1 = 14.28 % 3 = 42.86 % 7 = 100.00 %	
	SEXUALES	1 = 1.40 %	VIOLACION	1 = 100.00 % 1 = 100.00 %	57 = 60.28 %
		71 = 100.00 %			

CUADRO SINOPTICO 3

-- Los pacientes con el Tipo Simple cometen más Ilícitos Específicos de "Robo" (28.94%), seguidos muy de cerca por "Lesiones y Homicidio" (26.32%).

-- En los casos del Tipo Hebefrénica se detectan que "Lesiones y Homicidio" ocupen el primer lugar (40.00%), siendo seguidos muy de cerca por "D.P.A." (30.00%) y "Robo" (20.00%).

-- Los datos aportados con respecto al Tipo Catatonica no son significativos por ser solo uno el caso detectado en la muestra.

-- En el Tipo Paranoide las "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" son los de mayor incidencia (39.00%), ocupando los siguientes lugares "D.P.A." (17.74%), "Robo" (14.89%); la "Violación" se presenta un 2.12% y se menciona debido a la nocividad que implica.

-- Los casos del Tipo Esquizoefectiva presentan un mayor número en el "D.P.A." (40.00%), siendo seguido muy de cerca por el "Robo" (30.00%).

-- El Tipo Indiferenciada muestra la mayor parte de sus Ilícitos Específicos en "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso (38.03%), seguidos por "D.P.A." (25.35%) y "Robo" (16.90%).

EN LAS OLIGOFRENIAS.

-- Los casos con Oligofrenia Liminar cometen más "Robo" (29.85%) siendo seguidos por "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" (19.40%); la "Violación" ocupa un 5.97%.

-- Con los diagnosticados con Oligofrenia Discreta encontramos "Lesiones y Homicidio" son el mayor número (26.93%), siendo seguidos muy de cerca por el "Robo" y "D.P.A." (19.23%); la "Violación" ocurre en un 11.53%.

-- Los casos con Oligofrenia Moderada muestran el "Robo" es el de mayor incidencia (29.12%), siendo seguido por "D.P.A." (20.25%) y la

OLIGOFRENIA LIMINAR CASOS 48 = 38.00% ILICITOS 67 = 37.64%	AGRESION A PERSONAS	21 = 31.85 %	LESIONES HOMICIDIO A PELIGROSO P.A.P. AMENAZAS	6 = 28.57 % 4 = 19.05 % 3 = 14.28 % 6 = 28.57 % 2 = 9.53 % 21 = 100.00 %	13 = 18.40 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	28 = 41.79 %	ROBO D.P.A.	20 = 71.43 % 8 = 28.57 % 28 = 100.00 %	20 = 29.85 %
	SIN OBJETIVO ESPECIFICO	14 = 20.89 %	C.SALUD A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	3 = 21.43 % 1 = 7.14 % 3 = 21.43 % 3 = 21.43 % 4 = 28.57 % 14 = 100.00 %	
	SEXUALES	4 = 5.97 %	VIOLACION	4 = 100.00 % 4 = 100.00 %	4 = 5.97 %
		67 = 100.00 %			37 = 55.22 %
OLIGOFRENIA DISCRETA CASOS 19 = 15.20% ILICITOS 26 = 14.80%	AGRESION A PERSONAS	10 = 38.46 %	LESIONES HOMICIDIO P.A.P AMENAZAS	6 = 60.00 % 1 = 10.00 % 1 = 10.00 % 2 = 20.00 % 10 = 100.00 %	7 = 26.00 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	10 = 38.46 %	ROBO D.P.A	5 = 50.00 % 5 = 50.00 % 10 = 100.00 %	5 = 19.23 % 5 = 19.23 %
	SIN OBJETIVO ESPECIFICO	3 = 11.54 %	VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	1 = 33.33 % 1 = 33.33 % 1 = 33.33 % 3 = 100.00 %	
	SEXUALES	3 = 11.54 %	VIOLACION	3 = 100.00 % 3 = 100.00 %	3 = 11.54 %
		26 = 100.00 %			20 = 76.93 %
OLIGOFRENIA MODERADA CASOS 56 = 44.80% ILICITOS 79 = 44.38%	AGRESION A PERSONAS	14 = 17.73 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO P.A.P. AMENAZAS	7 = 50.00 % 1 = 7.15 % 1 = 7.15 % 2 = 14.28 % 3 = 21.42 % 14 = 100.00 %	9 = 11.59 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	39 = 49.36 %	ROBO D.P.A.	23 = 58.97 % 16 = 41.03 % 39 = 100.00 %	23 = 29.12 % 16 = 20.25 %
	SIN OBJETIVO ESPECIFICO	14 = 17.73 %	A.MORADA VAGANCIA MALVIVENCIA OTROS	2 = 14.20 % 3 = 21.50 % 3 = 21.50 % 6 = 42.80 % 14 = 100.00 %	
	SEXUALES	12 = 15.16 %	VIOLACION A.PUDOR	11 = 91.66 % 1 = 8.34 % 12 = 100.00 %	11 = 13.92 %
		79 = 100.00 %			59 = 74.68 %
OLIGOFRENIA SEVERA CASOS 5 = 4.00% ILICITOS 6 = 3.38% 125 = 100.00% 178 = 100.00%	AGRESION A PERSONAS	3 = 80.00 %	LESIONES HOMICIDIO A.PELIGROSO	1 = 33.33 % 1 = 33.33 % 1 = 33.33 % 3 = 100.00 %	3 = 50.00 %
	CONTRA EL PATRIMONIO	3 = 80.00 %	ROBO D.P.A.	2 = 66.66 % 1 = 33.33 % 3 = 100.00 %	2 = 33.33 % 1 = 16.66 % 6 = 100.00 %
		6 = 100.00 %			6 = 100.00 %

CUADRO SIMOPTICO 4

"Violación" (13.92%), ocupando el último lugar "Lesiones, Homicidio y - Ataque Peligroso" con un 11.39%.

-- En los Oligofrénicos Severos se muestra que "Lesiones, Homicidio y Ataque Peligroso" ocupan el primer sitio (50.00%), siendo seguidos por "Robo" (33.33%) y "D.P.A." (16.66%).

Estas CONCLUSIONES permiten proporcionar las siguientes APORTACIONES DE CARACTER INFERENCIAL, acerca de los aspectos estudiados en esta investigación; las APORTACIONES son:

-- La PELIGROSIDAD y la PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA en el Enfermo Mental, que comete actos ilícitos, se encuentra directamente relacionada con el TIPO DE ENFERMEDAD y el ILÍCITO ESPECÍFICO que ha cometido; sin embargo es necesario, para determinar ambos aspectos en forma exacta, contar con la siguiente información: Pronóstico de Curación, -- Evolución de la Enfermedad, Existencia de Conciencia de Enfermedad, Grado de Aceptación Familiar y Conocimiento del Medio Ambiente Social.

Los dos aspectos mencionados se encontraron siempre en su mínima expresión, en el enfermo mental, cuando se presentan la mayoría de estos factores: Existencia de un Núcleo Familiar Responsable e Interés en el Cuidado de la Salud Mental de su Enfermo, un Adecuado Control Médico del Padecimiento, la Existencia y Presencia de Conciencia de Enfermedad en el Paciente, Ilícitos con Bajo Nivel de Nocividad ó Violencia y muy útopicamente la Existencia de un Medio Ambiente Social Adecuado en el cual no se presenten Factores Criminógenos Contaminantes.

Es necesario mencionar que ambos conceptos se encuentran íntimamente relacionados entre sí; es decir la PELIGROSIDAD siempre se fundamentará en la PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA y esta por ende siempre se re similar a la PELIGROSIDAD que se detecta en un sujeto determinado. -- Además la PELIGROSIDAD y la PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA solo pueden --

contemplar al daño presente (Ilícito ya Cometido) como indicio ó medida inferencial de un posible daño futuro y este daño unicamente puede y debe ser considerado como un riesgo. (Se sugiere consultar el Apendice - III para obtener mayor información acerca de los fundamentos teóricos - de estos conceptos Criminológicos).

Revista gran importancia en este aspecto mencionar que al revisar los datos que comprenden la muestra de esta investigación se detectó que solo el 11.78% de los pacientes que egresaron de la Institución han reingresado posteriormente a Instituciones Penitenciarias.

-- Los Enfermos Mentales podran cometer, en el futuro, un mayor número de Ilícitos en los cuales la "Agresión a Personas" se encuentre presente, ya que su probabilidad de aparición es del 41.86%; el segundo tipo de Ilícitos probables de ser cometidos es "Contra el Patrimonio" y la probabilidad de aparición es del 39.90%.

Vistas las CONCLUSIONES y emitidas las APORTACIONES DE CARACTER INFERENCIAL, se considera conveniente realizar las siguientes RECOMENDACIONES:

-- la forma de ENJUICIAR AL ENFERMO MENTAL, que comete un Ilícito, continua siendo inadecuada, a pesar de las Reformas realizadas al Código Penal.

Esto es: anteriormente no se permitía externar a ningún Enfermo Mental debido a su inadecuadamente determinada PELIGROSIDAD y ahora no importa ni se toma en cuenta este concepto y despues de transcurrido determinado tiempo debe forzosamente ser externado.

Se RECOMIENDA sea tomado un nuevo punto de vista intermedio - entre estas dos posturas y evaluando exactamente la PELIGROSIDAD de cada paciente se determine la conducta JURIDICA a seguir en cada caso por

---ticular.

-- Las DETERMINACIONES JURIDICAS que se dictan en forma similar a una sentencia, hasta el momento solo se han basado en peritajes rendidos antes del tratamiento y los profesionales que los rinden, por ello, en la mayoría de las veces se ven faltos de información y sus dictámenes llegan a verse faltos de validez a largo plazo.

Se RECOMIENDA dar mayor importancia a los dictámenes proporcionados por los profesionales encargados del Estudio y Tratamiento de estos Enfermos, en virtud de que mantienen un mayor contacto con ellos, poseen información fidedigna acerca del padecimiento, recabada en forma directa ó indirecta y por ello pueden emitir juicios profesionales con mayor exactitud, validez y fundamentación.

-- El postulado anterior presenta en segundo punto de vista, cuando la resolución JURIDICA que se dicta se convierte en un AUTO FORMAL NO MODIFICABLE; ya que con él se manifiesta a los profesionales encargados del Estudio y Tratamiento del Enfermo Mental Infractor, al no permitir que sus esfuerzos técnicos se vean recompensados con una rápida externación del sujeto puesto bajo su cuidado y estricta responsabilidad.

Se RECOMIENDA se dicten medidas JURIDICAS PROVISIONALES hasta el momento en que, los encargados del completo Estudio y Tratamiento de estos sujetos, emitan sus dictámenes y propongan las medidas específicas posibles de adoptar en cada caso.

-- En el supuesto de que se acepte la RECOMENDACION ANTERIOR deberá tomarse en cuenta que al ser externado un Enfermo Mental, el mismo se queda sin la protección y vigilancia médica asegurada y tiene por ello que buscar en donde continuar su tratamiento ambulatorio.

Se RECOMIENDA se instrumente un adecuado control de CONSULTA

EXTERNA para este tipo de casos, pudiendose formular acuerdos institucionales tendientes a resolver esta situación, ya que la misma es facilitadora de desajustes en el esquema terapéutico, en el control del padecimiento y por ende puede ser propiciadora de nuevas conductas ilícitas.

-- Si se aceptaran las dos RECOMENDACIONES anteriores, se tendría que contemplar el, ya mencionado en un principio de este trabajo, doble estigma portado por los Enfermos Mentales que infringen la Ley:-- El ser Enfermo Mental é Infractor al mismo tiempo. Ante esto la sociedad reacciona de diversas maneras, oscilando siempre entre la benevolencia y compasión ó el rechazo, repudio y abandono, siendo muy frecuente se presente en muchas más ocasiones la segunda actitud que la primera, aún en los miembros del núcleo familiar del paciente. Esto -- ocasiones que los Enfermos Mentales, similares a los que en este trabajo han sido estudiados, queden desamparados, abandonados y sin protección ó en el mejor de los casos que esta protección no sea del todo adecuada y por ello no cumpla con los requisitos mínimos indispensables para que se le considere como tal.

Se RECOMIENDA instrumentar medidas legales con las cuales los miembros de la sociedad, en específico los miembros del Núcleo Familiar de los pacientes, deban y tengan que participar en el cuidado, control y tratamiento de los Enfermos que presenten estas características, ya -- que hasta la fecha no existe ningún tipo de medida legal que permita cubrir en forma total este tipo de requisitos y fácilmente la familia y -- el Núcleo Social evaden ó no cumplen adecuadamente la responsabilidad social que les es inherente en dicha situación.

De esta manera la PELIGROSIDAD y PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA en el Enfermo Mental, que ha infringido una Ley, quedará disminuida en

cada caso particular y tendra que ser compartida por los miembros de su familia y la sociedad, que así se veran obligados a cumplir adecuadamente su responsabilidad y adoptar totalmente su papel como miembros participes en el desarrollo de la comunidad.

APENDICE I.

Algunas Consideraciones IDIOMATICAS y MEDICAS acerca de los Conceptos: SALUD, ENFERMEDAD y CURACION, contenidos en los Postulados Jurídico - Legales del Apartado 3.2 de esta Investigación.

"El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político ó condición económica ó social. "

DECLARACION DE PRINCIPIOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS. (*).

Los postulados teóricos aportados en el tema: Resoluciones Jurídicas que se Dictan cuando un Enfermo Mental Infringe una Ley; hacen mención a un grupo de conceptos eminentemente médicos como son: SALUD, ENFERMEDAD y CURACION; al respecto se ha considerado conveniente realizar algunas especificaciones de tipo IDIOMATICO y MEDICO para poder con ello describir algunas de las interpretaciones erróneas que se presentan cuando se entrecruzan los postulados de la Ciencia Médica y de la Ciencia Jurídica, al entrar en contacto los Juristas con un aspecto típicamente médico como lo es la Enfermedad Mental.

La SALUD siempre ha sido problemática de conceptualizarse ó de definir, encontramos diversas formas de descripción para este término; co-

(*). Tomado de: San Martín Hernán. (90).
Salud y Enfermedad.

La Prensa Médica Mexicana. 1983.

—no ejemplos podemos citar los siguientes:

SALUD: Buen estado físico, Gozar de buena salud, Tener buena Salud. (56) 57).

SALUD: Estado del que no tiene ninguna enfermedad. (58).

SALUD: Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones naturales. (89).

Estas definiciones son totalmente IDIOMATICAS y para mostrar las diferencias que presentan en relación a aquellas emitidas por los especialistas de la Ciencia Médica, enunciaremos algunas de este tipo ahora:

SALUD: (del LATIN SALUS = SALUD) estado de equilibrio de las funciones fisiológicas del cuerpo.

DABOUT. (28).

SALUD: Es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad ó invalidez.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (70).

SALUD: Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no solo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) ó de invalidez.

TERRIS. (90).

SALUD: Es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejo-

---res condiciones en este medio.

DUBOS. (90).

SALUD: Es una noción perfectamente subjetiva: no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico ó socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera de la cual toda otra situación es percibida como enfermedad.

CORNILLOT. (90).

Con todos estos datos vemos que la SALUD debe ser enfocada desde diversos puntos de vista, para poder así comprender exactamente los términos que se deben utilizar para determinar si existe ó no dicho estado - en un individuo. Consideremos que el poder precisar lo puede ser un poco más fácil tomando como base todos los parámetros aquí anotados.

La ENFERMEDAD es otro de los conceptos que también presenta múltiples variantes al momento de ser definida; para ejemplificar este tipo de aseveraciones basta mencionar las siguientes definiciones:

ENFERMEDAD: Alteración de la Salud. (56, 57)

ENFERMEDAD: Alteración de la Salud; afección, achaque, mal, padecimiento, dolencia, indisposición, anomalía - en el funcionamiento; en Medicina se llama ENFERMEDAD a una afección bien definida, ya sea por su causa cuando esta es conocida, ya sea cuando la causa es desconocida, -

por manifestaciones semejantes que crean una entidad clínica. (58).

ENFERMEDAD: Alteración más ó menos grave de la SALUD del cuerpo animal; alteración más ó menos grave del cuerpo vegetal; cada una de las dolencias ó achaques a que esta sujeta la economía de los seres orgánicos. (89).

La Ciencia Médica define a la ENFERMEDAD de la siguiente manera:

ENFERMEDAD: (del LATIN INFIRMITAS = Alteración de la SALUD de un cuerpo vivo); - dicece de toda perturbación fisiológica de un organismo debida a un elemento ó agente patogeno. DABOUT. (28).

ENFERMEDAD: Es el resultado de la inadaptación interna (fisiológica) y externa (física ó social) frente al ambiente. La ENFERMEDAD clínica (sintomatología) constituye el grado extremo de la desadaptación biológica.

SAN MARTIN. (90).

ENFERMEDAD: Es un desequilibrio biológico-ecológico ó como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los

estímulos exteriores a los que es ta expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo.

SAN MARTIN. (90).

ENFERMEDAD: Es un conjunto de fenómenos que se producen en el organismo que sufre la acción de un estímulo y reacciona contra él; no es un estado sino un proceso, no una condición estática si no dinámica; una sucesión de fenómenos que implica, en un plazo mayor ó menor, una terminación, que podrá ser la CURACION perfecta, la muerte ó la adaptación a nuevas condiciones de vida. (89).

Todos los conceptos que aquí se anotan sirven de parámetros para determinar si una persona se encuentra ó no aquejada de una ENFERMEDAD.- Es menester recalcar que el ser humano se encuentra siempre inmerso en un proceso continuo oscilante entre la SALUD y la ENFERMEDAD; dentro de este mismo proceso tiene cabida otra etapa denominada CURACION, la cual también es definida de diversas maneras; a continuación mencionaremos algunas de ellas:

CURACION: Cura Médica. (56 , 57).

CURACION: Acción y efecto de curar.- Curar (- del LATIN CURARE = Cuidar), sanar; curar sus heridas; reponerse, restar

---blecerse; aplicar al enfermo los remedios, disponer lo necesario para la curación del enfermo. (58).

CURACION: Acción y efecto de curar ó curarse; restablecimiento de la Salud ó restauración de partes heridas; conjunto de procedimientos para tratar --- una ENFERMEDAD ó afección. (89).

CURACION: (del LATIN CURARE = Tener cuidado - de) retorno de un organismo enfermo al estado de funcionamiento fisiológico normal.

DABOUT. (28).

Nuevamente se presentan múltiples características para definir el término médico CURACION; sin embargo los postulados que aquí se mencionan deben facilitar el entendimiento de esta denominación médica.

Ahora y una vez que se han enunciado todos los conceptos concernientes a los términos médicos SALUD, ENFERMEDAD y CURACION, tanto en forma IDIOMÁTICA como estrictamente MEDICA, se debe convenir que en todas ellas se presentan aspectos multifactoriales al momento de definir las, ya que cada una de ellas debe tomar en consideración fenómenos Fisiológicos, - Psíquicos, Sociales y Ecológicos para determinar su existencia ó no --- existencia en un ser humano.

Todos estos motivos han propiciado, que tanto la Ciencia Jurídica como la Ciencia Médica, hablen con una misma finalidad pero en terrenos diferentes; ya que ninguna de las dos ramas científicas han tratado de compaginar ambos aspectos. Es decir ninguno de los profesionales de estas dos Ciencias se ha imbuido del espíritu presente en los postulados

de la parte contraria.

El medico no ha entendido que la Ley emitida por los Juristas tiene una doble finalidad, proteger a la sociedad y a los enfermos mentales infractores de la norma y que para poder hacer esto se ve en la necesidad de emplear términos médicos que no le son facilmente discernibles ni manejables; por su parte el Jurista al momento de dictar las leyes ha utilizado términos que no le son facilmente entendibles ni manejables y por ello sufre confusiones severas al momento de impartir justicia ante un caso de enfermedad mental, ya que los aspectos en que fundamenta sus resoluciones al no ser debidamente aclarados se prestan a ser mal interpretados a la hora de ser ejecutados.

Es nuestro deseo que estos errores, involuntarios por ambas partes, se vean corregidos en el futuro y que ambas ciencias puedan, en beneficio de la sociedad y de los propios enfermos mentales, compaginar sus propios postulados al momento de que se entrecruzan los mismos cuando se presente una infracción penal y la enfermedad mental en forma conjunta.

APENDICE II.

Algunos ejemplos tendientes a Describir los Elementos de la Definición de Delito Utilizada en este Trabajo. Se Mencionan Unicamente los Conceptos Ilustrativos de las Figuras Delictivas presentes en los Datos de la Investigación.

"Bien poco se consigue si la ley está impecablemente hecha, pero quienes tienen que aplicar la carecen de los conocimientos especializados."

SERGIO GARCIA RAMIREZ. (*)

Los conceptos ilustrativos de las Figuras delictivas que aquí se mencionan, tienen la finalidad de proporcionar una clara imagen de los elementos nominales y/o normativos que se han indicado en la Definición de Delito utilizada en este trabajo.

Dichos elementos son copia fiel del libro mencionado en la FICHA BIBLIOGRAFICA (78). Su contenido, en el momento actual, debe sufrir modificaciones; por haber cambiado ya los aspectos relacionados con la Punibilidad de algunas figuras delictivas (específicamente en los Delitos Sexuales y Contra el Patrimonio). Sin embargo los otros elementos descritos continúan siendo válidos y deben ejemplificar claramente los datos de la Definición de Delito.

(*) Tomado de: Garcia Ramirez Sergio. (38).
La Imputabilidad en el Derecho Penal Mexicano.
U.N.A.M. 1981.

Capítulo III Armas prohibidas.

162	Tráfico y I fabricación de armas prohibi- das.	Cualquier persona.	Importar, fabricar, vender o re- galar las armas prohibidas en el artículo 160.	La seguridad de la so- ciedad, en relación al control estatal de las conductas señaladas en el tipo.	De 6 meses a 3 años de prisión, multa de \$ 10.00 a \$ 2,000.00 y decomiso de las armas
------------	---	---------------------------	--	---	--

ART. DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
162 II Venta de revólve- res o pistolas.	Cualquier persona.	Poner a la venta revólveres o pistolas, careciendo del permiso necesario.	La seguridad de la sociedad, en relación al control estatal de las conductas señaladas en el tipo.	De 6 meses a 3 años de prisión, multa de \$ 10.00 a \$ 2,000.00 y decomiso de las armas
III Porta- ción de arma prohibi- da.	Cualquier persona.	Portar un arma de las prohibidas en el artículo 160.	La seguridad de la sociedad, en relación al control estatal de la portación de armas prohibidas.	De 6 meses a 3 años de prisión, multa de \$ 10.00 a \$ 2,000.00 y decomiso de las armas
IV Acopio de ar- mas	Cualquier persona.	Hacer acopio de armas, sin un fin lícito o sin el permiso correspondiente.	La seguridad de la sociedad, en relación al control estatal de las conductas señaladas en el tipo.	De 6 meses a 3 años de prisión, multa de \$ 10.00 a \$ 2,000.00 y decomiso de las armas
V Porta- ción de armas.	Cualquier persona.	Portar, sin licencia, una pistola o revólver.	La seguridad de la sociedad, en relación al control estatal de la conducta señalada en el tipo.	De 6 meses a 3 años de prisión, multa de \$ 10.00 a \$ 2,000.00 y decomiso de las armas

Capítulo IV Asociaciones delictuosas.

164

164	Asociación delictuosa	Tres o más personas.	Participar en una asociación o banda de tres o más personas, organizadas para delinquir.	La seguridad de la sociedad de que las personas no se organicen para delinquir.	De 6 meses a 6 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
-----	-----------------------	----------------------	--	---	---

164	No describe un tipo ni un delito. Es una calificativa de diferentes delitos.	Tres o más personas.	No describe conductas, sino la comunidad en la ejecución de una conducta que ya es delictuosa en un cierto marco típico.	A pesar de ser calificativa no se protege bien diverso a los bienes tutelados en el tipo que resulte concretizado.	Además de la punibilidad por el delito que se cometa, se aplicarán de 6 meses a 3 años de prisión.
-----	--	----------------------	--	--	--

TITULO QUINTO
DELITOS EN MATERIA DE VIAS DE COMUNICACION
Y DE CORRESPONDENCIA

Capítulo I Ataques a las vías de comunicación.

166	Ataques a los medios de comunicación.	Cualquier persona.	Quitar, cortar o destruir las atarjetas que detengan una embarcación u otro vehículo; o quitar el obstáculo que impida o modere su movimiento.	La seguridad de los vehículos de comunicación.	De 15 días a 2 años de prisión. (si no resultare daño).
-----	---------------------------------------	--------------------	--	--	---

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
167	Ataques a las vías de comunicación	Cualquier persona.	Quitar o modificar, sin la debida autorización uno o más durmientes, clavos, rieles, tornillos, planchas y demás objetos similares que los sujeten, o un cambiavías de ferrocarril de uso público.	La seguridad en las vías de comunicación.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
II	Ataques a las vías y a los medios de comunicación	Cualquier persona.	Romper o separar alambre, alguna de las piezas de máquinas, aparatos transformadores, postes o aisladores empleados en el servicio telegráfico, telefónico o de fuerza motriz.	La seguridad en las vías y los medios de comunicación.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
III	Ataques a las vías y a los medios de comunicación	Cualquier persona.	Quitar o destruir los objetos que menciona la fracción I, poner algún estorbo o cualquier obstáculo adecuado (para detener los vehículos en un camino público, impedir el paso de una locomotora o hacer descarrilar ésta o los vagones).	La seguridad en las vías y los medios de comunicación y el patrimonio estatal.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.

IV Ataque a los medios de comunicación	Cualquier persona.	Incendiar un vagón o cualquier otro vehículo destinado al transporte de carga y que no forme parte de un tren en que se halle alguna persona.	La seguridad de los medios de transporte de carga y el patrimonio (estatal o de particulares).	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
V Ataques a las vías públicas.	Cualquier persona.	Inundar, en todo o en parte, un camino público o echar sobre él las aguas de modo que causen daño.	La seguridad de las vías de comunicación.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
VI Ataques a las vías públicas	Cualquier persona.	Interrumpir la comunicación telegráfica o telefónica, alámbrica o inalámbrica, o el servicio de producción o transmisión de alumbrado, gas o energía eléctrica, destruyendo o deteriorando uno o más postes o aisladores, el alambre, una máquina o aparato de un telégrafo, de un teléfono, de una instalación de producción, o de una línea de transmisión de energía eléctrica.	La seguridad de las vías de comunicación y el patrimonio estatal o de particulares.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
VII Ataques a las vías y a los medios de comunicación	Cualquier persona.	Destruir en todo o en parte, o paralizar por otro medio de los especificados en las fracciones anteriores, una máquina empleada en un camino de hierro, o una embarcación; o destruir o deteriorar un puente, un dique, una calzada o camino o una vía.	La seguridad en los medios y las vías de comunicación, y el patrimonio estatal.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
167 VIII	Ataques a los medios de comunicación.	Cualquier persona.	Modificar o alterar el mecanismo de un vehículo haciendo que pierda potencia, seguridad o velocidad (para perjudicar o dificultar las comunicaciones).	La seguridad en los medios de comunicación.	De 3 días a 4 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 500.00.
168	Ataque a los medios y las vías de comunicación.	Cualquier persona.	Ejecutar los hechos de que hablan los artículos 165, 166 y 167 haciendo uso de explosivos.	La seguridad en los medios y las vías de comunicación, y el patrimonio estatal o de particulares.	De 15 a 20 años de prisión.
169	Ataque a los medios y vías de comunicación.	Cualquier persona.	Poner en movimiento una locomotora, carro, camión o vehículo similar y abandonarlo o, de cualquier otro modo, hacer imposible el control de su velocidad de manera que pueda causar daño.	La seguridad en los medios y vías de comunicación.	De 1 a 6 años de prisión.

170 Párrafo 1o.	Ataque a los medios y vías de comunicación.	Cualquier persona.	Destruir total o parcialmente una aeronave, una embarcación u otro vehículo de servicio federal o local, ocupados por una o más personas, empleando explosivos, materias incendiarias o cualquier otro medio.	La seguridad en los medios y vías de comunicación, el patrimonio estatal o de los particulares, la vida, la integridad corporal y la salud personal.	De 20 a 30 años de prisión.
170 Párrafos 1o. y 2o.	Ataque a los medios y vías de comunicación.	Cualquier persona.	Destruir total o parcialmente una aeronave, una embarcación u otro vehículo de servicio federal o local, no ocupados por persona alguna, empleando explosivos, materias incendiarias o cualquier otro medio.	La seguridad en los medios y vías de comunicación, y el patrimonio estatal o de los particulares.	De 5 a 20 años de prisión.
170 Párrafo 3o.	Piratería aérea	Cualquier persona.	Hacer cambiar su destino a una aeronave, valiéndose de amenazas, violencia, intimidación o cualquier otro medio ilícito; o hacerla desviar de su ruta.	La seguridad en los medios y vías de comunicación, la libertad de determinación y la seguridad personal.	De 5 a 20 años de prisión.
171	Exceso de velocidad manejando vehículos.	Manejador.	Violar, dos o más veces, las disposiciones sobre tránsito y circulación de vehículos en lo que se refiere a exceso de velocidad.	La seguridad de las personas y las vías de comunicación terrestres	Prisión hasta 6 meses, multa hasta de \$ 100.00 y suspensión o pérdida del derecho de usar licencia de manejar.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
171 II	Ataques a las vías de comunicación.	Manejador ebrio o bajo el influjo de drogas enervantes	Cometer, en estado de ebriedad o bajo el influjo de drogas enervantes, alguna infracción a los reglamentos de tránsito y circulación al manejar vehículos de motor.	La seguridad de las personas y las vías de comunicación terrestres	Prisión hasta 6 meses, multa hasta de \$ 100.00 y suspensión o pérdida del derecho de usar licencia de manejar.
172	No contiene un tipo. Es una calificativa de diferentes delitos	Cualquier persona.	No describe conductas, sino medios con los que se causa algún daño ya descrito en algún tipo. Esos medios son: vehículo, motor o maquinaria.	La seguridad en los medios de comunicación, más los bienes tutelados en el tipo que resulte concretizado.	Además de la punibilidad por el delito que se cometa, se aplicará de 1 mes a 1 año de inhabilitación; y en caso de reincidencia, inhabilitación definitiva.

**TITULO SEPTIMO
DELITOS CONTRA LA SALUD**

Capitulo I De la producción, tenencia, tráfico y proselitismo en materia de estupefacientes.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
194	Producción y tenencia de estupefacientes.	Cualquier persona.	Sembrar, cultivar, cosechar o poseer plantas de "cannabis" resinosas reputadas como estupefacientes, sin llenar los requisitos legales o con infracción de disposiciones legales.	Seguridad de la sociedad en el control estatal de la producción y tenencia de estupefacientes.	Prisión de 2 a 9 años, multa de \$ 1,000.00 a \$ 10,000.00 y decomiso.
195	Producción, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes	Cualquier persona.	Elaborar, comerciar, transportar, poseer, comprar, enajenar, suministrar aun gratuitamente, adquirir o traficar estupefacientes, sin llenar los requisitos legales.	Seguridad de la sociedad en el control estatal de la producción y tenencia de estupefacientes.	De 3 a 12 años de prisión, multa de \$ 2,000 a \$ 20,000 y decomiso
II	Producción, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes	Cualquier persona.	Sembrar, cultivar, cosechar, comerciar, transportar, poseer, comprar, vender, enajenar, suministrar aun gratuitamente, adquirir o traficar semillas o plantas que tengan carácter de estupefacientes.	Seguridad de la salud en relación a la producción, suministro y tráfico de estupefacientes.	De 3 a 12 años de prisión, multa de \$ 2,000 a \$ 20,000 y decomiso

<p>III Producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes</p>	<p>Cualquier persona.</p>	<p>Sembrar, cultivar, cosechar, elaborar, comerciar, transportar, poseer, comprar, vender, enajenar, suministrar aun gratuitamente, adquirir o traficar opio crudo, "cocinado" o preparado para fumar, o substancias preparadas para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza.</p>	<p>Seguridad de la salud o en relación a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de opio o en relación a la adquisición de un vicio que envenene al individuo y degene la raza.</p>	<p>De 3 a 12 años de prisión, multa de \$ 2,000 a \$ 20,000 y decomiso</p>
<p>IV Párrafo 1o. Provocación, inducción o auxilio al uso de estupefacientes o a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes.</p>	<p>Cualquier persona.</p>	<p>Actos de provocación general, de instigación, de inducción o de auxilio a otra persona, para que use estupefacientes o ejecute con ellos cualesquiera de los actos delictuosos señalados en este capítulo.</p>	<p>Seguridad de la salud o en relación a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes o la libertad de elección acerca de la ejecución de delitos.</p>	<p>De 3 a 12 años de prisión, multa de \$ 2,000 a \$ 20,000 y decomiso</p>

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
195 IV Párrafo 2o.	Provocación, inducción o auxilio al uso de estupefacientes o a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes	Cualquier persona.	Inducir o auxiliar a un menor de 18 años o incapaz, o aprovechar el ascendiente o autoridad que se tenga sobre él, para que use estupefacientes o ejecute con ellos cualesquiera de los actos delictuosos señalados en este Capítulo.	Seguridad de la salud en relación a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes o la seguridad del sano desarrollo psíquico.	Prisión de 4 a 12 años, multa de \$ 2,000.00 a \$ 20,000.00 y decomiso.

- | | | | | | |
|--------------------|---|--|---|--|---|
| 196 | Producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes; y provocación, inducción o auxilio al uso o a la producción, elaboración, tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes | Farmacéuticos, boticarios, droguistas y médicos. | Ejecutar, directamente o valiéndose de otras personas, cualesquiera que los actos determinados por el artículo 195. | Seguridad de la salud, Libertad de decisión acerca de la ejecución de delitos, Seguridad del sano desarrollo psíquico, y el correcto ejercicio de la profesión | De 4 a 12 años de prisión, multa de \$ 3,000 a \$ 25,000, inhabilitación de 2 a 5 años para ejercer la profesión y el comercio, y decomiso. Además, clausura del establecimiento de su propiedad por un lapso de 1 a 3 años, si los actos fueron ejecutados dentro del establecimiento. |
| 197
Párrafo 10. | Importación o exportación de estupefacientes. | Cualquier persona. | Importar o exportar ilegalmente estupefacientes o sustancias de las señaladas en este capítulo. | Control estatal en la importación o exportación de estupefacientes o sustancias tóxicas. | De 6 a 15 años de prisión, multa de \$ 3,000 a \$ 30,000, decomiso, y, en su caso, inhabilitación de 2 a 5 años para ejercer la profesión y el comercio. |

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
197 Párrafo 2o.	Auxilio en la importación o exportación de estupefacientes.	Funcionario o empleado público aduanal	Permitir la introducción o la salida del país, de estupefacientes o sustancias determinadas en el artículo 193, con violación del Código Sanitario, convenios o tratados internacionales, leyes o disposiciones sanitarias o cualquiera otra ley.	Control estatal en la introducción o la salida del país de estupefacientes o sustancias tóxicas.	De 6 a 15 años de prisión, multa de \$ 3,000 a \$ 30,000, decomiso, y, en su caso, inhabilitación de 2 a 5 años para ejercer la profesión y el comercio.
198	Tráfico de estupefacientes y otras drogas	Propietarios o encargados de un fumadero de opio o de un establecimiento dedicado a venta, suministro o uso de estupefacientes u otras drogas.	Destinar un establecimiento a la venta, suministro o uso de estupefacientes, opio crudo o "cocinado" o preparado para fumar, o sustancias preparadas para un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza.	Seguridad de la salud en relación a la venta, suministro o uso de estupefacientes, opio o sustancias preparadas para un vicio que envenene al individuo y degeneren la raza.	De 6 a 15 años de prisión, multa de \$ 3,000 a \$ 30,000, decomiso, clausura definitiva del establecimiento, y, en su caso, inhabilitación de 2 a 5 años para ejercer la profesión y el comercio.
Capítulo II Del peligro de contagio.					
199 bis.	Peligro de contagio.	Enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante.	Poner (sabiendo que se está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante) en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales.	La seguridad de la salud en las relaciones sexuales.	Hasta 3 años de prisión y multa hasta de \$ 3,000.00

**TITULO OCTAVO
DELITOS CONTRA LA MORAL PUBLICA Y LAS
BUENAS COSTUMBRES**

Capítulo I Ultrajes a la moral pública

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
200 I	Ultrajes a la moral pública.	Cualquier persona.	Fabricar, reproducir, publicar, exponer, distribuir o hacer circular libros, escritos, imágenes u objetos obscenos.	La moral pública	Prisión de 6 meses a 5 años y multa hasta de \$ 10,000.00
II	Ultrajes a la moral pública.	Cualquier persona.	Publicar por cualquier medio, ejecutar o hacer ejecutar por otro exhibiciones obscenas.	La moral pública	Prisión de 6 meses a 5 años y multa hasta de \$ 10,000.00
III	Ultrajes a la moral pública.	Cualquier persona.	Invitar escandalosamente a otro al comercio carnal.	La moral pública	Prisión de 6 meses a 5 años y multa hasta de \$ 10,000.00

Capítulo II Corrupción de menores

ART. DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
201 Corrupción de menores Párrafos 1o. y 2o.	Cualquier persona.	Facilitar o procurar, a un menor de dieciocho años, su depravación sexual, si es púber; o la iniciación en la vida sexual, o la depravación de un impúber. Inducir, incitar o auxiliar, a un menor de dieciocho años, a la práctica de la mendicidad, de hábitos viciosos, a la ebriedad, al uso de estupefacientes, a formar parte de una asociación delictuosa, o a cometer cualquier delito.	Normal desarrollo psicosexual; Seguridad de la salud psíquica y física del menor; Libertad de determinación, seguridad de la sociedad; Salud personal y las buenas costumbres.	Prisión de 6 meses a; 5 años e inhabilitación para ser tutor o curador.
Párrafo 3o. Corrupción de menores	Cualquier persona.	Realizar, reiteradamente, actos de corrupción sobre el mismo menor, debido a los cuales éste adquiere los hábitos del alcoholismo, del uso de drogas heroicas o de sustancias tóxicas, se dedica a las prostitución o a las prácticas homosexuales, o forme parte de una asociación delictuosa.	Normal desarrollo psicosexual; Seguridad de la salud psíquica y física del menor; Seguridad de la sociedad; Salud personal; Buenas costumbres.	Prisión de 5 a 10 años, multa hasta de \$ 25,000.00 e inhabilitación para ser tutor o curador.

202 Parte 1a.	Corrupción de menores	Dueño, administrador, encargado o gerente de cantinas, tabernas o centros de vicio.	Emplear a menores de dieciocho años en cantinas, tabernas y cen- tros de vicio.	La salud psíquica del menor y las buenas cos- tumbres.	3 días a 1 año de pri- sión, multa de \$ 25.00 a \$ 500.00 e inhabili- tación para ser tutor o curador. Cierre defini- tivo del establecimien- to en caso de reincli- dencia.
Parte 2a.	Corrupción de menores	Padres o tutores.	Aceptar que sus hijos o pupilos, respectivamente, menores de die- ciocho años, bajo su guarda, se empleen en cantinas, tabernas o centros de vicio.	La salud psíquica del menor y las buenas cos- tumbres.	3 días a 1 año de pri- sión, multa de \$ 25.00 a \$ 500.00 e inhabili- tación para ser tutor o curador. Cierre defini- tivo del establecimien- to en caso de reincli- dencia.
203	No des- cribe un tipo. Es una califi- cativa para di- ferentes delitos	Ascendiente, padrastro o madrastra del menor	No describe conducta alguna. Es una calificativa para los delitos previstos en los artículos 201 y 202.	Además de los bienes señalados en los tipos que se concreten, la buena educación del descendiente o hijas- tro.	Se duplica la sanción por el delito que se co- mete (arts. 201 y 202) y privación de todo de- recho a los bienes del ofendido y de la patria potestad sobre sus des- cendientes.
Capítulo III Lenocinio					
207	Lenoci- nio	Cualquier persona.	Explotar, habitual o accidental- mente, el cuerpo de una persona por medio del comercio carnal, mantenerse de ese comercio u ob- tener de él un lucro cualquiera.	La moral pública y la dignidad humana.	Prisión de 6 meses a 8 años y multa de ... \$ 50.00 a \$ 1,000.00

 Capítulo II Vagos y Malvivientes

255	Vagancia y Malvivencia	Sujeto identificado como delincuente habitual o peligroso contra la propiedad, o explotador de mujeres, o traficante de drogas prohibidas, toxicómano o ebrio habitual, tatur o mendigo simulador y sin licencia.	No dedicarse a un trabajo honesto, sin causa justificada.	La economía nacional y la tranquilidad social	Prisión de 2 a 5 años.
256	Posesión de objetos para delinquir	Mendigos.	Portar un disfraz o armas, ganzús o cualquier otro instrumento, al momento de ser aprehendido y que dé motivos para sospechar que se trata de cometer un delito.	La seguridad social	Prisión de 3 días a 6 meses y sujeción a la vigilancia de la policía por el tiempo que el juez estime pertinente.

**TITULO DECIMOQUINTO
DELITOS SEXUALES**

Capítulo I Atentados al pudor, estupro y violación

260 Párrafo 1o.	Aten- tados al pu- dor.	Cualquier persona	Ejecutar, sin consentimiento de una persona púber o imber, o con consentimiento del púber, un acto erótico sexual, en ellas, sin el propósito directo e inmediato de llegar a la cópula.	Libertad sexual o la ino- cencia psicosexual.	Prisión de 3 días a 6 meses y multa de ... \$ 5.00 a \$ 50.00.
------------------------------	----------------------------------	-------------------	--	--	--

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
Párrafo 2o.	Atentados al pudor violentos.	Cualquier persona	Ejecutar, haciendo uso de la violencia física o moral, un acto erótico sexual en una persona púber o impúber, sin el propósito directo e inmediato de llegar a la cópula.	Además de la libertad sexual o la inocencia psicosexual y la tranquilidad personal	Prisión de 6 meses a 4 años y multa de \$ 50.00 a \$ 1,000.00.
262	Estupro	Cualquier persona del sexo masculino.	Tener cópula con mujer menor de 18 años, casta y honesta, obteniendo su consentimiento por medio de seducción o engaño.	El normal desarrollo psicosexual.	Prisión de un mes a 3 años y multa de 50 a \$ 500.00.
265 Parte 1a.	Violación propia de un púber	Cualquier persona	Tener cópula, por medio de la violencia física o moral, con una persona púber, sea cual fuere su sexo.	La libertad sexual.	Prisión de 2 a 8 años y multa de \$ 2,000.00 a \$ 5,000.00.
Parte 2a.	Violación propia de un impúber.	Cualquier persona	Tener cópula, por medio de la violencia física o moral, con una persona impúber, sea cual fuere su sexo.	La seguridad sexual.	Prisión de 4 a 10 años y multa de \$ 4,000.00 a \$ 8,000.00.

266	Viola- ción im- propia	Cualquier persona	Copular con persona menor de doce años o que, por cualquier causa, no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa.	La seguridad sexual o la libertad sexual.	Prisión de 2 a 8 años y multa de \$ 2,000.00 a \$ 5,000.00 si el pasivo es púber, o bien, prisión de 4 a 10 años y multa de \$ 4,000.00 a \$ 8,000.00 si el pasivo es impúber.
266	No con- tiene un tipo. 10. Es una califica- tiva.	Dos o más personas.	No describe conducta alguna. Es una calificativa por la intervención directa e inmediata de dos o más personas.	Además de la libertad sexual o la seguridad sexual, se tutela la tranquilidad sociosexual.	Prisión de 8 a 20 años y multa de \$ 5,000.00 a \$ 12,000.00.
266	No con- tiene un tipo. 20. Es una califi- cativa	Ascendiente, descen- diente, tutor, padras- tro o amasío de la ma- dre del ofendido	No describe conducta alguna. Es una calificativa por parentesco o tutela.	Además de la libertad sexual o la seguridad sexual, se tutela la confianza en relación a los parientes y tutores.	La punibilidad que corresponda a la clase de violación cometida, y, además, 6 meses a 2 años de prisión y, en caso de ejercerla, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, y el derecho de heredar al ofendido.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
266 bis. Párrafo 3o.	No contiene un tipo. Es una calificativa	Funcionario o empleado público o profesionalista.	No describe conducta alguna. Es una calificativa por utilizar los medios o circunstancias que el cargo, empleo o profesión proporcionan.	Además de la libertad sexual o la seguridad social en relación a los funcionarios o empleados públicos o profesionistas.	La punibilidad correspondiente a la clase de violación cometida y, además, destitución definitiva del cargo o empleo o suspensión de cinco años en el ejercicio de la profesión.
Capítulo II Rapto.					
267	Rapto	Cualquier persona, o bien, persona del sexo masculino.	Apoderarse de una mujer, por medio de la violencia física o moral, de la seducción o del engaño, para satisfacer algún deseo erótico sexual o para casarse.	La libertad individual.	Prisión de 6 meses a 6 años y multa de ... \$ 50.00 a \$ 500.00.
268	Rapto	Cualquier persona	Apoderarse de una mujer menor de dieciséis años, por medio de la seducción y con el consentimiento de ella.	La libertad individual.	6 meses a 6 años de prisión y multa de ... \$ 50.00 a \$ 500.00.

**TITULO DECIMOCTAVO
DELITOS CONTRA LA PAZ Y SEGURIDAD DE LAS
PERSONAS**

Capitulo I Amenazas

282 I	Amenazas.	Cualquier persona	Amenazar, de cualquier modo, a otro con causarle un mal en su persona, en sus bienes, en su honor o en sus derechos, o en la persona, honor, bienes o derechos, de alguien con quien esté ligado con algún vínculo.	La tranquilidad de la persona y la libertad de actuación.	3 días a 1 año de prisión y multa de \$ 10.00 a \$ 100.00.
II	Amenazas	Cualquier persona	Tratar de impedir, por medio de amenazas de cualquier género, que otro ejecute lo que tiene derecho a hacer.	Tranquilidad de la persona o la libertad de actuación.	3 días a 1 año de prisión y multa de \$ 10.00 a \$ 100.00.
283 I	No contiene un tipo; sino una atenuante	Cualquier persona	No describe conductas, sino atenuantes: los daños con que amenaza son leves o evitables.	Cautión de no ofender. Si no se otorga la cautión, se impondrá prisión de 3 días a 6 meses.	

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
II	No describe un tipo, sino una atenuante	Cualquier persona	No describe conductas, sino atenuantes: los medios son emblemas o señas, jeroglíficos o frases de doble sentido.		Cautión de no ofender. Si no se otorga la cautión, se impondrá prisión de 3 días a 6 meses.
III	No describe un tipo sino una atenuante.	Cualquier persona	No describe conductas, sino atenuantes: la amenaza se condiciona a que el amenazado no ejecute un hecho ilícito en sí.		Cautión de no ofender. Si no se otorga la cautión, se impondrá prisión de 3 días a 6 meses.
284 regla 1a.	Amenaza con daño patrimonial	Cualquier persona	Exigir y recibir, por medio de la amenaza, dinero, o algún documento o cosa estimable en dinero	La tranquilidad de la persona y la posesión de hecho.	Punibilidad de robo con violencia.
284 regla 2a.	Amenaza calificada por el delito cometido por el amenazado	Cualquier persona	Exigir y conseguir, por medio de la amenaza, la comisión de un delito.	La tranquilidad de la persona y la libertad de decisión sobre la comisión de un delito.	Se acumula la sanción de las amenazas y la del delito que resultare

Capítulo II Allanamiento de morada.

285	Allanamiento de morada	Cualquier persona	Introducirse (sin motivo justificado, sin orden de autoridad competente y fuera de los casos en que la ley lo permita), furtivamente o con engaño o violencia o sin permiso de la persona autorizada para darlo, a un departamento, vivienda, aposento o dependencia de una casa habitada.	Inviolabilidad del domicilio, o bien, inviolabilidad del domicilio y libertad de determinación.	1 mes a 2 años de prisión y multa de \$ 10.00 a \$ 100.00.
286	Asalto en despoblado o en paraje solitario	Cualquier persona	Hacer uso de violencia sobre una persona, en despoblado o en paraje solitario, con el propósito de causar un mal, obtener un lucro o de exigir su asentimiento para cualquier fin.	La seguridad, la libertad y la tranquilidad personales.	1 a 5 años de prisión.
287	Asalto a una población	Cualquier grupo de personas.	Atacar a una población.	La paz de la población	15 a 20 años de prisión a los asaltantes, y 20 a 30 años de prisión a los cabecillas o jefes.

**TITULO DECIMONOVENO
DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL**

Capítulo I Lesiones.

289 Parte 1a.	Lesiones	Cualquier persona	Inferir una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de 15 días	La salud personal	3 días a 4 meses de prisión o multa de ... \$ 5.00 a \$ 50.00, o ambas sanciones, a juicio del juez.
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------	--

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
289 Parte 2a.	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar más de 15 días.	La salud personal	4 meses a 2 años de prisión y multa de ... \$ 50.00 a \$ 100.00.
290	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.	La salud personal y la estética facial.	2 a 5 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 300.00.
291	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.	El normal funcionamiento de un miembro y el normal funcionamiento de órganos en relación a su disminución.	3 a 5 años de prisión y multa de \$ 50.00 a \$ 300.00.
292 Párrafo 1o.	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquiera función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.	El normal funcionamiento de órganos o miembro, o un órgano, un miembro, alguna facultad o la estética personal, en relación a su pérdida.	5 a 8 años de prisión.

292 Párrafo 2o.	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.	La capacidad para trabajar, capacidad mental, la vista, el habla, las funciones sexuales en relación a su pérdida.	6 a 10 años de prisión
293	Lesio- nes	Cualquier persona	Inferir lesiones que pongan en peligro la vida.	La salud personal.	3 a 6 años de prisión sin perjuicios de las sanciones que correspondan conforme a los artículos anteriores.
295	No contiene un tipo. Es una calificativa de las lesiones	Quien ejerza la patria potestad o la tutela.	No describe una conducta, sino una calificativa de las lesiones.	Los bienes señalados en los tipos y la oportunidad del menor de ser educado.	Además de la punibilidad por las lesiones que resulten, se privará al sujeto de la potestad por la cual tenga el derecho de corrección.
296	No contiene un tipo	Dos o más personas.	No describe una conducta, sino la autoría material respectiva en las lesiones; atacar al ofendido con armas a propósito para inferirle las lesiones que recibió y no constare la autoría.		Prisión de 3 días a 4 años.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
297	No contiene un tipo	Cualquier persona.	No describe una conducta. Es la atenuante de rifa o duelo.		La punibilidad por las lesiones podrá disminuirse hasta la mitad o hasta los cinco sextos, según que se trate del provocado o del provocador.
298	No contiene un tipo	Cualquier persona en la premeditación, ventaja o alevosía; y el depositario de la fe o seguridad expresas o tácitas en la traición.	No describe una conducta, sino las calificativas de premeditación, ventaja, alevosía y traición.	Los bienes del tipo de lesiones que se concrete y, además, la oportunidad de defenderse en la ventaja y alevosía y la oportunidad de defensa y la fe expresa o tácita en la traición.	La punibilidad por las lesiones que resulten, aumentará: un tercio si concurre una sola calificativa, una mitad si concurren dos; dos tercios si concurren más de dos.
300	No contiene un tipo	Descendiente.	No describe una conducta, sino una calificativa fundada en el parentesco.	Respeto al ascendiente	La punibilidad por las lesiones inferidas aumentará en dos años de prisión.
Capítulo II Homicidio					
302 303-II y 307	Homicidio	Cualquier persona	Privar de la vida, produciéndose la muerte dentro de los 60 días.	La vida humana	8 a 20 años de prisión

306 I	Disparo de arma de fuego	Cualquier persona	Disparar a una persona o grupo de personas, una arma de fuego.		3 días a 3 años de prisión y multa de \$ 5.00 a \$ 1,000.00.
306 II	Ataque peligroso.	Cualquier persona	Atacar a alguien de tal manera que en razón del medio empleado, el arma, la fuerza o destreza del agresor, o de cualquiera otra circunstancia semejante, pueda producir como resultado la muerte.	La seguridad personal	3 días a 3 años de prisión y multa de \$ 5.00 a \$ 1,000.00
308 Párrafo 1o.	No contiene un tipo	Cualquier persona	No describe conducta. Es la atenuante de riña para el homicidio.		4 a 12 años de prisión
Párrafo 2o.	No contiene un tipo	Cualquier persona	No describe conducta. Es la atenuante de duelo para el homicidio		2 a 8 años de prisión.
309	No contiene un tipo	Tres o más personas.	No describe una conducta, sino la autoría material correspondiente en el homicidio: atacar al occiso con armas a propósito para inferirle las heridas que recibió y no constare la autoría.		3 a 9 años de prisión.

Capítulo III Reglas comunes para lesiones y homicidio.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
310	Homicidio por emoción violenta	Cónyuge de uno de los presuntos adúlteros	Matar, al sorprender a su cónyuge en el acto carnal o próximo a su consumación, a cualquiera de los culpables o a ambos.	La vida humana.	3 días a 3 años de prisión.
310	Lesiones por emoción violenta	Cónyuge de uno de los presuntos adúlteros	Lesionar, al sorprender a su cónyuge en el acto carnal o próximo a su consumación, a cualquiera de los culpables o a ambos.	Los bienes del tipo de lesiones que se concrete.	3 días a 3 años de prisión.
310	Homicidio.	Cónyuge y corruptor de uno de los presuntos adúlteros.	Contiene una agravante para el caso de que el matador haya contribuido a la corrupción de su cónyuge.	La vida humana.	5 a 10 años de prisión
311	Homicidio por emoción violenta	Ascendiente de la mujer hallada con el corruptor.	Matar al corruptor de la descendiente que esté bajo su potestad, en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo a él, si no se hubiere procurado la corrupción de la descendiente.	La vida humana.	3 días a 3 años de prisión.

311	Lesiones por emoción violenta	Ascendiente de la mujer hallada con el corruptor.	Lesionar al corruptor de la descendiente que esté bajo su potestad, en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo a él, si no se hubiere procurado la corrupción de la descendiente.	Los bienes del tipo de lesiones que se concrete.	3 días a 3 años de prisión.
312	Auxilio al suicidio	Cualquier persona	Auxiliar a otro para que se suicide.	La seguridad personal	1 a 5 años de prisión.
312	Inducción al suicidio	Cualquier persona	Inducir a otro para que se suicide.	Libertad de decidir sobre la propia vida.	1 a 5 años de prisión.
312	Homicidio consentido	Cualquier persona.	Prestar auxilio para que otro se suicide, hasta el punto de ejecutar el auxiliador la muerte.	La vida humana.	4 a 12 años de prisión

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
313	Auxilio o inducción al suicidio u homicidio consentido en personas incapaces de decidir.	Cualquier persona.	No describe conducta alguna. Es una calificativa de los delitos previstos en el artículo 312, para el caso de que el occiso o suicida fuera menor de edad o padeciera alguna enajenación mental.	Además del bien tutelado en el tipo que se concretice, se tutela la protección del menor o del enfermo mental.	La punibilidad de homicidio calificado o lesiones calificadas.
315 a 319	Homicidio o lesiones con premeditación, alevosía, ventaja o traición	Cualquier persona en la premeditación, ventaja o alevosía; y el depositario de la fé o seguridad expresas o tácitas en la traición.	No describe conducta alguna, sino la calificativa de premeditación, ventaja, alevosía y traición, para el homicidio y las lesiones.	Además de los bienes tutelados en los tipos de lesiones y homicidio, se protegen: la oportunidad de defenderse y la fé expresa o tácita, en la traición, y la oportunidad de defenderse, en la ventaja y alevosía.	20 a 40 años de prisión para el homicidio calificado. (Art. 320).

322	No contiene un tipo	Cualquier persona.	No describa conducta alguna, señala punibilidad de aplicación potestativa, para el homicidio y las lesiones.	Carece	Declarar a los reos sujetos a la vigilancia de la policía; y prohibirles ir a determinado lugar, municipio, Distrito o Estado, o residir en él.
-----	---------------------	--------------------	--	--------	---

Capítulo IV Parricidio

323	Parricidio	Descendiente consanguíneo en línea recta.	Privar de la vida al padre, a la madre o a cualquiera otro ascendiente consanguíneo y en línea recta, legítimos o naturales, sabiendo el delincuente ese parentesco.	La vida humana y la confianza en relación al descendiente consanguíneo	13 a 40 años de prisión
-----	------------	---	--	--	-------------------------

Capítulo V Infanticidio.

325 y 326	Infanticidio simple	Ascendiente consanguíneo.	Causar la muerte a un descendiente consanguíneo dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento.	La vida humana	6 a 10 años de prisión
--------------	---------------------	---------------------------	---	----------------	------------------------

327	Infanticidio por móviles de honor.	La madre que concibió fuera de matrimonio, que no tiene mala fama y ocultó su embarazo.	Causar la muerte del hijo ilegítimo, de edad no mayor de 72 horas, cuyo nacimiento haya sido oculto y no se hubiera inscrito en el Registro Civil.	La vida humana	3 a 5 años de prisión
-----	------------------------------------	---	--	----------------	-----------------------

**TITULO VIGESIMOSEGUNDO
DELITOS EN CONTRA DE LAS PERSONAS EN
SU PATRIMONIO**

Capítulo I Robo

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
367	Robo simple	Cualquier persona.	Apoderarse de una cosa mueble ajena.	La posesión de hecho.	<p>Cuando el valor de lo robado no exceda de quinientos pesos: hasta 2 años de prisión y multa hasta de \$ 500.00.</p> <p>Cuando el valor de lo robado exceda de quinientos pesos pero no de dos mil pesos: 2 a 4 años de prisión y de \$ 500.00 a \$ 2,000 de multa. Cuando el valor de lo robado exceda de dos mil pesos: 4 a 10 años de prisión y de \$ 2,000.00 a . . . \$ 10,000.00 de multa.</p> <p>Si el objeto no fuere estimable en dinero o por su naturaleza no fuere posible fijar su valor, se aplicará prisión de 3 días a 5 años.</p>

368 I Robo por equiparación El dueño de la cosa mueble. Disponer de o destruir, una cosa mueble (el dueño), si la cosa se halla en poder de otro a título de prenda o de depósito decretado por una autoridad o hecho con su intervención, o mediante contrato público o privado. La posesión de hecho. Punibilidades del robo.

II Robo por equiparación Cualquier persona. Aprovechar la energía eléctrica o cualquier otro fluido, sin derecho y sin consentimiento de la persona que legalmente pueda disponer de él. El patrimonio. Punibilidades del robo.

372 Robo con violencia Cualquier persona. No describe conducta alguna. Es una calificativa del robo, consistente en violencia física o moral. Además de la posesión de hecho, se tutela la tranquilidad personal A la punibilidad que corresponda por el robo, se agregarán de 6 meses a 3 años de prisión.

380 Robo de uso Cualquier persona. Tomar, con carácter temporal y no para apropiársela o venderla, una cosa ajena sin consentimiento del dueño o legítimo poseedor, y no haberse negado a devolverla si se le requirió a ello. La posesión de hecho. 1 a 6 meses de prisión. Además, pagará al ofendido, como reparación del daño, el doble del alquiler, arrendamiento o intereses de la cosa usada.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
381 I	No contiene un tipo, sino una calificativa del robo	Cualquier persona.	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo en un lugar cerrado.	Además de la posesión de hecho, se tutela la inviolabilidad del lugar cerrado.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.
II	No contiene un tipo, sino una calificativa del robo	Dependiente, doméstico	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo un dependiente o un doméstico contra su patrón o alguno de la familia de éste, en cualquier parte que lo cometa.	Además de la posesión de hecho, se tutela la confianza en relación al doméstico y al dependiente.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.
III	No contiene un tipo, sino una calificativa del robo.	Huésped o comensal, familiar del huésped o comensal, o criados que acompañen al huésped o comensal.	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo (un huésped o comensal o alguno de su familia o de los criados que lo acompañen) en la casa donde se recibe hospitalidad, obsequio o agasajo.	Además de la posesión de hecho, se tutela la confianza en los huéspedes, comensales y familiares o criados que los acompañen.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.

IV	No contiene un tipo, sino una calificativa del robo	El dueño de la casa o alguno de su familia.	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo el dueño o alguna de su familia en la casa del primero, contra sus dependientes o domésticos o contra cualquiera otra persona.	Además de la posesión de hecho, se tutela la confianza en el dueño de la casa o alguno de sus familiares, o solamente la posesión de hecho.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.
V	No contiene un tipo, sino una calificativa.	Dueños, dependientes, encargados o criados de empresas o establecimientos comerciales.	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo (los dueños, dependientes, encargados o criados de empresas o establecimientos comerciales) en los lugares en que presten sus servicios al público, y en los bienes de los huéspedes o clientes.	Además de la posesión de hecho, se tutela la confianza del huésped en el dueño, dependiente, encargado o criado. En relación al cliente solamente la posesión de hecho.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.
VI	No contiene un tipo sino una calificativa del robo	Obreros, artesanos, aprendices o discípulos.	No describe conducta. Es una calificativa: cometer el robo (los obreros, artesanos, aprendices o discípulos) en la casa, taller o escuela en que habitualmente se trabaje o aprenda o en la habitación, oficina, bodega u otro lugar al que se tenga libre entrada con el carácter indicado.	Además de la posesión de hecho, se tutela la confianza en el obrero artesano, aprendiz o discípulo.	Además de la prevista en los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 3 años de prisión.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
381 bis. 1a. parte	No contiene un tipo. Es una calificativa que da lugar al robo en casa habitada	Cualquier persona	No describe conductas. Es una calificativa del robo: robar en edificio, vivienda, aposento o cuarto que estén habitados o destinados para habitación, comprendiéndose en esta denominación no sólo los que están fijos en la tierra, sino también los móviles, sea cual fuere la materia de que estén contruidos.	Además de la posesión de hecho se protege la inviolabilidad del domicilio.	Sin perjuicio de las sanciones que de acuerdo con los artículos 370 y 371 deben imponerse, se aplicarán 3 días a 10 años de prisión.
2a. parte	Robo de vehículo estacionado en la vía pública	Cualquier persona	No describe conductas. Es una calificativa del robo: apoderarse de un vehículo estacionado en la vía pública y no ocupado por alguna persona.	La posesión de hecho.	Sin perjuicio de las sanciones que correspondan conforme a los artículos 370 y 371, se aplicarán de 3 días a 10 años de prisión.
3a. parte	Abigeato	Cualquier persona	No describe conductas. Es una calificativa del robo: apoderarse, en campo abierto o paraje solitario, de una o más cabezas de ganado mayor o de sus crías.	La posesión de hecho.	A las sanciones que correspondan conforme a los artículos 370 y 371, se le agregará de 3 días a 10 años de prisión.

Capítulo III . Fraude

386	Fraude	Cualquier persona	Hacerse ilícitamente de una cosa o alcanzar un lucro indebido, mediante el engaño a una persona o el aprovechamiento del error en que ésta se halla.	El patrimonio.	Si el valor de lo defraudado no excede de ... \$50.00, se impondrá prisión de 3 días a 6 meses y multa de ... \$5.00 a \$50.00. Si el valor de lo defraudado excede de \$ 50.00 pero no de \$3,000.00, se impondrá de 6 meses a 3 años de prisión y multa de \$ 50.00 a ... \$ 500.00. Si el valor de lo defraudado excediera de \$ 3,000.00, se impondrá prisión de 3 a 12 años y multa de \$ 10,000.00.
386 párrafo final	No contiene un tipo sino una calificativa	Cualquier persona	No describe conductas. Establece una calificativa por las maquinaciones o artificios empleados por el activo.	La punibilidad por el fraude, aumentará con 3 días a 2 años de prisión.	

Capítulo VI Daño en propiedad ajena.

397	Daño en propiedad ajena en lugar habitado	Cualquier persona	Causar incendio, inundación o explosión con daño o peligro de un edificio, vivienda o cuarto donde se encuentre alguna persona.	El patrimonio y la seguridad personal.	5 a 10 años de prisión y multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00.
II	Daño en propiedad ajena	Cualquier persona	Causar incendio, inundación o explosión con daño o peligro de ropas, muebles u objetos en tal forma que puedan causar graves daños personales.	El patrimonio.	5 a 10 años de prisión y multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00.
III	Daño en propiedad estatal	Cualquier persona	Causar incendio, inundación o explosión con daño o peligro de archivos públicos o notariales.	El patrimonio estatal.	5 a 10 años de prisión y multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00.
IV	Daño en propiedad estatal	Cualquier persona.	Causar incendio, inundación o explosión con daño o peligro de bibliotecas, museos, templos, escuelas, o edificios y monumentos públicos.	El patrimonio estatal y el patrimonio cultural de la Nación.	5 a 10 años de prisión y multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00.
V	Daño en propiedad estatal	Cualquier persona	Causar incendio, inundación o explosión con daño o peligro de montes, bosques, selvas, pastos, mieses o cultivos de cualquier género.	El patrimonio estatal.	5 a 10 años de prisión y multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00.

ART.	DELITO	SUJETO (S) ACTIVO (S)	NUCLEO NATURAL DEL TIPO	BIEN (ES) JURIDICAMENTE PROTEGIDO (S)	PUNIBILIDAD
399	Daño en perjuicio de tercero	Cualquier persona	Causar, por cualquier medio, daño, destrucción o deterioro de cosa ajena, o de cosa propia en perjuicio de tercero.	El patrimonio.	La punibilidad del robo simple.

APENDICE III.

Conceptos relacionados con PELIGROSIDAD y PROBABILIDAD DE REINCIDENCIA. (Criminología).

"El estudio sistemático de las relaciones entre el individuo, la sociedad y la cultura, es el progreso más reciente que ha logrado el hombre en su viejo esfuerzo de entenderse a sí mismo."

RALPH LINTON. (*).

La Criminología es el área de las llamadas Ciencias Penales que se encarga del estudio de la conducta antisocial y de las personas que presentan esta forma tan especial de comportamiento.

Acerca de ella se puede decir que es una disciplina relativamente nueva, que surge a la luz el año de 1876 en ITALIA, donde Cesare Lombroso inicia los estudios encaminados a encontrar al "Hombre Delincuente" ó "Delincuente Nato"; tiempo más tarde en 1879 se le unen Enrico Ferri y Rafaelo Garofalo, formando entre los tres la llamada "Escuela Positiva"; posteriormente llegan a recibir el título de: "Los Tres Evangelistas de la Criminología" al poner con sus investigaciones y estudios los cimientos de esta nueva disciplina.

Contemporáneamente Alphonse Bertillon en FRANCIA (1879), José Ingenieros en ARGENTINA (1907), Louis Vervaeck en BELGICA (1907) y Emile -- Durkheim en FRANCIA (1910), continúan los estudios encaminados al conocimiento de las características del hombre que delinque, proponiendo, específicamente Vervaeck "No se puede proponer un tratamiento correccio--

(*) Tomado de: Linton Ralph. (60).
Cultura y Personalidad.
Fondo de Cultura Económica. 1971.

---nal para un delincuente sin antes haber estudiado a este".

En Austria la "Escuela Biológica", en los años intermedios a las dos Guerras Mundiales, toma gran auge en la Ciudad de Graz y surgen de ella importantes criminólogos como son: Gross, Lez, Seeling y otros. Casi al mismo tiempo en los E.U.A. & Inglaterra aparecen los sistemas denominados "PROBATION y PAROLE" con los que se busca impedir que un delincuente continúe su vida criminal indefinidamente.

Posteriormente, al término de la Segunda Guerra Mundial, surgen múltiples adeptos para esta disciplina, siendo los más prominentes a nivel mundial:

EN EUROPA: Jean Pinatel (FRANCIA), Etienne De Greef (BELGICA), Benigno Di Tulio (ITALIA), Carlos Maria Landicho (ESPAÑA) y algunos otros que al emigrar a America son integrados rapidamente en los países a donde llegan; entre ellos tenemos: Constancio Bernaldo de Quiroz, Luis Jimenez de Asua, Manuel Lopez Rey (ESPAÑA), Denis Szabo (HUNGRIA), que rapidamente se integran en México, Argentina y Canada.

EN AMERICA destacan: Ernest Hooton, Sheldon Glueck y Eleanor Glueck (E.U.A.), Alfonso Quiroz Cuaron, Javier Pina y Palecios, Hector Solis Quiroga, Sergio Garcia Ramirez y otros (MEXICO), Miotto y Jorge Arturo Montero (COSTA RICA), Roberto Bergalli (ARGENTINA), Israel Drapkin (CHILE), Paulo José De Costa & Hilario Veiga de Carvalho (BRASIL).

Todos estos profesionales de diferentes ciencias (Derecho, Medicina, Psicología, Sociología y Antropología) realizan trabajos encaminados a la formación de una Teoría Criminológica con la cual se pudieran determinar las características generales de un delincuente, las motivaciones que le hacen delinquir y los posibles métodos & tipos de tratamiento que permitieran la corrección de este tipo de personas.

De esta manera se postulan diversos enfoques cuya denominación --

esta relacionada con sus emitentes y surgen por ello corrientes de tipo Sociológico, Biológico, Antropológico y Psicológico. De todas ellas la considerada como la más adecuada y con mayor fundamentación científica, a juicio de quien esto escribe, es la que en forma conjunta y progresiva crean: Sheldon y Eleanor Glueck (E.U.A.), Etienne De Greef (BELGICA), Jean Pinatel (FRANCIA) y Carlos Maria Landecho (ESPAÑA); los postulados que emiten son:

Toda persona (delincuente ó no delincuente) puede presentar en algún momento específico de su historia un ESTADO PELIGROSO (término similar al actual concepto de PELIGROSIDAD); definen como ESTADO PELIGROSO a la situación en que se encuentra una persona que está a punto de cometer un delito; tanto en el caso de que sea vaya a ser su primera transgresión (ESTADO PELIGROSO PREDELINCUENCIAL), como en el caso de que vaya a cometer otro delito (ESTADO PELIGROSO POSTDELINCUENCIAL); asimismo indican que para poder determinarlo exactamente se tienen que conocer los aspectos que lo componen; estos son:

CAPACIDAD CRIMINAL (término utilizado por Garofalo en 1878 con el nombre de TEMIBILIDAD): Es la perversidad constante y activa de un delincuente y la cantidad de mal que se puede temer de su conducta.

ADAPTABILIDAD SOCIAL: Es la capacidad del delincuente para adaptarse al medio ambiente en el que vive y por ello pasar desapercibido.

Ambos aspectos tienen variaciones individuales y al combinarse producen múltiples manifestaciones ó maneras de presentación del ESTADO PELIGROSO. Este mismo ESTADO puede presentarse en dos formas ó tipos:

ESTADO PELIGROSO CRONICO.- Se encuentra constantemente presente en el comportamiento de una persona (ya delincuente) que lo hace sumamente proclive al delito. Esto es se trata de un rasgo de su estructura de personalidad en la cual se encuentra firmemente arraigada una clara ten

---dencia a delinquir.

ESTADO PELIGROSO AGUDO.- Se da en el momento previo a la comisión del delito; su presencia tiene lugar cuando la decisión se ha tomado y la disposición está dada; es el instante previo al "PASO AL ACTO". Esta forma aguda siempre se presenta en todos los casos y la presencia de la forma crónica de ningún modo excluye ó imposibilita su aparición; en algunos casos esta forma aguda tiende a convertirse en crónica, aunque lo usual es que su denominación se deba a lo ocasional de su presentación.

Conviene aclarar que la forma de presentación del ESTADO PELIGROSO no se encuentra relacionada de ninguna manera con el delito, ya que este algunas veces podrá ser cometido tras una sola y ocasional forma aguda (por ejemplo en casos de Homicidios Pasionales) ó en algunas otras podrá ser cometido de tal manera que la forma crónica se encuentre siempre -- precediendolo (por ejemplo los robos continuos perpetrados por carteristas y/o rateros).

En esta teoría se incluyen parámetros para diferenciar y determinar el ESTADO PELIGROSO y para lograrlo toman índices Legales é índices Psicosociales.

Los índices Legales toman solamente en cuenta al delito cometido y lo juzgan en relación a su penalidad, sin relacionarlo con la repetición del mismo; sin embargo este solo parámetro no puede contar con todos los datos necesarios para determinar claramente el ESTADO PELIGROSO.

Con respecto a los índices Psicosociales estos se basan conjuntamente en los estudios clínicos realizados a estos sujetos, uniendo -- los mismos datos relacionados con el delito y su penalidad (índices Legales); por ende con ellos se puede determinar con mayor precisión el mencionado ESTADO PELIGROSO.

Estos dos índices solo pueden proporcionar criterios inferenciales acerca del futuro comportamiento de un delincuente, pero nunca estos índices probabilísticos se encontraran exentos de presentar errores y por ende de ser infalibles.

Vemos ahora los elementos, que de acuerdo a estos autores, se pueden presentar conjuntamente en la persona que ya cometiese un delito ó — que se encuentra en un ESTADO PELIGROSO.

Es Etienne De Greef quien, por primera vez, toma en consideración el elemento inicial que permite se cometa un delito; lo denomina UMBRAL DELINCUENCIAL y lo define como: "La cantidad de estímulo criminógeno necesario para que una persona determinada de el PASO AL ACTO".

Obviamente el UMBRAL DELINCUENCIAL es variable en todas las personas, sean delincuentes ó no, pero se ha considerado que un sujeto delincuente ó proclive a delinquir presenta un UMBRAL DELINCUENCIAL más bajo.

El PASO AL ACTO es el factor fundamental que permite diferenciar a un delincuente de una persona no delincuente, ya que la presencia del mismo significa inequívocamente que se ha cometido una conducta antisocial. Este PASO AL ACTO podrá darse cuando una de estas dos causas se cumpla:

Cuando exista un UMBRAL DELINCUENCIAL bajo.

Cuando se presente un Estímulo Criminógeno elevado y constante.

En la primera no importara para nada la cantidad de Estímulo Criminógeno presente, ya que el UMBRAL DELINCUENCIAL por ser muy bajo siempre podrá ser fácilmente sobrepasado y por ende la comisión de la conducta antisocial se dará.

Con respecto a la segunda el Estímulo Criminógeno podrá sobrepasar el UMBRAL DELINCUENCIAL por su consistencia y estabilidad, no importando lo elevado de este y con ello la presencia de una conducta antisocial — esta garantizada.

El UMBRAL DELINCUENCIAL junto con el PASO AL ACTO deberan siempre quedar relacionados con los aspectos sociales y de personalidad presentes en cada individuo, ya que estos (Personalidad y Medio Social) son los que influyen directamente en la conducta de un individuo y esta permite se eleve ó disminuya el ya multimencionado UMBRAL DELINCUENCIAL.

La forma en que afectan los rasgos de la personalidad y los factores sociales al UMBRAL DELINCUENCIAL de un individuo ha sido multiples veces sujeta a investigación y estudio, habiendose para ello empleado diversos métodos y técnicas; a pesar de ello nunca se ha detectado claramente un tipo especial de delincuente, pero si se han detectado algunos rasgos de personalidad que por su consistencia fueron clasificados como -- característicos de la PERSONALIDAD CRIMINAL.

En todas las investigaciones y estudios siempre se supuso que una persona no delincuente presentaba ó poseia mecanismos ó funciones que -- inhibian ó impedian que el Estimulo Criminogeno ó Delincuencial se presentara, actuando como reductores ó frenos de la tentación; permitiendo de esta manera que la persona se mantuviera ó permaneciera dentro del -- ambito de la legalidad ó de los límites tolerados por la ley.

Los frenos ó mecanismos descubiertos permitieron detectar dos momentos específicos en los que pueden actuar indistintamente; estos son:

Cuando se formule la decisión delictiva.

Cuando se intente llevar a cabo dicha decisión.

La primera se presentará como el temor a las consecuencias (INTIMIDABILIDAD), mientras que la segunda se dara como la carencia de medios y cualidades para la realización del delito (FALTA DE NOCIVIDAD).

Es facil ahora deducir que el delincuente ó la persona proclive a delinquir posee en menor cuantia ó definitivamente no posee estos dos -- mecanismos inhibidores y por ello su UMBRAL DELINCUENCIAL es bajo. Los

mecanismos que se presentan en estos casos son los mismos pero en su forma negativa y se dan con las siguientes características:

Propiciando una gran falta de temor a las consecuencias del hecho ilícito (ININTIMIDABILIDAD).

Cuando este propiciado por la parcial ó total posesión de los medios ó cualidades necesarias para la realización del ilícito (NO CUIDAD CRIMINAL).

En el primero de los casos la ININTIMIDABILIDAD podrá presentarse como: la falta de temor ante el reproche social (valoración ética del acto delictivo por parte de los demás) y/o por no temer al castigo impuesto para el acto delictivo (penalidad determinada legalmente).

Con respecto a la NO CUIDAD CRIMINAL esta podrá presentarse como: la capacidad para mantenerse apegado a un plan determinado que se conjun- te con una fuerte tendencia a vencer los obstáculos que se presentan en el camino delictivo y/o una gran frialdad de ánimo en la cual no existe ninguna repercusión afectiva.

Estos cuatro aspectos se encuentran íntimamente relacionados a cuatro rasgos característicos de la personalidad y por ende son el núcleo central sobre el cual giran los postulados fundamentales del concepto de PERSONALIDAD CRIMINAL.

Los rasgos de personalidad son:

EGOCENTRISMO.

LABILIDAD AFECTIVA.

AGRESIVIDAD.

INDIFERENCIA AFECTIVA.

Cada uno de estos rasgos facilita la presentación de un aspecto específico que propicia la disminución del UMBRAL DELINCUENCIAL; de esta manera tenemos que:

El EGOCENTRISMO.- permitirá no se presente temor ante la censura ó el reproche social, ya que la presencia de este rasgo únicamente permite que al sujeto valore los hechos desde su muy particular punto de vista, sin que admita un juicio valorativo proveniente de su entorno social. - Este rasgo es el que más contribuye a la constitución de la ININTIMIDABILIDAD.

La LABILIDAD AFECTIVA.- propiciará no se presente ningún tipo de - influjo, temor ó respeto ante el castigo impuesto y su conducta estará propiciada por la reacción emotiva del momento presente. La presencia de este rasgo no permite que el sujeto vislumbre objetivamente los hechos toda vez que actúa conforme a las necesidades afectivas que requiere satisfacer, sin que en el momento presente le importe ó tome en cuenta las consecuencias que su conducta le acarreará (Amenaza Futura).

Estos dos rasgos de personalidad permiten determinar la ININTIMIDABILIDAD.

La AGRESIVIDAD.- facilitará se mantenga una conducta constante que implique la posibilidad de vencer todas las adversidades posibles de -- presentación y al mismo tiempo de poder seguir apegado a un plan previamente determinado, estos dos aspectos permiten se pueda cometer con mayor facilidad un delito.

La INDIFERENCIA AFECTIVA.- dará pábulo a que no se presente ninguna repercusión efectiva al momento de la comisión del delito, en virtud de la existencia de una gran frialdad afectiva no susceptible de modificar.

Estos dos rasgos de personalidad determinan la NOCIVIDAD CRIMINAL.

Los cuatro rasgos de personalidad y las características criminógenas que propician deben siempre ser manejadas, detectadas y/o estudiadas en conjunto, ya que solo de esta manera se podrá determinar adecua-

---damente el UMBRAL DELINCUENCIAL y con este el ESTADO PELIGROSO de un individuo determinado. Con este fundamento debe sobreentenderse que nunca se podrá determinar el UMBRAL DELINCUENCIAL y con este el ESTADO PELIGROSO utilizando en forma aislada ó individualmente estos conceptos.

Hemos visto los componentes del ESTADO PELIGROSO (CAPACIDAD CRIMINAL y ADAPTABILIDAD SOCIAL) y sabemos que el mismo se determina por medio de la detección del grado de UMBRAL DELINCUENCIAL; toca ahora conocer la manera en que los componentes de ambos conceptos se relacionan entre sí y los diferentes criterios diagnósticos que dichos modos de interrelación originan.

La CAPACIDAD CRIMINAL siempre se encontrará relacionada con la NO-CIVIDAD CRIMINAL y la ININTIMIDABILIDAD; estas a su vez estarán conjuntamente a los rasgos característicos de la PERSONALIDAD CRIMINAL (AGRESIVIDAD, INDIFERENCIA AFECTIVA, EGOCENTRISMO y LABILIDAD AFECTIVA). Con respecto a la ADAPTABILIDAD SOCIAL debemos mencionar que la misma no influye en la comisión de un hecho antisocial y solo debe relacionarse con los mecanismos que permiten que un delincuente sea ó no detectado y/o señalado; permitiéndole esto incrementa ó disminuye su peligrosidad.

Los rasgos de la PERSONALIDAD CRIMINAL al relacionarse con los postulados emitidos acerca de estos dos conceptos producen el siguiente tipo de manifestaciones:

El EGOCENTRISMO.- producirá una Gran CAPACIDAD CRIMINAL y una Baja ADAPTABILIDAD SOCIAL.

La LABILIDAD AFECTIVA.- propiciará la aparición ambivalente de la CAPACIDAD CRIMINAL y una conducta dentro de los límites legales; por ende su ADAPTABILIDAD SOCIAL también se verá afectada y puede presentar tanto una adecuada readaptación ante estímulos adecuados como reincidir ante el tipo de estímulos Criminógenos más mínimos.

La AGRESIVIDAD.- provocará se presenten conjuntamente una gran CAPACIDAD CRIMINAL y una gran ADAPTABILIDAD SOCIAL, que facilitaran a una persona el ser triunfadora dentro del ambito tolerante de la ley ó un delincuente con alto grado de PELIGROSIDAD.

Por ultimo la INDIFERENCIA AFECTIVA.- permitirá una elevada CAPACIDAD CRIMINAL a la que se unira una baja ADAPTABILIDAD SOCIAL.

Los criterios diagnosticos posibles de encontrar, merced a todas las posibles formas de interrelación de los dos componentes del ESTADO PELIGROSO son:

CAPACIDAD CRIMINAL ALTA y ADAPTABILIDAD SOCIAL ELEVADA.- Es el más grave diagnostico del ESTADO PELIGROSO; en el se encuentran comprendidas las personas que presentan una gran tendencia al delito y tienen una gran facilidad para realizarlo; en este diagnostico criminógeno pueden ser englobados el Delincuente Profesional Solitario ó el Delincuente en Jefe; a ambos es difícil, dada su ADAPTABILIDAD SOCIAL, encontrarlos reclusos en instituciones penitenciarias.

CAPACIDAD CRIMINAL ALTA y ADAPTABILIDAD SOCIAL ESCASA.- es tambien una forma grave del ESTADO PELIGROSO; sin embargo su tendencia tan elevada a delinquir se encuentra disminuida ante su ESCASA ADAPTABILIDAD SOCIAL, pues esta ultima permite el descubrimiento de su delito; ya sea por errores en la ejecución, ya por no haber sabido ó podido ocultar la participación en el mismo. En este diagnostico pueden quedar incluidos los Delincuentes Profesionales Menores ó de Tropa; sujetos que comunmente son los pobladores habituales de las instituciones penitenciarias.

CAPACIDAD CRIMINAL BAJA y ADAPTABILIDAD SOCIAL ESCASA.- En este diagnostico se encuentran englobados los Delincuentes Asociados, Marginados y Vagos que cometen delitos pequeños que solo les permiten sobrevivir; son tambien los comunes habitantes de una institución penitenciaria.

CAPACIDAD CRIMINAL BAJA y ADAPTABILIDAD SOCIAL ELEVADA.— Generalmente se presenta en personas que normalmente han vivido y viven honradamente, pero que ante circunstancias especiales llegan a delinquir exitosamente. Cuando las conductas delictivas se suceden continuamente se modifica este diagnostico al ir aumentando paulatinamente la CAPACIDAD CRIMINAL y el sujeto queda incluido en alguno de los otros criterios -- diagnosticos aqui mencionados.

El PRONOSTICO inherente a cada uno de estos diagnosticos deberá -- realizarse tomando siempre en cuenta los siguientes aspectos:

Diagnostico del ESTADO PELIGROSO.

Tipo de Grupo Social en el que se va a Reintegrar.

Tratamiento Criminológico aplicado.

Resultados del Tratamiento aplicado.

Su adecuada determinación, unicamente posible de lograr por medio de estudios específicos, podra permitir se proporcionen un PRONOSTICO -- INFERENCIAL sobre cada sujeto; este diagnostico no es infalible y por -- ello tampoco es susceptible de perfectibilidad, en este momento histórico.

El PRONOSTICO siempre debe hacerse basado en los determinantes detectados despues del Tratamiento Criminológico, cuyo objetivo es modificar la CAPACIDAD CRIMINAL, aumentar la ADAPTABILIDAD SOCIAL y disminuir algunos rasgos de la PERSONALIDAD CRIMINAL, que son al final los que -- van a propiciar ó limitar el UMBRAL DELINCUENCIAL y por ende el ESTADO PELIGROSO (PELIGROSIDAD).

6.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES.
Revista Criminalis.
Publicación Bimestral. 1933 - 1981.
- 2.- ALONSO FERNANDEZ FRANCISCO.
Fundamentos de la Psiquiatria Actual.
Editorial Paz Montalvo. 1979.
- 3.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (A.P.A.).
Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. (DSM II)
1968.
- 4.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (A.P.A.).
Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. (DSM III).
1983.
- 5.- ARIETI SILVANO.
American Handboock of Psychiatric.
Basics Books.
- 6.- BARRAGAN BARRAGAN JOSE.
Legislación Mexicana sobre Presos, Cárceles y Sistemas.....
INACIPE/ Legislación. 1976.
- 7.- BASAGLIA FRANCO.
Psiquiatria y Antipsiquiatria.
Selvat Editores S.A. 1973.
- 8.- BASAGLIA FRANCO y Col.
Psiquiatria, Antipsiquiatria y Orden Manicomial.
Barral Editores S.A. 1975.
- 9.- BASTIDE ROGER.
Sociología de las Enfermedades Mentales.
Siglo XXI Editores. 1981.

- 10.- BLEULER EUGENE.
Tratado de Psiquiatria.
Espasa - Calpe. 1967.
- 11.- BONGER W.A.
Introducción a la Criminología.
Fondo de Cultura Económica. 1943.
- 12.- BRAUNSTEIN NESTOR A., PASTERNAK MARCELO.
Psicología: Ideología y Ciencia.
Siglo XXI Editores S.A. 1975.
- 13.- BUENTELLO Y VILLA EDMUNDO.
Carceles de la Republica Mexicana. en Revista Criminalia.
ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1971.
- 14.- BUENTELLO Y VILLA EDMUNDO.
El Enfermo Mental Delincuente. en Revista Criminalia.
ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1971.
- 15.- BUENTELLO Y VILLA EDMUNDO.
Instituto Psiquiatrico Forense. en Revista Criminalia.
ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1971.
- 16.- BUENTELLO Y VILLA EDMUNDO.
Legislación sobre Enfermos Mentales. en Revista Criminalia.
ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1971.
- 17.- CARRANCA Y RIVAS RAUL.
Derecho Penitenciario. Carceles y Penas en México.
Editorial Porrúa. 1984.
- 18.- CARRANCA Y TRUJILLO RAUL.
Derecho Penal Mexicano. Parte General.
Editorial Porrúa. 1976.

- 19.- CASTAÑEDA GARCIA CARMEN.
Prevención y Readaptación Social en México.
INACIPE/ Enseñanza.
- 20.- CASTELLANOS TENA FERNANDO.
Lineamientos Elementales de Derecho Penal.
Editorial Porrúa. 1973.
- 21.- CHAVEZ ADOLFO, MARTINEZ CELIA.
Nutrición y Desarrollo Infantil.
Editorial Interamericana. 1981.
- 22.- CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.
Editorial Porrúa. 1979.
- 23.- CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES.
Editorial Porrúa. 1975.
- 24.- COLETTI ALDO.
La Negra Historia de Lecumberri.
Editorial Universo. 1981.
- 25.- COOPER DAVID.
Psiquiatría y Antipsiquiatría.
Editorial Paidós. 1978.
- 26.- CORREA GARCIA SERGIO.
Peligrosidad. en Revista Mexicana de Justicia.
INACIPE, P.G.R., P.G.J.D.F. 1983.
- 27.- CROME L., STERN J.
Patología del Retraso Mental.
Editorial Científico Médica. 1972.
- 28.- DABOUT E.
Diccionario de Medicina. Expresiones Técnicas - Términos Médicos.
Editorial Nacional. 1970.

- 29.- DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON.
Psicología Médica.
Fondo de Cultura Económica. 1975.
- 30.- DE ROTTERDAM ERASMO.
Elogio de la Locura.
Editorial Nacional. 1973.
- 31.- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.
Ley de Normas Mínimas para la Readaptación Social de Sentenciados.
SECRETARIA DE GOBERNACION Mayo 19 de 1971.
- 32.- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.
Reformas al Código Penal.
SECRETARIA DE GOBERNACION. Enero 13 de 1984.
- 33.- DIAZ Y DIAZ HECTOR.
Trastornos Psiquiátricos Asociados a Epilepsias. en MEMORIAS. VI
ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA. Morelia. 1980
- 34.- EY HENRI, BERNARD P., BRISSET CH.
Tratado de Psiquiatria.
Editorial Toray - Masson. 1980.
- 35.- FRAZER S. H., CARR ARTHUR C.
Introducción a la Psicopatología.
Editorial El Ateneo. 1969.
- 36.- FREEDMAN ALFRED M., KAPLAN HAROLD I.
Comprehensive Textbook of Psychiatric.
The Williams & Wilkins Co. 1967.
- 37.- FERNANDEZ DE LIZARDI JOSE JOAQUIN.
El Periquillo Sernianto.
Editorial Promexa. 1979.
- 38.- GARCIA RAMIREZ SERGIO.
La Imputabilidad en el Derecho Penal Mexicano.
Universidad Nacional Autónoma de México. 1981.

39.- GARCIA RAMIREZ SERGIO.

La Política Penitenciaria del Gobierno Federal. en Revista Crimi-
nalia. ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1973.

40.- GARCIA RAMIREZ SERGIO.

La Prisión.

Fondo de Cultura Económica - Universidad Nacional Autónoma de Mex.

41.- GARCIA RAMIREZ SERGIO.

La Reforma Penal Mexicana. en Revista Mexicana de Prevención y ...
SECRETARIA DE GOBERNACION. 1972.

42.- GARCIA RAMIREZ SERGIO.

Panorama sobre el Penitenciarismo en México. en Revista Mexicana
de Prevención y ... SECRETARIA DE GOBERNACION. 1973.

43.- GASTAUT HENRI.

Epilepsias.

EUDEBA. 1977.

44.- HALL CALVIN S., LINDZEY GARDNER, MANDSEVITZ MARTIN.

Teorías de la Personalidad.

Editorial Limusa. 1978.

45.- HALL CALVIN S., LINDZEY GARDNER.

Las Teorías Psicosociales de la Personalidad.

Editorial Paidós. 1974.

46.- HALL CALVIN S., LINDZEY GARDNER.

La Teoría del Si Mismo y la Personalidad.

Editorial Paidós. 1974.

47.- HERNANDEZ PENICHE AGUSTIN.

Epilepsia. Diagnostico y Tratamiento.

La Prensa Médica Mexicana. 1977.

- 48.- HOUSTON MERRIT H.
 Tratado de Neurología.
 Salvat Editores S.A. 1977.
- 49.- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES,
 Manuales de Enseñanza.
 PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.
- 50.- JACKSON DON D. y Col.
 Etiología de la Esquizofrenia.
 Amorrortu Editores. 1974.
- 51.- JURADO BAIZABAL MARIA MARTINA, VALADEZ VELAZQUEZ MARIA TERESA.
 Comparación de Características Psicológicas encontradas
 TESIS RECEPCIONAL. FACULTAD DE PSICOLOGIA. U.N.A.M. 1977.
- 52.- KURCZYN DE STEPHAN PATRICIA.
 Funcionamiento del Centro Femenil en Revista Mexicana de
 Prevención y SECRETARIA DE GOBERNACION. 1973.
- 53.- LAIN ENTRALGO PEDRO.
 Historia Universal de la Medicina.
 Salvat Editores S.A. 1977.
- 54.- LANDECHO VELASCO CARLOS MARIA.
 Apuntes de Clínica Criminológica.
 INSTITUTO DE CRIMINOLOGIA. UNIVERSIDAD DE MADRID. 1967.
- 55.- LANDECHO VELASCO CARLOS MARIA.
 Peligrosidad Social y Peligrosidad Criminal. en Peligrosidad
 INSTITUTO DE CRIMINOLOGIA Y UNIVERSIDAD DE VALENCIA. 1983.
- 56.- LAROUSSE.
 Diccionario de la Lengua Española.
 Editorial Larousse. 1982.
- 57.- LAROUSSE.
 Diccionario Larousse Usual.
 Editorial Larousse. 1982.

58.- LAROUSSE.

Pequeño Larousse Ilustrado.

Editorial Larousse. 1980.

59.- LIMA MALVIDO MARIA DE LA LUZ.

La Capacidad Psíquica del Delito. en Revista Mexicana de Preven
ción y SECRETARIA DE GOBERNACION. 1976.

60.- LINTON RALPH.

Cultura y Personalidad.

Fondo de Cultura Económica. 1971.

61.- LOMBARDI VINCENT.

Carta Multicopiada distribuida en el Campo de Entrenamiento del
Equipo GREEN BAY PACKERS aproximadamente entre 1965 - 1969.

62.- MALO CAMACHO GUSTAVO.

Historia de las Cárceles en México. Precolonial, Colonial &
INACIPE/ Enseñanza. 1981.

63.- MAYER GROSS W. y Col.

Psiquiatría Clínica.

Editorial Paidós. 1978.

64.- MIDDENDORF WOLF.

Sociología del Delito.

Revista Mexicana de Occidente S.A. 1961.

65.- MIRALLES TERESA.

Métodos y Técnicas de la Criminología.

INACIPE/ Enseñanza. 1981.

66.- MONDRAGON BOLAÑOS AUSTREBERTO.

Estadística. Apuntes de Clase.

FACULTAD DE PSICOLOGIA. U.N.A.M. 1972.

67.- MONTANDON CLEOPATRE.

La Peligrosidad. Revisión de en Criminología.
DIRECCION DE PREVENION Y GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO.

- 68.- MONTIEL MEJIA VICTOR y Col.
Un Enfoque sobre las Prisiones Mexicanas
DIREC. GRAL. SERVS. MADICOS. D.D.F. 1976.
- 69.- NOYES ARTHUR, KOLB LAWRENCE C.
Psiquiatría Clínica Moderna.
La Prensa Médica Mexicana. 1976.
- 70.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
Clasificación Internacional de Enfermedades. Capitulo V.
ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS. 1965.
- 71.- PAPANEK H., WHITMONT E. C., y Col.
Teorias Neopsicoanalíticas de la Personalidad.
Editorial Paidós. 1975.
- 72.- PAVON FLORES MIGUEL ANGEL.
Sistemas Penitenciarios.
TESIS RECEPCIONAL. FACULTAD DE DERECHO. U.N.A.M. 1959.
- 73.- PAVON VASCONCELOS FRANCISCO.
Nociones de Derecho Penal Mexicano. Parte General.
Editorial Jurídica Mexicana. 1961.
- 74.- PATIÑO JOSE LUIS.
26 Lecciones de Psiquiatría Clínica.
Hospital "FRAY BERNARDINO DE ALVAREZ. 1975.
- 75.- PEREZ NAJERA MARIA DE LA CRUZ.
El Sistema Penitenciario en México.
TESIS RECEPCIONAL. FACULTAD DE DERECHO. U.N.A.M.
- 76.- PINATEL JEAN, BOUZAT PIERRE.
Criminología. en Tratado de Derecho Penal y Criminología.
FACULTAD DE DERECHO. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
- 77.- PORTE PETIT CANDAUDAP CELESTINO.
Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal. I.

- 78.- PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.
 Memoria. 1973 - 1974.
 D.D.F. 1975.
- 79.- QUIROZ GUARON ALFONSO.
 Inauguración del Centro Médico para..... en Revista Criminalia.
 ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1976.
- 80.- QUIROZ GUARON ALFONSO.
 La Clínica Criminológica, en Manual de Introducción a
 INACIPE/ Enseñanza. 5. 1976.
- 81.- RAMOS PALACIOS MARIO.
 Deficiencia Mental.
 B.M. Editores. 1968.
- 82.- RASCON CHAVEZ OCTAVIO A.
 Introducción a la Estadística Descriptiva.
 Universidad Nacional Autónoma de México. 1970.
- 83.- REYNOLDS JAMES RUSSELL.
 Epilepsy: Its Symptoms, Treatment and Relation to
 John Churchill. New Burlington Street. England. 1861.
- 84.- RIGHI ESTEBAN.
 Medidas de Seguridad: Descripción Legal en Revista Mexicana
 de Justicia. PROCURADURIA G. REP. P.G.J.D.F. INACIPE. 1983.
- 85.- RISTRICH DE GROTE MICHELLE.
 La Locura a Través de los Siglos.
 Editorial Bruguera. 1970.
- 86.- RODRIGUEZ MANZANERA LUIS.
 Criminología.
 Editorial Porrúa. 1981.
- 88.- RODRIGUEZ MANZANERA LUIS.
 Criminología, en Manual de Introducción a las Ciencias Penales.
 INACIPE/ Enseñanza. 1976.

- 88.- RODRIGUEZ MANZANERA LUIS.
Las Medidas de Seguridad. en Revista *Criminalia*.
ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS PENALES. 1976.
- 89.- SALVAT.
Diccionario Enciclopedico.
Salvat Editores S.A. 1952.
- 90.- SAN MARTIN HERNAN.
Salud y Enfermedad.
La Prensa Medica Mexicana. 1983.
- 91.- SCHEFF THOMAS.
El Rol de Enfermo Mental.
Amorrortu Editores. 1973.
- 92.- SECRETARIA DE GOBERNACION.
Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social.
Publicación Trimestral. 1972 - 1981.
- 93.- SLUCHEVSKY I. F.
Psiquiatria.
Editorial Grijalbo. 1963.
- 94.- SOLOMON PHILIP, PATCH VERNON D.
Manual de Psiquiatria.
El Manual Moderno. 1972.
- 95.- STRECKER EDWARD A.
Manual de Psiquiatria Clínica Moderna.
Editorial Horne. 1960.
- 96.- SYKES G. M.
El Crimen y la Sociedad.
Editorial Paidós. 1961.
- 97.- SZABO DENIS.
Criminología y Política en Materia Criminal.
Siglo XXI Editores. 1980.

98.- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Centro de Información Científica y Humanística.

Banco de Datos. 1967 - 1979.

99.- VALLEJO NAGERA JUAN ANTONIO.

Introducción a la Psiquiatría.

Editorial Científico Médica. 1974.

100.- VIVES ANTON TOMAS S.

Metodos de Determinación de la Peligrosidad, en Peligrosidad

INSTITUTO DE CRIMINOLOGIA Y UNIVERSIDAD DE VALENCIA. 1983.

101.- WOLFF WERNER.

Introducción a la Psicopatología.

Fondo de Cultura Económica. 1974.

102.- ZAFFARONI EUGENIO RAUL.

Teoría del Delito.

ADIAR. 1973.