



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

**EVOLUCION HISTORICA DE LA LEGISLACION EN
PSIQUIATRIA FORENSE. OPCIONES PARA LA
MEJOR READAPTACION DEL ENFERMO MENTAL**



FACULTAD DE DERECHO
SECRETARIA AUXILIAR DE
EXAMENES PROFESIONALES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :

Alma Lorena Murguía Serano

Director: Dr. Raúl Eduardo López Betancourt

MEXICO, D. F.

1 9 8 8



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 está 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.

P R O L O G O

La compleja interrelación entre el Derecho y la Psiquiatría, ofrece un amplio campo de difícil análisis, comprensión y dominio. Ante esta situación he pretendido sólo una aproximación al panorama que ofrece la problemática del enfermo mental.

Mi inquietud en este tema, surgió de la experiencia de tres años en los que laboré en el Hospital Psiquiátrico San Fernando, durante este lapso descubrí que en nuestro país se carece de normas jurídicas para impedir que por ignorancia o incomprensión de los familiares del enfermo mental, sean externados de los hospitales psiquiátricos pacientes con alto grado de peligrosidad, ya que las medidas de seguridad contenidas en nuestro ordenamiento penal, sólo se aplican a enfermos mentales que han cometido actos ilícitos y son consignados ante la autoridad competente.

En la presente tesis sólo me ocuparé de los enfermos mentales que reúnen ciertas características y están predispuestos a cometer actos delictivos en comparación a la población en general, siendo las patologías más frecuentes las encontradas en pacientes con psicosis orgánicas, epilepsia del lóbulo temporal y esquizofrenia paranoide.

En México, las normas que rigen el trato de los enfermos psiquiátricos, además de ser defectuosas, se encuentran diseminadas en diversos ordenamientos, sin representar un cuerpo legal, porque no protegen a la sociedad de la amenaza que sig

nifica la peligrosidad de ciertos pacientes psiquiátricos, ni tampoco protege los derechos de los pacientes hospitalizados.

Nuestro legislador ha puesto en vigor normas mínimas para el trato de los delincuentes y de menores infractores lo que refleja una filosofía avanzada cuyo objetivo es la rehabilitación de quienes ofenden a la sociedad, salvaguardando su dignidad. La aplicación de estas normas requiere de recursos humanos técnicamente capaces; de los que se carece, sin embargo se ha dado un paso trascendente. No estaría por demás que también se introdujeran normas mínimas para el trato del enfermo mental que por lo pronto ha quedado en desventaja.

En este trabajo no sólo se plantearán los problemas existentes, sino que se darán posibles soluciones para adecuar nuestras normas al momento actual en beneficio del paciente psiquiátrico. Cabe recordar la frase del doctor Goldhamer: "El descuido de los enfermos mentales recluidos en hospitales de tipo asilar, conduce a un síndrome de deterioro social. Este síndrome que se suponía era el estado final de ciertas enfermedades como la esquizofrenia, es en gran parte consecuencia del abandono y trato impersonal".

I. GENERALIDADES SOBRE MEDICINA FORENSE

- A. Antecedentes**
- B. Medicina Forense. Su importancia en el Derecho Penal.**
- C. Definición.**
- D. Ramas de la medicina forense.**

I. GENERALIDADES SOBRE MEDICINA NUCLEAR

A. Antecedentes.

Es un hecho indiscutible la enorme influencia que hoy en día tiene la medicina en diversas actividades humanas, ya que hace un estudio completo del hombre. La medicina, en su rama forense ha adquirido un predominio entre los conocimientos que necesitan cultivar no solamente los que piensen dedicarse a ella, sino todos los estudiantes de derecho y medicina, que por diversas circunstancias tienen que enfrentarse a problemas médicos legales.

La medicina forense es relativamente nueva, a pesar de que posee una tradición histórica ininterrumpida a lo largo de siglos, y que se remonta a las más antiguas civilizaciones.

En Egipto, durante el reinado del rey Zoster (3,000 A.C.) destacó Imhotep, quien fungía como médico legal y buscaba en forma empírica la causa de la muerte de los individuos.

En Babilonia, el Código de Hammurabi (1,700 A.C.) regulaba la práctica médica y quirúrgica, estableciendo responsabilidad profesional del médico conforme a la Ley del Talión¹.

En Roma, Numa ordenó la histerectomía de las mujeres muertas durante el embarazo, probablemente para descartar un aborto provocado, y todo individuo fallecido súbitamente era expuesto al público para que diera su opinión sobre la probable causa de su muerte, así Antisius declaró que la segunda herida del tórax de Julio César fue una lesión mortal. La Ley Aquilia ordenaba a los médicos determinar la gravedad de las heridas y, entre médicos y jurisconsultos se discutía sobre problemas de interdicción y demencia.²

Al derrumbarse el sacro imperio romano germánico se pierden mayores datos al respecto de las leyes romanas y algunas vuelven a aparecer en las Capitulares de Carlo Magno, cabe mencionar que en su época existieron ciertas prácticas llamadas "vistas", así había "vista de hombre muerto", "vista de mujer violada", etc., para determinar la causa de la muerte o dictaminar la sanción respectiva a quien resultare culpable.

Viene la Edad Media y siguen 700 años de obscurantismo racional, y fue hasta el siglo XVI bajo el reinado de Carlos V, cuando se impuso la facultad pericial a los médicos al servicio de la administración de justicia (1532). Estos médicos actuaban como forenses y extendían dictámenes oficiales para la comprobación de acusaciones en los casos de abortos, homicidios, lesiones, envenenamientos y muertes de infantes.

En 1775 surge el primer documento escrito, por Ambrosio Paré, su obra "Tratado sobre las heridas con respecto a su mortalidad", siendo el primer tratado de medicina legal ya sistematizado.

Juan Felipe Ingrassia realizó en 1578 un trabajo que es considerado por algunos como la base que posteriormente serviría para edificar una nueva rama de la medicina.

Sin embargo es Pablo Zacchias quien hace adquirir a la medicina legal una ordenación independiente con su obra "Cuestiones médico legales" publicada en 1621, pero es reconocido junto con Ambrosio Paré por su prioridad, como los creadores de esta rama de la medicina.

En Alemania a partir de los siglos XVII y XVIII se cultivó con gran dedicación esta rama de la medicina, siendo sus más notables representantes Pfeizar con sus estudios sobre el tratamiento y diagnóstico de heridas causadas por terceros y

su grado de peligro, lo mismo hicieron Bohn, Metzger, Casper y Henke.

En México independiente nada se conocía sobre la materia, y fue hasta 1834 cuando se impartió la primera cátedra de medicina legal por el doctor Agustín Arellano, pero el verdadero creador de esta disciplina fue el doctor Luis Hidalgo y Carpio, quien en 1868 integró la Comisión encargada de formular el Anteproyecto del Código Penal promulgado por el Presidente Benito Juárez en 1871. En éste, el doctor Hidalgo y Carpio consiguió hacer valer todas sus ideas y puntos de vista sobre cuestiones que tenían relación con temas de orden médico. En 1877, el mismo autor escribió su "Compendio de medicina legal mexicana".

En este siglo le siguieron en la cátedra los doctores Agustín Andrade, Nicolás Ramírez, José Torres Torija, Miguel Gilbón, Arturo Baledón Gil, el criminólogo Alfonso Quiroz y los doctores Manuel Merino y Ramón Fernández.

En la Facultad de Derecho, el primer maestro de la materia fue el doctor José Torres Torija en 1928 y continuando su labor los doctores Arturo Baledón, Mariano Ruiz, Constancio Bernaldo de Quiroz, el criminólogo Alfonso Quiroz, los doctores Miguel Gilbón, Oscar Lozano, Roberto Cervera, Luis Rafael Moreno González y Ramón Fernández Pérez.

B. Medicina forense. Su importancia en el Derecho Penal.

En 1958, el Consejo Técnico de la Facultad Nacional de Medicina consideró la conveniencia de que se discutiera la designación oficial de la materia y se aprobó que en vez de llamarse "Medicina legal", se llamara con mayor propiedad y evitando equívocos "Medicina forense".

La escasa divulgación de todo el material teórico, de investigación y práctico en esta rama de la medicina, ha influido para crear un estado de ánimo que aún predomina entre médicos y abogados, y que se exterioriza por el desdén a la materia, considerándola como algo de calidad inferior y propia para entretener mentalidades morbosas. Tal desestimación es injusta, pues presenta serias perspectivas para la investigación, ya que ofrece en su cotidiano ejercicio estudios apasionantes y gratas satisfacciones.

Los forenses no juzgan, sus tareas son complementarias a las altísimas funciones del juez, colaboran con él resolviendo problemas médicos o biológicos para una mejor impartición de la justicia. Esta es la relación entre la medicina forense y la ley, la relación entre la justicia y el progreso científico.

Su radio de acción se ha ensanchado hacia la legislación civil y en la medicina del trabajo, pero el campo de acción más amplio y objetivo de la medicina forense ha sido y es el derecho penal, que es al que más abundante material le suministra.

Las perspectivas que ofrece y las aplicaciones que tiene como especialidad, ya sea en el terreno de la investigación o

en la resolución de problemas, implican dos aspectos: el propiamente médico forense, que aborda asuntos de índole concreta y precisa y, el médico social, que enfoca su atención a la investigación de los factores etiológicos de la criminalidad y su profilaxis en el ámbito de la sociedad.³

Como primer punto, la medicina forense propiamente dicha sirve de marco al derecho en la formulación de normas relacionadas con aspectos médico biológicos como la calificación de la gravedad de lesiones y, en la correcta aplicación de las mismas cuando los encargados de impartir justicia solicitan la intervención del perito médico forense, para que con sus conocimientos y técnicas aporte pruebas para la resolución de casos concretos.

Bastará enumerar varios de los adelantos que la medicina forense, auxiliada por otras ciencias como la odontología, la química, etc., ha logrado, para darnos cuenta de su importancia en asuntos de carácter penal, civil y laboral, como son la comprobación de la muerte real y sus causas, la diferenciación entre muerte súbita y violenta y las causas más frecuentes de ambas; calificación de lesiones y sus consecuencias; técnicas de reconocimiento de delitos sexuales con sus consecuencias mediatas e inmediatas; estudios del recién nacido y del nacido muerto y; la valoración psiquiátrica para establecer la relación de causalidad que existe entre un individuo y sus acciones.

En materia civil, los conocimientos del perito médico forense se aplican habitualmente para evaluar la capacidad mental de un individuo en casos de existir duda sobre la validez de diversos actos jurídicos. En materia laboral resulta particularmente útil conocer la "técnica de ajuste" entre los riesgos de trabajo y la evaluación de sus consecuencias.

Lo anterior nos permite afirmar que el campo de acción de la medicina forense tiene múltiples cuestiones que despiertan interés y curiosidad, ya que de las conclusiones del médico forense puede depender el honor y la fortuna de un sujeto en lo civil, y en lo penal la condena o absolución de un procesado.

Por lo que atañe al segundo punto, sabemos que la medicina social tiene como objetivo mantener y mejorar la salud pública y, por medio de estudios epidemiológicos descubrir y eliminar las causas de la enfermedad, es decir que no contenta con reestablecer la salud del individuo interrumpiendo el proceso patológico, está comprometida con la eliminación de los riesgos ambientales que ponen en peligro la salud del sujeto⁴, para esto, sus estrategias mas importantes son el diagnóstico temprano, ya que el proceso patológico se puede detener o revertir más fácilmente en sus primeras etapas, y la supervisión preventiva como consecuencia lógica para reducir la incidencia de recurrencias y complicaciones o, para evitar el rápido deterioro de la capacidad física, psíquica o social.

En el terreno médico forense lo antedicho tiene su equivalencia en la investigación de los factores productores de la criminalidad y su profilaxis, lo que supone el conocimiento de las causas que la generan, para esto se requiere el estudio del delincuente en los casos concretos y el conocimiento de los factores humanos que lo generan, para así examinar y resolver con la técnica médico forense si un delito es causado por inadaptación social o por algún trastorno mental. La profilaxis comprende los aspectos de la criminalidad en todas sus manifestaciones, "es sabido que en materia de política criminal, hasta hace poco tiempo se usaba la pena como medio de intimidación, sistema que en realidad ni ha sido capaz de combatir el crimen, ni mucho menos aún de prevenirlo"⁵, por eso ha surgido la tendencia a estudiar el conjunto de fenómenos e individuos propensos a un desarrollo criminal.

C. Definición.

Existen tantas definiciones como autores, así Ambrosio Paré define a la medicina forense como "el arte de hacer relatos a la justicia". El doctor José Torres Torija la define como "la aplicación de las ciencias médicas a la ilustración de los hechos investigados por la justicia".

Simonin en su obra Medicina legal judicial, define a esta disciplina como "una ciencia particular que utiliza los conocimientos médicos o biológicos con miras en su aplicación a resolver los problemas que plantean las autoridades penales, civiles o sociales". Luis Hidalgo y Carpio en su Compendio de Medicina Legal Mexicana la definió como "el conjunto de conocimientos científicos, médicos y paramédicos que están al servicio de la administración de justicia".

D. Ramas de la Medicina Forense.

Traumatología forense.

Es la rama de la medicina forense que estudia el efecto de las lesiones ocasionadas por terceros.

El concepto de lesión, se ajusta al descrito en el artículo 288 del Código Penal vigente para el Distrito Federal, el cual establece que: "Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una fuerza exterior".

En nuestro país, la práctica médico forense en relación con las lesiones ocupa aproximadamente el 70% del total de

los peritajes realizados. Para su estudio es necesario clasificarlas, tomando en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. Las características del agente vulnerante que produce la lesión.
2. El estudio para calcular o medir el daño causado, para efectos de que el juzgador pueda establecer la punibilidad del delito.

Respecto al primer punto, existen infinidad de clasificaciones, de las que sólo transcribiré la expuesta por el doctor Ramón Fernández Pérez, porque su sencillez permite hacer más clara la intención de esta tesis y nos muestra con gran claridad la mayoría de los agentes productores de lesiones.

Lesiones por agentes mecánicos

1. Por agente vulnerante:
 - a) Escoriaciones
 - b) Equimosis
 - c) Hematomas
 - d) Heridas contusas
 - e) Contusiones profundas
 - f) Grandes machacamientos
2. Por arma blanca:
 - a) Heridas punzantes
 - b) Heridas cortantes
 - c) Heridas punzocortantes
 - d) Heridas cortocontundentes
 - e) Heridas punzocontundentes
3. Por arma de fuego: Heridas por proyectil de arma de fuego

Lesiones por agentes físicos

4. Por quemaduras:
 - a) Por calor húmedo
 - b) Por calor seco
 - c) Por sustancias químicas

Lesiones por agentes químicos

5. Envenenamientos: a) Venenos sólidos
 b) Venenos líquidos
 c) Venenos gaseosos

Lesiones por agentes biológicos

6. Infecciones por gérmenes: Enfermedades venéreas
7. Reacciones anafilácticas: Por penicilina u otro tipo
 de medicamento.

El segundo aspecto que debe tomarse en cuenta para la clasificación de las lesiones es, como ya dijimos, el estudio sobre la medición o estimación del daño. En este se realiza un examen desde tres puntos de vista: que abarca la gravedad, el tiempo de curación y las consecuencias para que el juzgador pueda establecer la punibilidad del delito que se trate.

Las lesiones atendiendo a su gravedad puede ser:

a) Mortales. - Si la muerte es producida por un mecanismo directo, lo que significa que con exclusión de cualquier otra causa, de suyo, produce la muerte (destrucción de órganos vitales, hemorragia intensa). Nuestro ordenamiento penal establece tres circunstancias que debe reunir una lesión para que se considere como mortal:

"ART. 303 ...

- I. Que la muerte se deba a alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, algunas de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación de terminada por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;

II. Que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días, contados desde que fue lesionado;

III. Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando es ta sea necesaria, que la lesión fue mortal, ..."

b) No mortales. - Estas se subdividen para su estudio en lesiones que ponen en peligro la vida (artículo 304 CP) y lesiones que no ponen en peligro la vida (artículo 287 CP).

En las primeras, la muerte se produce por un mecanismo indirecto, es decir, por un proceso patológico que aparece, o si ya estaba, se agrava a causa de la lesión y cronológicamente puede ser anterior, simultáneo o posterior a la lesión. El Código Penal establece en el artículo citado que: "no se tendrá como mortal una lesión aunque muera el que la recibió cuando la muerte sea el resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon".

Las lesiones que no ponen en peligro la vida, en sentido estricto, se encuentran íntimamente relacionadas con el otro punto ya mencionado, que es el tiempo que tarda una lesión en curar, tomando como base el término de quince días:

"ART. 289.- Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres días a cuatro meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión y multa de

cincuenta a cien pesos.

Las lesiones a que se refiere la primera parte del párrafo anterior, se perseguirán por querrela".

Por lo que se refiere al tercer punto, el perito dictaminará sobre las consecuencias de las lesiones, es decir, si éstas lacran, mutilan, invalidan, o dejan un debilitamiento funcional o una disfunción.⁶ Los artículos 290, 291 y 292 de nuestro ordenamiento penal señalan las sanciones que corresponden a las diversas consecuencias. Así al que infiera una lesión que deje en la cara del ofendido una cicatriz perpetuamente notable, se le impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos; cuando a consecuencia de la lesión resulte un debilitamiento funcional que perturbe para siempre la vista, el oído, una mano, brazo, pierna o cualquier otro órgano, la sanción aumenta de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos. En el último artículo referente a las consecuencias, se mencionan todas aquellas que mutilan o invalidan, aumentando la sanción de cinco a ocho años en las primeras y de seis a diez años en las segundas.

Como se puede ver, la función del perito médico forense es decisiva, ya que además de valorar el daño causado por una lesión en el organismo, puede determinar el tipo o tipos de agentes vulnerantes que se utilizaron. Cuando se trata de varios, determinará cual produjo la lesión más grave, si las lesiones corresponden a una agresión, accidente o intento suicida, y si hubo lesiones post mortem; así también, para efectos de que la autoridad competente establezca la pena, determinará si la lesión en cuestión por su naturaleza o gravedad pone o no en peligro la vida, el tiempo que tarde en sanar y quizá lo más importante, que es lo relativo a las consecuencias de las lesiones.

Tanatología forense

Este término procede del griego TANATOS que significa muerte y LOGOS que quiere decir estudio. Se define como la rama de la medicina forense que estudia todo lo referente a la muerte y al cadáver. Comprende numerosos problemas médico legales como el levantamiento del cadáver, conceptos de muerte real, aparente, súbita y violenta, signos recientes y tardíos de muerte, autopsia médico legal, cronotanatodiagnóstico y varias técnicas de investigación.

Levantamiento del cadáver

El hallazgo de un cadáver es un hecho judicial que desencadena, a requerimiento del Ministerio Público, la intervención simultánea de los peritos en criminalística, de los agentes de la policía judicial y del perito médico forense, quienes realizarán una búsqueda meticulosa y ordenada de todas las pruebas o indicios del lugar de los hechos, para consignar o dejar en libertad a la persona o personas presuntamente responsables.

Estas investigaciones pueden aportar datos precisos sobre la manera en que ocurrió el hecho que se investiga, así la diligencia del levantamiento del cadáver se desarrolla en tres fases:

- 1a. Examen del lugar de los hechos.
- 2a. Examen de las ropas del cadáver.
- 3a. Examen externo del cadáver.

El primer paso al llegar al lugar de los hechos es fotografiar el sitio desde diversos ángulos que cubran todo el ámbito y permitan apreciar con claridad los detalles que pueden ser indicios importantes en la investigación.

También debe hacerse un croquis escala y una relación de todo lo encontrado, por ejemplo la posición y estado de espejos, recipientes, frascos y medicamentos, lo cual es de gran importancia para esclarecer los hechos; el patrón de desorden de muebles y objetos que pueden sugerir lucha y por tanto hacer pensar en un posible homicidio o en una muerte por algún padecimiento que cause movimientos bruscos.

Debe ponerse atención en la distribución y aspecto de las manchas de sangre, orina, materia fecal, esperma, para reconstruir la posición, el movimiento de la víctima o la forma que fue herida.

Además de esta investigación, se debe contar con la información que suministren amigos, familiares y vecinos de la víctima como: antecedentes de enfermedad, manifestaciones de ideas suicidas, amenazas de muerte por otras personas, vida sexual, alcoholismo, drogadicción, con el objeto de orientar las investigaciones respecto a la personalidad de la víctima y en muchas ocasiones descubrir simulaciones con falsas notas de suicidio, robo de dinero o documentos.

El examen de las ropas del cadáver presenta un punto importante en la investigación, "... son ellas los testigos más seguros de la mayor parte de nuestros actos y de los acontecimientos a los cuales asistimos, registrando en su superficie, pliegues o tramas de sus tejidos, huellas y otros indicios que sobreviven a los hechos".⁷

Por eso se debe examinar el patrón de desorden de ropas, penetración y roturas, si existe coincidencia entre los traumatismos recibidos y éstas. En algunas ocasiones es de gran utilidad para establecer la identidad de la víctima, por el color, la talla y el contenido de los bolsillos, como credenciales, licencia u otros documentos.

En la última fase de la diligencia es donde la presencia del médico forense adquiere importancia, pues toca a él determinar los caracteres de identidad del cadáver como sexo, edad aparente, color de piel, cabello, iris, talla y conformación. Comprobará los signos de muerte y determinará con la mayor precisión la hora del fallecimiento.

El forense describe las huellas de violencia, localización y tipo de traumatismos, señalando cuando el posible, la clase de agente vulnerante y el trayecto de la lesión, examina la posición, orientación y actitud de cadáver, si empuña algún objeto y ordena que se tomen las muestras necesarias de todo indicio que pueda conducir al esclarecimiento del caso.

Todo lo anterior se asienta en el acta que corresponde a esta diligencia, obligación que toca al médico forense adscrito a la delegación de policía (artículo 187 LOTJFC), y posteriormente se envía junto con el cadáver al anfiteatro del Servicio Médico Forense del Distrito Federal para realizar la autopsia médico legal (artículo 181 LOTJFC).⁸

La autopsia⁹ médico legal, también llamada tanatopsia pericial o forense, la realizan los médicos especialmente facultados para ello (artículos 172 y 175 LOTJFC), con el fin de auxiliar a la administración de justicia, informando sobre las alteraciones orgánicas y causas que motivaron la muerte de un sujeto. Consiste en el examen del cadáver y la apertura de las tres cavidades: craneal, torácica y abdominal.

De acuerdo con las normas internacionales, la autopsia médico legal, es obligatoria en los siguientes casos:

1. En todas las muertes violentas: homicidios, suicidios y accidentes.

2. Cuando se está en presencia de una muerte súbita.
3. Cuando se está en presencia de una muerte natural, si no existió tratamiento médico reciente.
4. En muerte natural con tratamiento médico, pero ocurrida en circunstancias sospechosas.
5. En la muerte de madres con sospecha de haberse provocado aborto.
6. En productos de abortos con probabilidad de haber sido provocados sin justificación médica.
7. En todas las víctimas de infanticidio.
8. Cuando se trata de muerte de personas detenidas en centros de corrección o prisiones.
9. En la muerte de personas con indicios de riesgo laboral.
10. Cuando se trate de cadáveres que van a ser inhumados en el extranjero.¹⁰

El perito médico forense debe contar con la mayor información posible acerca de las circunstancias en que ocurrió la muerte antes de iniciar la autopsia, con el propósito de que la búsqueda de signos en el cadáver y la toma de muestras para el laboratorio guarden mayor congruencia. Una vez concluido el estudio exhaustivo externo del cadáver se podrá suministrar información acerca de las siguientes cuestiones:

Establecerá la causa de la muerte, esto, orientará el diagnóstico diferencial entre suicidio, homicidio o muerte natural, estableciendo la fecha de la muerte o cronotanatodiagnóstico.

Si el cadáver tiene huellas de traumatismos, determinará la sucesión cronológica de éstos, informará sobre la trayectoria de las lesiones que penetraron al cuerpo, la posición de la víctima al recibir las lesiones y tratará de establecer en lo posible el tipo de lesión y las características del agente vulnerante, todo esto para colaborar más ampliamente en la

identificación del autor del delito. Por lo que toca a los hechos de tránsito, tiene particular importancia diferenciar cada una de las lesiones que pueden presentarse en el atropellamiento¹¹, o bien en los casos de choques de automóvil, las lesiones en tórax son típicas porque dejan la huella del aro del volante o la barra de dirección.

En las heridas por arma blanca hará una descripción precisa del instrumento de que se trate, basándose en el aspecto que presente la lesión externa.

En las heridas por proyectil de arma de fuego verá si hay signos de disparo próximo o no, y serán de gran valor los proyectiles que no hayan salido del cuerpo, pues con ellos se puede hacer un estudio comparativo de su rayado y del proyectil testigo obtenido de la supuesta arma del delito.

En los casos de asfixia se buscarán signos en el cuello y tórax que permitan determinar cómo ocurrió la asfixia, sobre todo en la estrangulación y ahorcamiento, pudiendo siempre recurrir a exámenes químico toxicológicos de laboratorio para descartar una intoxicación o envenenamiento.

Terminando el examen externo del cadáver, el cual puede ilustrarse con fotografías y anotados los datos obtenidos se procede a la apertura de las tres cavidades.

El patólogo forense¹², examinará todos los órganos y sistemas, registrando descriptivamente todos los hallazgos para así facilitar cualquier averiguación judicial, que puede ocurrir inmediatamente después de la autopsia, después de varios meses y en ocasiones pasados los años.

Con el mismo fin enviará muestras de todos los órganos, sangre, orina, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo y

humor vítreo¹³, para su estudio toxicológico y anatomopatológico.

Tanatocronadiagnóstico

El diagnóstico del intervalo post mortem o de la hora de la muerte es de mucha importancia, ya que de su determinación puede depender que se deje en libertad a un presunto responsable o que se encarcele a un inocente.

En algunas ocasiones se trata de determinar el día o la hora del deceso dentro de un intervalo post mortem relativamente corto, siendo esta la situación más frecuente dentro de la práctica médico forense, sobretudo en la investigación de accidentes de tránsito denominados "pega y huye", en los que con la valiosa ayuda de la patología forense se ha logrado identificar tejido humano en ruedas, tolva o chasis del vehículo, en otras, sólo se pide un cálculo de semanas, meses o aún años. En nuestro país se ha logrado determinar la edad aproximada de una persona fallecida hacia tres meses, aplicando la técnica de Balthazard, Muller y Lebrun.¹⁴

Para establecer el tiempo transcurrido desde la muerte se deben distinguir los signos recientes de muerte real y los signos tardíos¹⁵, también para este fin son de mucha importancia los datos que se pueden recoger en el lugar de los hechos, función que corresponde a los expertos en criminalística.

Los signos recientes o inmediatos de muerte son:

1. Falta de pulsación tanto en el antebrazo a nivel de la arteria radial como en el cuello, sobre la carótida.
2. Falta de movimientos respiratorios o torácicos durante diez o quince minutos.

3. Pérdida de ruidos cardíacos.
4. Pérdida de reflejos oculares, (oculomotores y fotomotores)

Los signos cadavéricos tardíos son los que confirman definitivamente la muerte y en medicina forense se emplean para calcular aproximadamente la época o la hora de la muerte, éstos son:

1. Enfriamiento cadavérico. Es un fenómeno espontáneo del orden físico. Se considera un promedio general de disminución de la temperatura de un grado centígrado por hora, y que el equilibrio con la temperatura ambiente tardará alrededor de veinte horas.
2. Livideces cadavéricas. Son manchas hipostáticas cutáneas y aparecen entre las tres y las seis horas de ocurrida la muerte, son consecuencia de la acumulación de sangre en las partes declives del cadáver. Estas manchas dan datos muy importantes para la investigación judicial, ya que permiten establecer con cierta precisión si un cadáver ha sido cambiado de lugar y también es posible determinar la hora en que se hizo el cambio.
4. Rigidez cadavérica. Empieza tres o cuatro horas después de la muerte, generalizándose entre doce y quince horas para desaparecer entre veinticuatro y treinta horas.
5. Putrefacción. Su primer signo es la llamada "mancha verde", que aparece en la fosa ilíaca izquierda y la fetidez característica, casi siempre coincide con la desaparición de la rigidez cadavérica. Se puede definir como la descomposición de la materia orgánica por la acción de ciertos microbios.

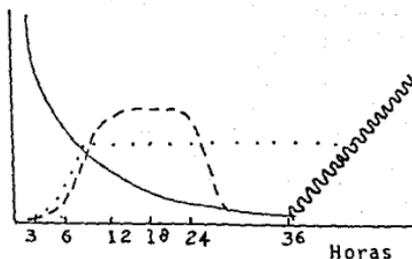
Este proceso dificulta las comprobaciones en la autopsia, el cerebro es el primer órgano que se altera estructuralmente y el útero la víscera más resistente, lo que permite investigaciones útiles a pesar del tiempo, tratándose de traumatismos, el esqueleto puede suministrar datos importantes y decisivos.

Alfonso Quiróz Cuarón¹⁶ menciona la presencia de una fauna cadavérica que resulta importante para establecer el momento de la muerte: "... a menos de un mes de la muerte aparece la mosca doméstica; de uno a dos meses la "lucila" que es sarcófaga..." "y así se continúan sucesivamente los 'trabajadores' o 'cuadrillas' de la muerte, hasta que al final no queda nada".

Para concluir expondremos de manera gráfica los fenómenos cadavéricos enunciados:

Temperatura —————
 Rigidez - - - - -
 Livideces
 Descomposición ~~~~~

Temperatura ambiente



Asfisiología

Etimológicamente el término asfixia procede del griego ASPHIZOS que significa "sin función" y consiste en la supresión de la función respiratoria. Según su causa podemos cla-

sificarla en mecánica, química o patológica. Etiológicamente las dos primeras pueden ser accidentales, suicidas u homicidas, y la tercera obedece a un proceso patológico del organismo sin que exista la intervención de un agente externo.

Asfixias mecánicas

Son las más frecuentes y por lo tanto las de mayor importancia pericial, ya que a pesar de los signos generales que las unifican, ofrecen grandes dificultades en la investigación judicial.

Estas asfixias también llamadas físicas pueden producirse por sumersión, sofocación, ahorcamiento y estrangulamiento. Normalmente la muerte se produce en medio minuto, pero en algunos casos de estrangulamiento la supervivencia puede llegar a varios minutos. Los verdugos podían hacer que la agonía durante un ahorcamiento se prolongara el tiempo que deseaban los familiares del ofendido cuando éstos tenían alguna importancia política, económica o social y dependía de la forma en que el ejecutor colocaba el nudo y la cuerda en el cuello del condenado.

Los signos externos comunes a todas las asfixias son: cianosis o amoratamiento de la cara, punteado equimótico de la piel y conjuntivas, fenómeno que se conoce como "máscara equimótica" e intensidad de las livideces cadavéricas en las partes declives; como signos internos se encuentra la congestión de todas las vísceras y la sangre de color rojo oscuro.¹⁷

La asfixia por sumersión se produce cuando algún líquido penetra por los orificios externos de las vías respiratorias, generalmente es accidental o suicida, es común en los infanticidios.

Este tipo de asfixias tiene como características, además de las ya mencionadas, la aparición de espuma rosada en nariz y boca que se conoce como "hongo de espuma" y en los casos de sumersión total se observa maceración de palmas y plantas, y a veces de todo el cuerpo según el tiempo que haya permanecido en el medio líquido.

Durante las investigaciones judiciales es de importancia detectar la ya mencionada máscara equimótica y el hongo de espuma, ya que esto es la prueba de que se está en presencia de un "ahogado azul", diverso del "ahogado blanco"¹⁸, ya que en éste último no hay introducción de líquido en vías respiratorias y no aparecen los fenómenos mencionados. Esta diferenciación es importante porque es frecuente que haya casos de simulación, es decir, que la muerte se produzca por cualquier otro medio y el cadáver sea arrojado al agua.

La asfixia por sofocación es una forma de interferencia de la función respiratoria que puede ser accidental o intencional. Según la forma en que se impida la ventilación pulmonar, el doctor Ramón Fernández Pérez¹⁹ señala cinco variantes:

- a) Obturación de vías aéreas cerrando nariz y boca con las manos o algún objeto blando.
- b) Introducción de cuerpos extraños que producen espasmo de la laringe como canicas, pastillas, dulces, etc.
- c) Compresión toraco abdominal como sucede en las aglomeraciones o derrumbes.
- d) Enterramiento. Por sumersión del cuerpo en sustancias pulverulentas.
- e) Confinamiento. Se agota el aire que ventila los pulmones, puede ser criminal como cuando se encierra a la víctima en un baúl o cajuela o se le coloca una bolsa de polietileno en la cara, o accidental, cuando un niño encierra a otro en el refrigerador.

La asfixia por ahorcamiento se produce por la tracción del cuerpo sobre una cuerda, cinturón, alambre, etc., que comprime el cuello y pende de un punto fijo. Esta forma de asfixia es típicamente suicida y en raras ocasiones accidental u homicida. Al examen externo se encontrarán los ojos salientes o exoftalmos y la lengua saliendo entre las arcadas de los dientes, la lesión típica del mecanismo que produjo la muerte, es decir, el surco dejado en la piel del cuello por el agente constrictor. Su dirección puede ser oblicua o inclinada además de interrumpirse donde se encuentra el nudo.

La estrangulación es una forma de asfixia típicamente homicida y rara vez puede ser accidental o suicida y consiste en la constricción ejercida directamente alrededor o delante del cuello que impide el paso del aire a los pulmones. Puede ser manual o con diversos instrumentos como cuerdas, tubos, etc.

Tanto la muerte por ahorcamiento como por estrangulación puede deberse a diversas causas, tales como rotura del axis y segmento superior de la médula, rotura de cartílagos de vías respiratorias superiores o la simple obstrucción de vasos sanguíneos que llevan oxígeno al cerebro, e incluso una combinación de estas formas.

El aspecto exterior del cadáver en los casos de estrangulamiento tiene como características especiales los signos de lucha que pueden encontrarse en diversas partes del cuerpo, en el cuello se pueden encontrar huellas de uñas si el homicidio fue manual, pero cuando se utiliza algún instrumento, se encontrará la marca de éste en el cuello de la víctima y la dirección será horizontal y situada a la altura del cartílago tiroideos.

Asfixias químicas

Este tipo de asfixias pueden ser agudas y rápidas o crónicas y lentas. Los gases y vapores nocivos son demasiado numerosos y todos tienen poco en común salvo que se absorben principalmente por vías respiratorias. Sólo mencionaremos los más importantes y en especial los que producen frecuentes envenenamientos.

El monóxido de carbono es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante, que se produce por la combustión incompleta de la materia orgánica. Existen muchas fuentes de este gas, como el escape de automóviles, las estufas de calefacción, los hornos con tiro insuficiente y las casas o edificios incendiados, proporcionando un gran número de muertes accidentales por su inhalación.²⁰

El gas doméstico originalmente era inodoro, pero para evitar la acumulación de gas en espacios cerrados y consecuentemente los siniestros frecuentes, se le agregó mercaptano por el intenso y penetrante mal olor de éste, para que sea fácil denunciar las fugas de sus recipientes.

Los gases anestésicos como el éter, cloruro de etilo y cloroformo se utilizan criminalmente colocando compresas en las vías respiratorias superiores. Desde el punto de vista médico forense no existen lesiones típicas de gases anestésicos, excepto cuando la muerte es producida por cloroformo, ya que aparecen lesiones necróticas en el hígado, y el análisis químico toxicológico podrá demostrar en algunas ocasiones la presencia de cloroformo.

A continuación mencionaremos algunos gases y vapores extremadamente nocivos²¹ a los que ninguno de los libros consultados hacen referencia, tal omisión considero que se debe a la

escasa relación que tiene con el campo penal, ya que la muerte por inhalación de estos gases y vapores normalmente se verifican en industrias, fábricas y en el campo.

El ácido cianhídrico (y todas las sustancias con ion cianuro), es un veneno de acción muy rápida, la inhalación de sus vapores produce la muerte entre unos cuantos minutos y tres horas, según la concentración respirada. Los cianuros se emplean en la metalurgia, limpieza de metales y algunos insecticidas.

El benceno es un ingrediente común en todos los quitabarnices y gasolinas. En casos de envenenamiento por benceno existe una alta concentración de fenoles y sulfatos en el examen de orina, lo que es un dato presuncional de la exposición a este gas. Las altas concentraciones del vapor de gasolina también produce la muerte por insuficiencia respiratoria, pero además sensibiliza al miocardio de modo que bastan pequeñas cantidades de adrenalina para precipitar fibrilación ventricular, esto puede explicar la muerte súbita en algunos casos de individuos que gozaban de un aparente buen estado de salud.

Sexología forense

La sexología es la parte de la medicina que estudia lo referente a la anatomía, fisiología y desarrollo de los órganos sexuales, así como identidad, orientación y apetito sexual, y desde luego las desviaciones de éstos.

La sexología forense es la rama de la medicina forense que estudia los delitos causados por desviaciones de la sexualidad y atentados a la identidad sexual con consentimiento o sin éste por parte de la víctima.

Dentro de la psicopatología sexual se encuentran las des-

viaciones sexuales, que también se les conoce como parafilias o perversiones, pero este término implica un juicio moral que no siempre estamos en condiciones de formular.

Las desviaciones sexuales que mencionaré someramente han sido consideradas en algunos tiempos como crímenes, castigados por el ordenamiento penal y sus autores tratados como delinquentes y marginados de la sociedad; las mismas conductas en otras épocas y lugares pudieron haber sido consideradas con in diferencia por la comunidad o incluso consideradas como perfectamente normales.

La homosexualidad es la práctica de relaciones sexuales entre sujetos del mismo sexo, puede darse tanto en el hombre como en la mujer. Entre estos sujetos son frecuentes el anoni mato y sus homicidios se caracterizan por un gran sadismo, por lo que es de mucha importancia el examen de la víctima para in vestigar las violencias sufridas.

Hay otras desviaciones sexuales como el travestismo, fe tichismo, paidofilia, zoofilia, sado masoquismo, necrofilia, froteurismo, voyeurismo y gerontofilia²².

Los delitos sexuales son figuras creadas por el legislador para castigar y reprimir los excesos ilegítimos del insti nto sexual, cuando se hace uso de la violencia, cuando se emplea la seducción o el engaño, en el caso de menores, o cuando el ofendido es incapaz de oponerse a un ataque de naturaleza sexual. Siendo los bienes jurídicos tutelados o susceptibles de lesión: la libertad y seguridad sexual de las personas púberes y el interés social de impedir la prematura corrupción de los impúberes, que por motivos de edad, no pueden darse cuenta del alcance y consecuencias de sus actos en esta esfera.

A continuación haremos una breve exposición de algunos

de los delitos sexuales tipificados en nuestro ordenamiento penal²³.

El delito de atentados al pudor se encuentra establecido en el artículo 260: "Al que sin consentimiento de una persona púber o impúber, o con el consentimiento de ésta última, ejecute en ella un acto erótico-sexual, sin el propósito directo e inmediato de llegar a la cópula, se le aplicarán de tres días a seis meses de prisión y multa de cinco a cincuenta pesos.

Si hiciere uso de la violencia física o moral, la pena será de seis meses a cuatro años de prisión y multa de cincuenta mil pesos". Dentro de este delito podemos encontrar numerosos ejemplos de algunas desviaciones mencionadas al principio del tema; generalmente los sujetos pasivos son jovencitas y niños ya sea que el delincuente use el pene, las manos masturbando los órganos genitales de sujeto pasivo, o la lengua con el mismo fin.

El artículo 262 establece: "Al que tenga cópula con mujer menor de dieciocho años, casta y honesta, obteniendo su consentimiento por medio de la seducción o el engaño, se le aplicarán de un mes a tres años de prisión y multa de cincuenta a quinientos pesos". Este delito de estupro, podemos considerarlo actualmente anacrónico por varias razones:

a) Por lo que respecta a la edad establecida, la correcta formación sexual de un individuo normal, dentro de los límites temporo espaciales a que debía atenerse nuestro ordenamiento penal, se termina cuando más tarde a los quince años, porque los actos de decisión (rechazo o preferencia) en sujetos de esa edad, son plenos de voluntad consciente y responsable.

b) Por otra parte la legislación civil considera que la edad mínima en la mujer para contraer matrimonio es de catorce

años (artículo 148 CC), ya que a partir de esa edad, se supone que está capacitada física y mentalmente para responder a las obligaciones del matrimonio.

c) Además, en los últimos años la educación sexual ha tenido un gran desarrollo, ya sea a nivel familiar, escolar o a través de los medios masivos de comunicación, por lo que la mujer a los catorce, y a veces antes, posee un conocimiento teórico de lo sexual.

Por todo esto, no se encuentra objeto jurídico que la ley penal deba tutelar; se puede admitir que la menor de catorce años sufre algún daño en cuanto afecta su correcta formación sexual, pero la mujer mayor de esa edad tiene pleno conocimiento de lo que va a realizar y para ello da su consentimiento.

El delito de violación se encuentra establecido en el artículo 265: "Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sea cual fuere su sexo, se le aplicará prisión de seis a ocho años. Si la persona ofendida fuere impúber, la pena de prisión será de seis a diez años".

En seguida el artículo 266 de nuestro ordenamiento penal señala que se equipara a la violación, la cópula con persona menor de doce años o que por cualquier causa no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa.

Las determinaciones médico legales son un problema pericial en el que los datos más importantes deben ser obtenidos del examen de la víctima, y para que dicho examen sea útil, debe ser practicado en los primeros días siguientes al hecho. Los signos variarán según se trate de violación o delito equiparable a ésta; Primeramente se comprobará si ha habido coito²⁴, si hay presencia de esperma en vías genitales o recto y poste-

riormente si hay signos o síntomas de enfermedad venérea.

Las huellas de violencia física que acompañan a la violación, las podemos dividir en dos grupos: huellas generales y huellas locales²⁵: entre las lesiones generales encontramos equimosis y escoriaciones por uñas, que en ocasiones dibujan perfectamente la forma de los dedos, sus sitios más frecuentes son la cara interna de los muslos, antebrazos, cuello, alrededor de la boca y nariz. Por regla general cuanto mayor es la víctima, más lesiones extragenitales presentará y algunas veces llegan a ser tan graves, que la violación se acompaña de homicidio, ya sea precediéndolo o sucediéndolo.

Entre las huellas locales encontramos desgarrros himenales, dislaceraciones de los labios menores, la horquilla y el periné. Las violaciones a las niñas menores de doce años no son muy frecuentes, pero cuando se realizan se observan las lesiones mencionadas pero con mayor amplitud y gravedad. En el caso de violación en un hombre, encontramos pequeñas lesiones anales y perianales, como relajación de esfínter anal, erosiones del orificio y desgarraduras y equimosis en la mucosa rectal.

La segunda parte del artículo 266 señala a los sujetos pasivos que "... por cualquier causa no estén en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa", el doctor Torres Torija²⁶ cita los siguientes casos:

Durante el sueño natural, durante el sueño hipnótico, durante el sueño por cualquier anestésico, en los enfermos mentales y oligofrénicos y en los estados de coma.

En forma independiente a las características de los delitos, mencionados en este capítulo, podemos encontrar, además de

las lesiones ya descritas y de las producidas por agentes biológicos (artículo 199 bis CP), la producción de un embarazo no de seado por la mujer, y en estos casos puede existir la posibilidad de que se cometan otros delitos como el aborto o el infanticidio.

Obstetricia forense

La obstetricia es la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus secuelas, por lo que le concierne la evolución y tratamiento del embarazo, el parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales²⁷.

La obstetricia forense es entonces la rama de la medicina forense que auxilia a la administración de justicia en la resolución de casos relacionados con los delitos de aborto e infanticidio, ya que ante estos ilícitos son necesarios los conocimientos y las técnicas del especialista tanto para el diagnóstico de un aborto o para determinar las condiciones en que ocurrió la muerte de un infante.

Aborto

Primeramente, debemos señalar la diferente connotación de este término. Para el médico obstetra, aborto es la terminación del embarazo antes de que el producto sea viable²⁸. El Código Penal para el Distrito Federal define al aborto en su artículo 329 como "la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez", lo que significa que nuestro ordenamiento penal no castiga la maniobra abortiva como expulsión del feto, sino la consecuencia, que es la muerte de éste.

La misma legislación señala para quien realiza las maniobras abortivas diversas penas según agravantes, atenuantes y exculpas absolutorias, así establece:

ART. 330. Al que hiciere abortar a una mujer se la aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral, se la impondrán de seis a ocho años de prisión.

ART. 331. Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que corresponden conforme al artículo anterior, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

ART. 332. Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure el aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I. Que no tenga mala fama;
- II. Que haya logrado ocultar su embarazo, y
- III. Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de estas circunstancias, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión".

El médico forense debe tener un vasto conocimiento de los procedimientos abortivos para formular un acertado dictamen y ser verdaderamente un valioso auxiliar de la justicia. Estos procedimientos se dividen en dos grupos²⁹: substancias abortivas, que en general no producen el resultado deseado, pero en ocasiones originan graves intoxicaciones y, las maniobras abortivas directas, que originan la intervención judicial, ya que resultan más eficaces pero con tales complicaciones, que interviene el médico forense, ya que son realizadas en forma séptica y por personas inexpertas.

Las principales complicaciones en este tipo de maniobras son:

1. Hemorragias uterinas que producen anemia aguda y la muerte.
2. Muerte súbita por inhibición a consecuencia de la dilatación del cuello uterino (sucede en el momento de realizar la maniobra).
3. Lesiones en vagina, cuerpo de la matriz y cuello uterino.
4. Embolia gaseosa por entrada de aire a la placenta.
5. Infecciones uterinas, peritonitis y septicemias.
6. Quemaduras por cáusticos o líquidos calientes.

El perito forense procederá al examen de la madre para buscar signos de aborto. Cuando el aborto no es reciente y el tiempo de gestación fue corto, es muy difícil comprobar algún signo sospechoso de la práctica de aquel, pero cuando es reciente y la madre está viva, se puede encontrar hemorragia uterina, lesiones en vagina y cuello uterino, retención de placenta y otras membranas en el útero (en los casos de aborto diferido, el feto puede permanecer durante dos meses o más dentro del útero)³⁰.

En algunas ocasiones es posible encontrar en el conducto cervical restos de los objetos empleados para provocar contracciones.

Cuando la mujer ha muerto, es más fácil la comprobación directa de los signos de aborto, ya que durante la autopsia se

pueden encontrar lesiones y el sitio donde estuvo insertada la placenta. En casos no frecuentes el médico forense podrá realizar el examen del producto para determinar la edad intrauterina de éste, si era viable o no, si presentaba huellas de traumatismos y la relación de éstos y su muerte.

Infanticidio

El delito de infanticidio se encuentra establecido en el artículo 325 del Código Penal para el Distrito Federal, y señala textualmente lo siguiente: "Llámesse infanticidio: la muerte causada a un niño dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento, por alguno de sus ascendientes consanguíneos".

Desde el punto de vista médico forense, analizar este delito significa otorgar una valiosa ayuda al juzgador, ya que al contar con el dictamen del experto puede tener un conocimiento técnico y científico del suceso para juzgar al sujeto activo del hecho ilícito.

El artículo 326 señala prisión de seis a diez años al ascendiente consanguíneo que priva de la vida al recién nacido, pena que resulta atenuada en relación con el homicidio simple, siendo aún menor tratándose del infanticidio "honoris causa", en el que se exige la concurrencia de tres circunstancias, siendo éstas:

- a) Que la madre no tenga mala fama
- b) Que haya logrado ocultar su embarazo
- c) Que el nacimiento del infante haya sido oculto y no hubiere sido inscrito en el Registro Civil
- d) Que el infante no sea legítimo

Sabemos que como consecuencia del nacimiento³¹ se producen cambios en los sistemas pulmonar, circulatorio y digestivo, que corresponde a las condiciones de vida extrauterina del producto. Así los objetivos más importantes del peritaje médico forense serán: comprobar que el producto vivió y respiró, que su muerte ocurrió dentro de las setenta y dos horas siguientes a su nacimiento. Otros problemas a resolver serán establecer la edad intra y extrauterina del producto, diagnosticar la causa de la muerte, señalar la presencia de lesiones y calcular el momento de la muerte y el tiempo transcurrido desde entonces.

Los cambios mencionados permiten comprobar si el producto vivió o no fuera del seno materno por medio de las docimacias³², pero antes de proceder a la apertura de las cavidades, se siguen los pasos mencionados en temas anteriores, con el fin de localizar posibles traumatismos y examinar el estado de la piel, ya que cuando se observa descamación epidérmica y el comienzo de la delimitación del cordón umbilical, se puede suponer una supervivencia mínima del producto de cuarenta y ocho horas, también se pueden tener indicios de vida extrauterina cuando existe putrefacción con predominio abdominal.

Las docimacias son pruebas sencillas y seguras que se realizan principalmente en el aparato respiratorio, y pueden ser hidrostáticas o histológicas, la primera atribuye su principio a Galeno y se basa en la disminución del peso específico de los pulmones al penetrar aire, si los pulmones flotan, significa que el producto respiró y si se hundieron, fue expulsado muerto, en este caso no se configurará el delito, ya que el bien jurídico tutelado no existió. La docimacia histológica consiste en la aplicación de técnicas micro y macroscópicas para el diagnóstico de la respiración fetal, siendo obligada en los casos de putrefacción, sumersión o estado patológico de los pulmones, ya que por estas circunstancias pueden aumentar su densidad. Cuando ha existido respiración se observa desplegamiento de los

bronquiales y alveolos³³.

Comprobar la muerte del recién nacido dentro de las setenta y dos horas siguientes a su nacimiento es una prueba de poco valor práctico, debido a que los signos por estudiar tienen cierta variabilidad en su aparición, por eso se considera que el límite marcado por el legislador es solamente un elemento empírico, pero guiado por la idea de muerte después del nacimiento.

Las causas de muerte en un recién nacido pueden ser naturales, patológicas, accidentales o criminales.

La muerte natural del recién nacido es una posibilidad que debe tenerse en cuenta sobretodo en casos de muerte súbita o repentina, que aunque resulta sospechosa puede ser atribuida a causas naturales o patológicas y por esto siempre debe practicarse la autopsia con el objeto de determinar con precisión la causa de la muerte. Se trata generalmente de anomalías fetales, constricción del cuello por el cordón umbilical o sofocación por la penetración de cuerpos extraños en vías aéreas superiores como fragmentos de membrana.

Las muertes accidentales, se deben también a múltiples factores, siendo los más frecuentes la hemorragia del cordón umbilical no ligado, la sofocación por compresión torácica del niño por el brazo o cuerpo de la madre, o por la obstrucción de orificios respiratorios por la posición de decúbito ventral.

La muerte criminal del recién nacido se puede realizar por medio de variadas maniobras como asfixias, lesiones y en muy pocos casos envenenamientos. Por lo que respecta a las asfixias mecánicas que se pueden observar en el infanticidio figuran la obstrucción de boca y nariz, la penetración de cuerpos extraños en vías aéreas superiores, compresión toraco-abdominal,

confinamiento, enterramiento y estrangulación.

Las lesiones que se encuentran casi siempre en el infanticidio son contusiones, siendo las más frecuentes las fracturas de cráneo que pueden producirse por el golpe de la cabeza del infante contra la pared o el piso o por algún instrumento contundente o por el paso por la tubería del desagüe. Otro tipo no tan frecuente de lesiones son las causadas por instrumentos punzantes o punzocortantes. El infanticidio por quemaduras es raro, ya que cuando se quema el cadáver es para hacerlo desaparecer.

Finalmente, para determinar la época de la muerte, el perito se guiará por los signos tempranos y tardíos de muerte, que son similares a los que presenta el adulto, a excepción de que la putrefacción no empieza por el intestino, pues el recién nacido es prácticamente estéril, sino por el exterior, precisamente por los orificios naturales. También se examinará a la madre con el fin de descubrir signos de embarazo reciente, señalando datos obstétricos como desgarro del cuello uterino, hemorragias e involución uterina. Si la madre ha muerto, el examen será más fácil por la posibilidad de observar directamente los órganos genitales internos.

Toxicología forense

La toxicología es definida por el diccionario médico TEIDE como "aquella parte de la farmacología que estudia los venenos y las diversas formas de envenenamiento que provocan aqueellos". Debemos aclarar que su campo no se limita al ya enunciado, sino que es mucho más amplio, ya que también estudia los efectos nocivos de los fármacos que se utilizan en la terapéutica.

La toxicología forense en su misión de auxiliar de la justicia

ticia, tiene la labor de aportar la prueba de un envenenamiento, por medio de exámenes químico-toxicológicos y otras técnicas, para esclarecer la etiología de las intoxicaciones, es decir, si éstas son atribuibles a una causa de origen suicida, accidental u homicida.

Tardieu, no se equivocó al afirmar que en el futuro iba a tener un gran desarrollo la química toxicológica, y que no existía ningún inconveniente en que los químicos toxicólogos colaboraran con los médicos forenses en la comprobación de un envenenamiento, "éstos, con la interpretación fisiopatológica de los síntomas clínicos del paciente y por las lesiones comprobadas en las necropsias; los químicos toxicólogos, verificando los correspondientes exámenes en las vísceras"³⁴.

Múltiples casos de intoxicación pueden vincularse o repetirse en el campo judicial, ya que con cierta frecuencia existe alguna relación con envenenamientos de tipo criminal, por lo que es necesario estar en condiciones de reconocer los síntomas de intoxicación y en su caso, que el perito médico forense se percate de los signos cadavéricos que pueden dar la pauta de una intoxicación si se reconocen durante la autopsia.

Así, al practicar la autopsia, deben observarse con cuidado el olor, color y estado de las vísceras y comprobar si existen o no partículas adheridas a aquellos. Un órgano de mucha importancia es el hígado, encontrándose en estos casos congestionado y degenerativo, ya que retiene y metaboliza gran parte de los tóxicos, algunas veces puede sufrir modificaciones el cerebro, el bazo, los riñones y otros órganos. En la sangre y en la orina se acostumbra investigar y en su caso cuantificar cualquier sustancia tóxica³⁵.

El médico forense tomará nota de lo observado durante la autopsia y enviará las muestras biológicas al químico toxicólogo, "quien a través de los medios técnicos con los que cuenta,

identifica los venenos, mediante el estudio de sus propiedades químicas, físicas y biológicas"³⁶.

Identidad e identificación

La identidad es definida por Armida Reyes Martínez³⁷ como "el conjunto de caracteres físicos que individualizan a una persona haciéndola igual a sí misma y distinta de todos los demás".

Desde la antigüedad, el problema de la identificación ha preocupado a los hombres, por tal motivo, se han tratado de encontrar procedimientos confiables que permitan establecer la identidad de un individuo, quizá este problema surgió con el primer niño sin filiación y con el primer delincuente que escapó de la justicia.

La identificación de los criminales peligrosos que hufan de la ley siempre ha sido de gran importancia³⁸, y así en los primeros tiempos los reincidentes eran mutilados o marcados con hierro candente.

Al pasar los años, quedan abolidas estas técnicas, siendo substituidas por la descripción de los signos fisonómicos y particularidades que ofrece el cuerpo humano, pero los delincuentes procuraban por todos los medios ocultar su verdadera identidad entablándose una lucha de inteligencias entre los infractores de la ley por un lado y los representantes de aquella por otro.

En 1864, César Lombroso trató de clasificar a los delincuentes de acuerdo a sus medidas antropométricas de ojos, orejas, boca, nariz, pelvis y miembros superiores, anticipando con sus teorías, la idea de la identificación por la observación de tipos fisonómicos.

Los investigadores siguen buscando métodos de investigación más confiables, y es Alfonso Bertillón, quien en 1879 presenta un complicado sistema para registrar las medidas individuales de los delincuentes. Posteriormente, complementa su sistema antropométrico con el retrato hablado que es el señalamiento descriptivo de una persona basándose en la división tripartita de las cualidades posibles de cada órgano. Fue Bertillón quien unificó el procedimiento de fotografiar a los delincuentes de frente y de perfil.

Algunos años después, Galton da a conocer el método dactiloscópico³⁹, considerado hasta la fecha el sistema de identificación por excelencia, ya que cumple con las leyes básicas que regulan la identificación: inmutabilidad y variedad infinita.

En México, se aplica el método dactiloscópico de Juan Vucetich, quien fue el primero en poner en práctica la utilización de todos los dedos de ambas manos, formando con ellos una ficha de identificación personal.

Los avances científicos y técnicos dentro del campo criminalístico han aportado valiosos métodos de identificación, así tenemos métodos odontológicos, de superposición de radiografías, fotografías e histológicos entre los más usados. Sin embargo, el método dactiloscópico es el más aplicado, ya que tiene alto grado de confiabilidad, sencillez y bajo costo.

Psiquiatría forense

La psiquiatría forense es una rama de la medicina forense y comprende el estudio de las cuestiones de derecho civil y penal relacionadas con la alienación mental, pero además abarca problemas planteados por la psicocriminogénesis, fijando normas generales para la terapéutica delincencial y penológica, señalando las rutas básicas para la profilaxis delictiva. Su fin es asesorar a las autoridades judiciales en la resolución de

los asuntos en que interviene esta materia.

En materia penal, el juez puede valorar de manera más justa, la condición mental de un presunto delincuente o de un ofendido, su capacidad de apreciación, su peligrosidad, etc., de modo que sea más fácil decidir en el caso concreto si se aplica una pena o una medida de seguridad.

El enfermo mental, por el hecho de vivir en sociedad y la posibilidad de entrar en conflicto con ella, plantea problemas de índole jurídico. Las normas jurídicas están basadas en el principio de que la mayoría de las personas tienen una mente apta para observar una conducta que responda a las exigencias de la vida en sociedad, por lo que no se les debe tratar igual a aquellos individuos cuya conciencia, juicio y voluntad están alterados y no tienen la posibilidad de actuar como la mayoría de las personas actuarían en circunstancias semejantes.

La función del perito psiquiatra consiste en el diagnóstico de la personalidad del infractor y el señalamiento de las condiciones psíquicas del mismo, antes, durante y después de la realización del acto delictivo.

Como auxiliar de la justicia, el psiquiatra se limita a concluir si las acciones cometidas son imputables o no al infractor.

La imputabilidad, es el conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales en el autor, en el momento del acto típico penal, que lo capacitan para responder del mismo⁴⁰.

Cuando un dictamen pericial confirma la existencia de la excluyente de responsabilidad señalada en el artículo 15, fracción II de nuestro ordenamiento penal, el cual establece:

"ART. 15. Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

I. ...

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

El juzgador se sujetará a lo previsto en el Capítulo V del mismo ordenamiento en sus artículos 67, 68 y 69, señalando para el infractor una medida de seguridad, su internamiento o tratamiento en libertad, siempre que se tomen las medidas necesarias para su vigilancia.

Con estas medidas también se evita que sean mezclados enfermos mentales y delincuentes, siendo los primeros los más afectados, ya que carecerían de tratamiento adecuado y su situación se agravaría aún más.

En algunos casos, el juez solicita al perito psiquiatra su opinión acerca de la personalidad psicofísica del infractor o sólo que se le informe acerca de su salud mental, incluyendo cuestiones de peligrosidad y tratamiento recomendable. La labor no es fácil, pues, aunque no existe un criminal nato en el sentido lombrosiano, no se puede negar que algunos tipos de enfermos mentales están más propensos a cometer conductas delictivas.

1. "... se derramará sangre de quien haya derramado sangre de hombre", "... el que mate a otro dará vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano...". Capítulos IX y XXI, respectivamente de la Ley del Talión. ACOSTA GUZMAN, ALFONSO. Medicina legal y toxicología. Editorial Serie. Cuarta edición. Universidad de Costa Rica. p. 2.
2. ACOSTA GUZMAN, ALFONSO. Medicina legal y toxicología. Editorial Serie. Cuarta edición. Universidad de Costa Rica. p. 2.
3. TORRES TORIJA, JOSE. Medicina legal. Temas para estudio. Méndez Oteo editor. Novena edición. México 1980. p. 4.
QUIROZ CUARON, ALFONSO. Medicina forense. Editorial Porrúa. México 1977. p. 75.
4. TERRIS, MILTON. La revolución epidemiológica y la medicina social. Editorial Siglo XXI. México 1982. p. 65.
5. KINSBERG, RAITZIN Y SEIN. Archivos de medicina legal. Buenos Aires 1980. p. 124.
6. TORRES TORIJA, JOSE. Medicina legal. Temas para estudio. Méndez Oteo editor. Novena edición. México 1980. p. 135.
7. FERNANDEZ PEREZ, RAMON. Elementos básicos de medicina forense. Editorial Francisco Méndez. Quinta edición. México 1981. p. 158.
8. Ley orgánica de los Tribunales de Justicia del Fuero Común del Distrito Federal.

9. Autopsia procede del griego AUTOS y OPSIS que significan "ver por propios ojos". En su etimología no corresponde al concepto médico, sería más preciso utilizar la palabra necropsia de NECROS-muerte, pero por tradición aún se conserva.
10. VARGAS ALVARADO, EDUARDO. Medicina legal, compendio de ciencias forenses para médicos y abogados. Editorial Lehman. Segunda edición. San José de Costa Rica 1984. p. 69.
11. Existen cinco tiempos que lo integran: impacto, proyección, caída, arrastramiento y machacamiento.
12. El doctor Luis Moreno González define la patología forense como una subespecialidad de la patología general que auxilia a la administración de justicia penal, determinando con sólida probabilidad la causa y circunstancia de la muerte.
GACETA MEDICA DE MEXICO. Volumen 119, Número 2. Febrero. México 1983. p. 57.
13. En personas diabéticas la glucosa permanece alta aún después del embalsamiento.
GACETA MEDICA DE MEXICO. Volumen 119, Número 2. Febrero. México 1983. p. 60.
14. GACETA MEDICA DE MEXICO. Volumen 119, Número 2. Febrero. México 1983. p. 58.
15. Para un estudio más detallado sobre los signos de muerte se recomienda consultar la obra del doctor VARGAS ALVARADO.

16. QUIROZ CUARON, ALFONSO. Medicina forense. Editorial Porrúa. México 1977. p.
17. FERNANDEZ PEREZ, RAMON. Elementos básicos de medicina forense. Editorial Francisco Méndez. Quinta edición. México 1980. pp. 143 y 144.
18. Jennings relata una ceremonia particularmente cruel, que consistía en el sacrificio de niños a los que se les aplicaba una gruesa capa de "hule líquido" en el rostro para ser sumergidos inmediatamente después en el estanque sagrado, el hule cuajaba al contacto con el agua y los niños morían sofocados, "la ceremonia requería que los niños murieran en agua, pero a causa de ella...". JENNINGS, GARY. Azteca. Editorial Planeta. Tomo I. México 1985. pp. 153 y 154.
19. FERNANDEZ PEREZ, RAMON. Elementos básicos de medicina forense. Editorial Francisco Méndez. Quinta edición. México 1980. pp. 144 y 145.
20. GOODMAN & GILMAN. Bases farmacológicas de la terapéutica. Nueva editorial interamericana. Reimpresión. México 1982. p. 765.
21. GOODMAN & GILMAN. Bases farmacológicas de la terapéutica. Nueva editorial interamericana. Reimpresión. México 1982. pp. 765 y siguientes.
22. Para mayor información se sugiere consultar la obra de KOLODNY, MASTERS & JOHNSON. Tratado de medicina sexual. Editorial Morgan. México 1986.
23. Sólo expondremos los establecidos en el Capítulo I, por ser de importancia en el campo médico legal.

24. En el campo médico legal se entiende por coito cualquier tipo de ayuntamiento o conjunción sexual, es decir, introducción del pene en vaso idóneo o no, como el recto, y por cópula únicamente la introducción del pene en vaso idóneo.
25. TORRES TORIJA, JOSE. Medicina legal. Temas para estudio. Méndez Oteo editor. Novena edición. México 1980. p. 144.
26. TORRES TORIJA, JOSE. Medicina legal. Temas para estudio. Méndez Oteo editor. Novena edición. México 1980. pp. 145 y siguientes.
27. WILLIAMS, HELLMAN & PRITCHARD. Obstetricia. Ediciones Salvat Mexicana. México 1978. p. 1.
28. La viabilidad es la capacidad de vida extrauterina del producto. Por lo general se considera como criterio de supervivencia el hecho de que alcance un peso de mil gramos o veinte semanas de gestación.
29. FERNANDEZ PEREZ, RAMON. Elementos básicos de medicina forense. Editorial Francisco Méndez. Quinta edición. México 1981. p. 194.
30. WILLIAMS, HELLMAN & PRITCHARD. Obstetricia. Ediciones Salvat Mexicana. México 1978. pp. 429 y 430.
31. Normalmente el recién nacido comienza a llorar después del nacimiento. Los gritos indican el establecimiento de una respiración activa, acompañada de importantes cambios en todos los sistemas.
WILLIAMS, HELLMAN & PRITCHARD. Obstetricia. Ediciones Salvat Mexicana. México 1978. p. 414.

32. Docimacia procede del griego "yo pruebo", "yo experimento.
33. QUIROZ CUARON, ALFONSO. Medicina forense. Editorial Porrúa. México 1977. p. 629.
34. URIBE CUALLA, GUILLERMO. Medicina legal y toxicología. Editorial Temis. Novena edición. Bogotá 1971. p. 824.
35. Se consideran en niveles o concentraciones, así tenemos: nivel tóxico: cuando produce manifestaciones nocivas en humanos, y nivel mortal: cuando la sustancia tiene tal concentración que produce la muerte.
VARGAS ALVARADO, EDUARDO. Medicina legal. Compendio de ciencias forenses para médicos y abogados. Editorial Lehman. Segunda edición. San José de Costa Rica 1984. p. 53.
36. URIBE CUALLA, GUILLERMO. Medicina legal y toxicología. Editorial Temis. Novena edición. Bogotá 1971. p. 824.
37. REYES MARTINEZ, ARMIDA. Dactiloscopia y otras técnicas de identificación. Editorial Porrúa. México 1983. p. 18.
38. La historia de la identificación se divide para su estudio en tres etapas:
1a. Bárbara o equívoca.
2a. Empírica o descriptiva.
3a. Científica que inicia con Bertillon.
39. Este método fue empleado en China en los siglos VIII y IX, para identificar a las personas en los contratos de compra-venta.

40. CASTELLANOS TENA, FERNANDO. Lineamientos elementales de Derecho Penal. Editorial Porrúa. México 1980.. p. 218.

II. EVOLUCION DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO

A. ANTECEDENTES

1. Epoca colonial
2. Epoca independiente
3. México contemporáneo

B. LA PSIQUIATRIA FORENSE Y SU LEGISLACION

1. Iniciadores
2. Primera legislación, cambios desde 1929 hasta la actualidad
3. Políticas seguidas por el legislador mexicano.

C. PELIGROSIDAD DEL ENFERMO MENTAL

1. Noción de salud mental
2. Trastornos mentales con alto grado de peligrosidad
3. Causas de hospitalización involuntaria

II. EVOLUCION DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO

A. Antecedentes

Durante mucho tiempo, los "trastornos del espfritu" fueron considerados como enfermedades sobrenaturales, por lo general se consideraba que los enfermos mentales habfan sufrido alguna clase de desastre sobrehumano, cuyo acontecimiento se explicaba invocando la intervenci3n de alg3n espfritu, de los dioses, o de los maleficios producidos por alguna bruja o hechicero.

En la antigüedad, los enfermos mentales que pertenecían a clases sociales inferiores eran rechazados y se veían obligados a huir a los bosques o lugares desérticos. Otros eran confinados en sótanos y prisiones para no constituir la burla de la comunidad.

Por otra parte, los trastornados que pertenecían a clases sociales altas, podían permanecer dentro del grupo social y aún llegaban a ostentar el poder. Un ejemplo lo sería Nabucodonosor, quien gobernó por más de cuarenta y tres años en el siglo VII A.C. y fue famoso al unificar uno de los Estados más poderosos de la antigüedad y construir la hermosa ciudad de Babilonia. Sin embargo, parece ser que el Rey padecía de licantropía⁴¹, por lo que en la noche salía de la ciudad y aullaba como un lobo enfurecido.

En Esparta Cleómenes I quien vivió en el siglo VI A.C. sufría ataques de agitación siendo aprisionado por sus oficiales, optando por el suicidio, cortándose en porciones sus propias carnes.

En Roma, Tiberio pudo vivir hasta los setenta y ocho años, a pesar de sufrir crisis persecutorias acentuadas. Permaneció los últimos años de su vida en la isla de Capri, arrojando a sus

enemigos desde lo alto de los peñascos. Nerón, que padecía de delirio de grandeza, terminó su vida como un fugitivo haciéndose degollar por uno de sus esclavos.

En Egipto, alrededor del año 1,500 A.C., se escribió el papiro de Ebers, en este documento se hace alusión a la epilepsia, considerada como un "mal sagrado", por lo que se rendía cierta veneración al que padecía esta enfermedad.

La concepción religiosa de las enfermedades mentales fue violentamente atacada por Hipócrates, quien señalaba "acerca de la llamada enfermedad sagrada, es así: no me parece que sea más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que tiene también una causa natural, a mi parecer aquellos que por primera vez hicieron sagrada esta afección eran los mismos que los actuales magos y purificadores, vagabundos, impostores y charlatanes; éstos pretenden ser de vehemente piedad y saber más; pero utilizan lo divino para ocultar su impotencia y desconcerto por no contar con ninguna ayuda que ofrecer..."

En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones sobrenaturales de la enfermedad mental, la medicina grecolatina y árabe habían considerado ya a la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria y el delirio como "vesanias"⁴² de origen natural, y más tarde en la Edad Media, muchos teólogos, entre ellos Santo Tomás defendieron esta tesis.

A principios del Renacimiento, la demonología inspiró los peores excesos, se escribió un infamante libro llamado "Malleus Maleficarum", el cual era una guía para que los cazadores de brujas pudieran identificarlas.

Muchos de los signos señalados en esa obra pueden observarse como signos de enfermedad mental y debieron vencerse grandes resistencias para que se aceptara que las brujas y los poseídos sufrían de una enfermedad "natural"

En el Renacimiento -cometa Michel Foucault- los locos vivían una existencia errante, era frecuente confiarlos a mercaderes y peregrinos. "... frecuentemente eran confiados a marineros, pero en múltiples ocasiones éstos dejaban en tierra antes de lo prometido a estos incómodos pasajeros, a menudo las ciudades de Europa debieron ver llegar estas naves de locos"⁴³.

En México, la medicina indígena, con sus raíces naturalistas y mágicas ha llevado hasta nosotros a través de algunos escritos del siglo XVI, entre los cuales destaca por su importancia el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (conocido como *Código Badiano*) y la *Historia General de las Cosas de la Nueva España* de Fray Bernardino de Sahagún, en ambos casos, los conocimientos vertidos son debidos a informantes indígenas, médicos aztecas, que al fundarse, unos cuantos años después de consumada la Conquista el Imperial Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco, fueron el medio de enlace entre la medicina europea recién llegada y la indígena, por muchos años transmitida de padres a hijos.

Algunas láminas del *Código Badiano* han sido interpretadas por el doctor Guillermo Calderón Narváez. Las marcadas con los números 7 y 14 se refieren al emplasto de diferentes plantas que "puestas en agua fría detienen el calor de la cabeza; si se ponen en agua caliente detienen la frialdad de ahí dentro". En la lámina 73 se da el remedio para la "sangre negra" (melancolía). La lámina 94 está dedicada al "mal comicial".

Fray Bernardino de Sahagún, describe las enfermedades cuyos nombres obtuvo al consultar fuentes indígenas mencionando la preocupación de nuestros antepasados por el alcoholismo. Para combatirlo se iba desde la recomendación del Emperador de que no se consumiera octli, hasta el repudio del alcohólico, y a los castigos como penas corporales, apaleamientos y aún la muerte.

En 1966 el doctor Calderón publicó una obra titulada "Hospitales psiquiátricos en México desde la Colonia hasta la actualidad"⁴⁴, del cual se expondrá brevemente la información contenida.

Durante la Colonia, Hernán Cortés fundó el hospital de Nuestra Señora de la Concepción, el que después cambió de nombre por el de Jesús Nazareno. Fray Bernardino Alvarez se dedicó por algún tiempo a cuidar a los enfermos de este hospital y posteriormente, fundó en 1566 el hospital de San Hipólito, lugar en el que eran atendidos caritativamente enfermos de todo tipo y ancianos.

Pasó mas de un siglo de la fundación del hospital de Nuestra Señora de la Concepción para que se fundara el hospital de la Canoa, obra de José Sáyago y esposa, quienes alojan a algunas enfermas mentales que vagaban por la ciudad.

Durante la independendencia, la orden de los hipólitos es suprimida por Decreto de las Constituciones Españolas en 1821 y el hospital de San Hipólito pasa a manos del Ayuntamiento. El hospital de la Canoa, tuvo mejor suerte, ya que en 1824 le dan las utilidades de una lotería y sus condiciones mejoran notablemente.

En 1860 se construyen en Guadalajara dos hospitales psiquiátricos y en Monterrey el hospital civil funda una sala para enfermos mentales.

En el presente siglo, el General Porfirio Díaz funda en 1910 el manicomio general, conocido como "La Castañeda", teniendo un cupo para 1,000 enfermos, y hasta 1966 se distribuyen a los enfermos de este nosocomio en diferentes hospitales, ya que el manicomio general se convirtió en una institución inoperante llegando a albergar a más de 3,500 personas, y aunado al hacinamiento, existía gran promiscuidad, pues albergaba a hombres, mu

jeros y niños.

Así se fundan los siguientes hospitales:

Hospital Fray Bernardino Alvarez, inaugurado en 1967, que interna a pacientes agudos⁴⁵.

Hospital Juan N. Navarro, que aloja a menores farmacodependientes y psicóticos agudos, fue fundado en 1967.

Hospital Samuel Ramirez Moreno, inaugurado en el mismo año, aloja a enfermos mentales a disposición de autoridades judiciales.

Hospital psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza, inaugurado en 1968 para enfermos crónicos.

Hospital Adolfo M. Nieto, inaugurado en el mismo año para enfermos con posibilidades de rehabilitación.

B. La psiquiatría forense y su legislación

Nuestro primer Código Penal data del año de 1871, fue elaborado por Antonio Martínez de Castro. En su creación intervinieron, nombrados por el Supremo Gobierno, ilustres médicos legistas de aquella época como el doctor Luis Hidalgo y Carpio, José Barragán y José Barcelo Villagrán, con quienes se discutieron todas las cuestiones médicas que se trataron.

En la elaboración del artículo 34 hubo la necesidad de ocuparse de todas las enfermedades mentales que perturban la razón, lo que ocasionó serias discusiones por tener que decidir cuestiones de gran dificultad, ya que se debía de establecer con precisión los casos en que se excluye de responsabilidad criminal a los individuos que, cometiendo un acto sancionado por la ley penal, se encontraban en un estado de enajenación

mental.

El mencionado artículo establece:

"Artículo 34. Las circunstancias que excluyen la responsabilidad criminal por la infracción de las leyes penales, son:

1a. Violar la ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental que le quite la libertad o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa.

Con los enajenados se procederá en los términos que expresa el artículo 165.

2a. Haber duda fundada a juicio de facultativos de si tiene expeditas sus facultades mentales el acusado que, padeciendo locura intermitente, viole alguna ley penal durante la intermitencia.

3a. ...

4a. La decrepitud cuando por ella se ha perdido enteramente la razón .

Artículo 165. Los locos y decrepitos que se hallen en el caso de las fracciones primera y cuarta del artículo 34 serán entregadas a las personas que tengan a su cargo: Si con fiador abonado o con bienes raíces caucionaren suficientemente, a juicio del juez, el pago de la cantidad que éste señale, como multa antes de otorgarse la obligación, para el caso de que los acusados vuelvan a causar algún otro daño, por no tomar todas las precauciones necesarias.

Cuando no se dé esta garantía, o el juicio del juez esti-

me que aún con ella no queda asegurado el interés de la sociedad, mandará que los acusados sean puestos en el hospital respectivo, recomendando mucho una vigilante custodia".

Cabe mencionar que en esta época, la psiquiatría no contaba con tratamientos eficaces para ayudar a los enajenados. En Europa, los médicos se lanzaban a la labor de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas de las enfermedades mentales, ya que no se contaba con algún conocimiento científico acerca de éstas.

A pesar de que el Código Penal de Martínez de Castro considera a la enajenación mental, a la decrepitud y a la locura intermitente como excluyentes de responsabilidad (artículo 34) y establece en el artículo 72, fracción II la "reclusión en manicomio o departamento especial de manicomio" de estos individuos, señala una pena de prisión atenuada:

"Artículo 36. Tanto las circunstancias atenuantes como agravantes se dividen en cuatro clases, según la mayor o menor influencia que tienen en la responsabilidad del delincuente, comenzando por las de menor importancia.

Artículo 37. El valor de dichas circunstancias es la siguiente: las de primera clase representan la unidad; las de segunda equivalen a dos de la primera; a tres las de tercera; y a cuatro de las de cuarta .

Artículo 42. Los atenuantes de cuarta clase son:

1a. Infringir la ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental, si ésta no le quita completamente al infractor su libertad, o el conocimiento de la ilicitud de la infracción.

2a. Ser el acusado decrepito, menor o sordomudo, si no tiene el discernimiento necesario para conocer toda la ilicitud de la infracción."

Con esta disposición considera que en la realidad es posible la presentación de casos limítrofes, en los cuales no es factible establecer con certeza si el sujeto sufre o no enfermedad mental, ya que deja al juzgador en libertad de imponer una pena disminuida.

En la Exposición de Motivos, justifica el establecimiento de las atenuantes expresando que "por buena que parezca una ley, pecará por demasiado severa en unos casos y por muy benigna en otros, si no se deja a los jueces alguna libertad para aumentar o disminuir la pena dentro de ciertos límites fijados en la ley".

El Código Penal para el Distrito y territorios Federales de 1929, respeta los principios generales del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios de Baja California sobre delitos del fuero común y para toda la República, conservó su sistema y muchas de sus disposiciones y se limitó a incorporar nuevos preceptos.

El licenciado José Almaráz sostiene que realizó cambios cuya necesidad o utilidad eran evidentes, basado en el progreso científico de las ciencias penales y así, establece en el articulado lo siguiente:

"Artículo 45. Las circunstancias que excluyen la responsabilidad penal, es decir las de justificación legal, son:

I. Encontrarse el acusado al cometer el acto u omisión que se le impute, en un estado de automatismo cerebral que perturbe su conciencia y que sea provocado por haber ingerido sustancias enervantes o tóxicas, siempre que la ingestión haya si-

do enteramente accidental e involuntaria, es decir, sin su conocimiento.

II. Encontrarse el acusado en un estado psíquico anormal, pasajero y de orden patológico, que perturbe sus facultades o le impida conocer la ilicitud del acto u omisión que se le acusa, con tal de que ese estado no se lo haya producido conscientemente el paciente".

En el artículo 59 relativo a las atenuantes de cuarta clase se suprimen las fracciones primera y segunda por no corresponder al fin de la pena, ya que el temor a ésta obra sobre personas dirigibles, "declarar que el loco debe ser castigado, importa declararlo dirigible", lo que es contrario a la realidad, y el hecho de aplicarle una pena menor a la que se impone a un sujeto normal hace suponer que el "loco" es más dirigible, ya que es imposible todo régimen de disciplina en un medio penitenciario en un enfermo mental que carece de tratamiento. Así la "enajenación mental" sin atender a su grado se declara como excluyente de responsabilidad y se suprime la pena atenuada.

La doctrina positiva distingue el elemento psíquico normal del patológico y clasifica a los delincuentes en diferentes categorías con el fin de someterlos a tratamientos adecuados, así en el capítulo X relativo a las sanciones para los delincuentes en estado de debilidad mental o anomalías mentales establece lo siguiente:

"Artículo 126. Los delincuentes locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, serán recluidos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo a un régimen de trabajo.

Artículo 127. Los delincuentes psicopatológicos distintos a los que se refiere el artículo anterior, como aquellos que padezcan obsesiones de la inteligencia, de la sensibilidad o de la acción, serán reclusos por todo el tiempo necesario para su curación, en colonia agrícola especial, cuando, a juicio de los pe ritos médicos les convenga el trabajo al aire libre"

El artículo 126 que tantas críticas ha suscitado por el em pleo de términos tales como "locos, idiotas, imbeciles", fue transcrito literalmente en el Anteproyecto de Código Penal de 1930 en el artículo 68 y en el Código Penal de 1931 incorporando un párrafo que transcribiré después.

Los términos antes citados se criticaron por carecer de va lor científico, pues no eran apropiados para los avances psiqui tricos de la época, pero sabemos que generalmente el lenguaje de nuestros ordenamientos legales no siempre van a la par con los progresos de la ciencia médica.

La segunda parte del mismo artículo inspirada en el criterio positivo de la defensa social, autoriza la reclusión de todos los elementos peligrosos en sus diferentes categorías y así, el enfermo mental que delinquía era separado de la sociedad para aplicársele un tratamiento que lo transformara en un sano mental.

El Anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1930 se basó en los siguientes puntos:

1. Revisar el Código Penal y Leyes conexas y poner las re formas indispensables para su buen funcionamiento.
2. Procurar la simplificación de la ley evitando las defi niciones doctrinales, las confusiones de redacción, las contradicciones y las deficiencias prácticas.

3. Estudiar la manera de que se resuelvan los problemas relativos a la delincuencia, a la relegación en las colonias penales de los delincuentes habituales.
4. Completar la función de las sanciones, por medio de la readaptación a la vida social de los infractores.

Este Código establece en el artículo 15 las circunstancias excluyentes de responsabilidad y señala en la fracción II: "Hallarse el acusado al cometer la infracción en un estado de inconsciencia de sus actos determinado por el empleo accidental e involuntario de substancias tóxicas, embriagantes, o estupefacientes o por un estado tox infeccioso involuntario de carácter patológico y transitorio.

En el artículo 24 establece las penas y medidas de seguridad señalando para los locos, sordomudos, degenerados y quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos su reclusión en manicomios o departamentos especiales.

El artículo 68 agrega al artículo 126 del Código Penal de 1929 la siguiente fracción: "En forma igual procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales", el que establece que cuando se presente esta situación se suspenderá el cómputo de la pena para continuarse cuando cese la enfermedad mental.

El artículo 70 introduce una innovación al establecer que los delincuentes enfermos mentales "podrán ser entregados a las personas a quienes corresponda hacerse cargo de ellos siempre que se otorgue depósito, fianza o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el dano que pudieran causar por no haberse tomado las precauciones

necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad los enfermos seguirán en el establecimiento especial en el que estuvieron reclusos".

Esta reforma se encontraba en el Código Penal Español de 1870 cuyos creadores afirmaban pertenecer a la Terza Scuola quienes a juicio del licenciado José Almaráz tenían una ventaja, la de ser siempre eclécticos en medio de las nuevas generaciones intelectuales, pero como principio básico de un código penal originan contradicciones difíciles de evitar y enormes perjuicios al enfrentarse a la realidad.

El Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1931 establece en sus artículos 15, 24, 68 y 69, lo siguiente:

"Artículo 15. Son circunstancias excluyentes de responsabilidad:

I. ...

II. Hallarse el acusado al cometer la infracción en un estado de inconsciencia de sus actos determinado por el empleo accidental e involuntario de substancias embriagantes, o estupefacientes o por un estado toxinfecioso involuntario de carácter patológico y transitorio.

Artículo 24. Las penas y medidas de seguridad son: 3. Reclusión de locos, sordomudos, degenerados y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

Artículo 68. Los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufren cualquiera otra anomalía o debilidad mentales, y que hayan

ejecutados hechos o incurrido en omisiones definidas como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación, y sometidos con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

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

Artículo 69. En los casos previstos en este capítulo, las personas o enfermos a quienes se les aplica la reclusión podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en que estuvieren reclusos".

El Anteproyecto de Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero Federal de 1958 en sus artículos 57, 58 y 59 se refiere a la reclusión de los que, sufriendo un trastorno mental permanente o transitorio, o los sordomudos carentes de instrucción cometan infracciones a las leyes penales. Su prime los términos de locos, imbeciles, idiotas y degenerados, utilizando términos más propios como trastorno mental.

"Artículo 15. Nadie podrá ser sancionado por una conducta o hecho previstos por la ley penal como delito, si en el momento de cometerlo no era imputable.

Es imputable quien tiene la capacidad de entender y de querer.

Artículo 16. Son causas de inimputabilidad:

I. El trastorno mental transitorio producido por causa accidental;

II. El trastorno mental permanente".

En el artículo 24 señala como medidas de seguridad para los sujetos a que se refiere el artículo 15 en sus fracciones I y II la reclusión en manicomios o departamentos especiales.

"Artículo 57. Los que sufran cualquier trastorno mental permanente serán reclusos en manicomios o establecimientos especiales por el término necesario para su curación bajo la vigilancia de autoridad judicial.

Artículo 59. En el caso previsto en la fracción I del artículo 16 se hará la reclusión, cuando el trastornado mental sea peligroso".

El Proyecto de Código Penal tipo para la República Mexicana de 1963, contempla la inimputabilidad como la falta de desarrollo mental, la falta de salud mental y el trastorno mental transitorio, y así establece:

"Artículo 26. No son imputables:

I. Los que padezcan trastorno mental transitorio originado por cualquier causa, que no sea producido dolosa o culposamente por el agente, y a virtud de trastorno no haya podido apreciar el carácter ilícito de su conducta o inhibir sus impulsos delictivos.

En el caso a que se refiere el párrafo anterior, si el sujeto requiere tratamiento, se estará a lo dispuesto en el artículo 70.

II. Los que padezcan alienación mental, quienes deberán ser sometidos al tratamiento a que se refiere el artículo 70".

Las sanciones aplicables son el internamiento en un establecimiento adecuado, según lo establece el artículo 33 en su fracción V.

Artículo 38. La internación consiste en someter a tratamiento en un establecimiento adecuado y bajo vigilancia de las autoridades correspondientes, a las personas que lo requieran conforme a las disposiciones de este Código, y que hubieran realizado conductas o hechos considerados por la ley como delitos.

Artículo 70. La internación a la que se refiere el artículo 38, se aplicará en los casos previstos en la ley y durará todo el tiempo que se requiera para su tratamiento.

Con autorización del facultativo será sometido el interno a un régimen de trabajo, y quedará sujeto a lo que prescribe la Ley de Ejecución de Sanciones.

Cuando durante el curso del proceso o después de dictada la sentencia, el reo sufre alienación mental, el juez ordenará la internación a que se refiere el artículo 38".

Los artículos 15, 24, 68 y 69 del Código Penal de 1931, se conservaron casi intactos, solamente les fueron añadidos o suprimidos algunos términos. Según Decreto del 2 de enero de 1968 los artículos citados quedaron de la siguiente forma:

"Artículo 15. Son circunstancias excluyentes de responsabilidad:

II. Hallarse el acusado al cometer la infracción, en un estado de inconciencia de sus actos, determinado por el empleo

accidental e involuntario de substancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes, o por un estado tox infeccioso agudo, o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio.

Artículo 24. Las penas y medidas de seguridad son : Reclusión de locos, sordomudos, degenerados y de quienes tengan el hábito o necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

Artículo 68. Los locos, idiotas, imbeciles o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

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

Artículo 69. En los casos previstos en este capítulo, las personas o enfermos a quienes se les aplica la reclusión, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieren causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Quando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en que estuvieren reclusos".

El Código de Procedimientos Penales, establece un procedi-

miento especial aplicable a los enfermos mentales que hayan delinquido (artículos 495 a 497) o que enloquezcan en el curso del proceso (artículo 498). Para los primeros el juez puede ordenar provisionalmente la reclusión del sujeto en manicomios o departamentos especiales y comprobada la anormalidad resolverá, si procede la reclusión⁴⁶.

La Suprema Corte de Justicia ha sentado jurisprudencia estableciendo:

"La comprobación de la excluyente de responsabilidad penal consistente en obrar en estado de inconsciencia, requiere por su naturaleza eminentemente psicológica, de pruebas técnicas especiales que hacen necesario el dictamen de peritos". S.C. Juris. Def; 6a. época, 2a. parte, núm 152.

"Si de las constancias procesales se advierte que la ahora quejosa padece un trastorno mental permanente, anterior a la realización del hecho típico penal, en la especie, no se trata de alguna de las causas de inimputabilidad contenidas en la fracción II del artículo 15 del Código Penal y que en su conjunto se designan doctrinariamente como estados de inconsciencia transitorios, sino de una enfermedad permanente captada por el artículo 68 de la ley en cita". S.C. Tesis relacionada, 6a. época, 2a. parte, t. LXVIII, pág. 18.

En los Anales de Jurisprudencia, también se encuentran tesis relacionadas con la excluyente de responsabilidad establecida en el artículo 15, fracción II.

"La epilepsia no queda comprendida dentro de la fracción II del artículo 15 C.P., por no ser un estado psíquico anormal pasajero, sino una enfermedad permanente". (A.J.t.I., pág. 51).

"El estado de inconsciencia debe ser total y no parcial"

(A.J., t. XIII, pág. 707).

"En principio la transitoriedad determina la procedencia de la excluyente de la fracción II del artículo 15 C.P. y la permanencia más o menos definida motiva la aplicación del artículo 68" (A.J. t. XIX, pág. 298).

"unicamente puede ser establecido el estado mental mediante un dictamen médico psiquiátrico". (A.J., t. XIX, pág. 295).

"El juez tiene que decidir según su propio juicio y su propia responsabilidad, si la perturbación mental comprobada por los peritos excluye o no la imputabilidad". (A.J., t. XIII, pág. 706).

"No es aplicable la excluyente cuando los trastornos mentales del sujeto, que producen inconsciencia transitoria, son determinados por un estado patológico permanente". (A.J., t. XIX, pág. 298).

"Según la teoría defensiva que inspiró al legislador de 1931, los enfermos mentales por el grado de peligro que revelan son tan responsables como quienes ejecutan un hecho punible en completo uso de sus facultades psíquicas; pero de acuerdo con los principios de responsabilidad clásica, basada en la voluntad del agente de la infracción que consagra la Constitución en el capítulo de garantías individuales, debe absolvérseles por ser irresponsables en virtud de no haber tenido conciencia del acto ejecutado, ya que otra cosa equivaldría a seguirles un proceso criminal ficticio sin que en realidad se cumpliera con las formalidades del procedimiento, como son, entre otras, que el acusado conozca bien el hecho punible que se le atribuye y esté en condiciones de aportar los datos que necesite para su defensa". (A.J., t. XI, pág. 344).

Nuestro Código Penal vigente, establece en el artículo 15, fracción II, como excluyente de responsabilidad: "Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente".

El término trastorno mental es demasiado amplio, ya que en psiquiatría abarca a las psicosis (que se caracterizan por una franca pérdida del juicio de la realidad), las confusiones mentales, (que aparecen en estados infecciosos, traumáticos o metabólicos) y las neurosis (en las que existe alteraciones del carácter)⁴⁷. Por otra parte, el desarrollo intelectual retardado se define como "la falta de desarrollo global de las funciones mentales"⁴⁸, lo que debería originar la aplicación del artículo 68 y no una excluyente de responsabilidad.

Respecto al tratamiento de inimputables, nuestro Código Penal establece en sus artículo 67, 68 y 69:

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

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

Artículo 68. Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponde hacerse cargo de ellas, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

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

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 ese 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".

En el artículo 67 se señala: "previo procedimiento correspondiente", el cual desgraciadamente el legislador ha omitido establecer en el Código de Procedimientos Penales.

Políticas seguidas por el legislador mexicano.

Las diferentes escuelas crean códigos penales de acuerdo a la doctrina que profesan sus autores. El Código Penal de 1871, está basado en el Código Penal español de 1870, que a su vez fue el de 1848, reformado en 1850.

Los redactores del Código Español se consideraban eclécticos. El licenciado José Almaráz señala en la Exposición de Motivos del Código Penal de 1929, que el ordenamiento penal "es ecléctico porque transige con doctrinas opuestas y pretende armonizarlas. Contiene algo de todo: al ver determinados actos punibles tropezamos con el individualismo, el socialismo (es decir, como principio social) al mismo tiempo; con la utilidad, sino como principio, como fin al menos para el legislador; con el deber como medida del delito, aunque no absoluta; con la li-

bertad del agente como regla, y a su lado la exculpante fundada en el límite de la inteligencia".

Cabe recordar que en la denominación de "clásicos" se confunden autores con doctrinas diferentes, ya que fue Enrico Ferrero quien principió a denominar de esta forma a los juristas posteriores a Beccaria y que no simpatizaban con las teorías positivistas.

El Código Penal Mexicano de 1871, está fundado en los principios de justicia absoluta y de la utilidad social y al decir de sus redactores pertenecen a la escuela clásica, sus postulados son los siguientes:

1. Encuentra su base filosófica en el derecho natural, recordemos que hay tres formas de jusnaturalismo: teleológica, racional y realista.

2. Respeto absoluto al principio de legalidad, partiendo de los principios de nulla poena sine lege, nullum crimen sine lege y nulla poena sine crimen.

3. El delito no es un ente de hecho, sino un ente jurídico.

4. Libre albedrío. El sujeto de la ley penal es el hombre capaz de querer como ser consciente, inteligente y libre.

5. La pena sólo puede aplicarse a los individuos moralmente responsables. La responsabilidad es de carácter moral, consecuencia del libre albedrío.

6. Quedan excluidos del derecho, y por lo tanto de la pena, aquellos que carecen de libre albedrío como los niños y los enfermos mentales.

7. La pena es la retribución, es el mal que se dá al delincuente por el mal que éste hizo a la sociedad.

"Aquel mal que, en conformidad con la ley del Estado, infligen los magistrados a los que, con las formas debidas son reconocidos culpables de un delito"⁴⁹.

8. La pena debe ser proporcional al delito cometido y al daño causado, es decir, la retribución debe ser exacta; a delitos muy graves, penas mayores, mientras mayor sea el daño, más cantidad de pena debe darse al delincuente.

9. Las penas son sanciones aflictivas, determinadas, ciertas, ejemplares, proporcionales y en su ejecución deben ser correctivas, improrrogables e inmutables.

10. La finalidad de la pena es restablecer el orden social externo que ha sido alterado por el delincuente.

11. El derecho de castigar pertenece al Estado, éste tiene el monopolio de la pena.

12. El Derecho Penal es garantía de libertad, ya que se asegura la seguridad jurídica de la sociedad.

En 1929, se creó la Comisión revisora del Código Penal, dicha Comisión acordó presentar un Proyecto fundado en la escuela positiva. Rechaza los fundamentos apriorísticos de los clásicos y aplica a la ciencia penal el método de la experimentación y la observación.

Mediante éste, investiga la génesis del delito, considera como la resultante de un conjunto de causas o condiciones que se deben conocer para atacarlo desde sus raíces.

El delito para los positivistas revela un estado peligroso, y las sanciones deben medirse de acuerdo con la personalidad del actor, como individuo que lesiona un derecho, sin olvidar que la gravedad del acto material, es decir, del delito, interviene también como síntoma muy útil e importante para conocer dicha personalidad.

Para esta escuela, existen tres factores que dan la medida de las normas jurídicas, de la sentencia y de la ejecución de ésta y son:

- a) La lesión jurídica.
- b) La temibilidad del infractor.
- c) Sus posibilidades de enmienda.

a) Su gravedad se mide por las circunstancias especiales del acto y las consecuencias de éste. La sociedad debe protegerse más enérgicamente contra los homicidios que contra simples raterías. La ley penal garantiza ante todo la seguridad jurídica de las personas.

b) La escuela positiva diferencia la temibilidad social y la temibilidad criminal, refiriéndose la primera al individuo peligroso para la sociedad aún antes de delinquir y se dá por la probabilidad de que un individuo se transforme en delincuente. La segunda depende del grado de probabilidad de que un delincuente se transforme en reincidente.

c) Las sentencias debenser relativamente determinadas, pues dependen de la clase y el grado de temibilidad del delincuente y de sus posibilidades de enmienda o curación. Para que la reclusión social satisfaga la necesidad social de una defensa, deberá graduarse en proporción al peligro de una recaída.

El Código Penal de 1929 se basó en la defensa social, con

tiene los más variados motivos de reacción y de lucha contra el delito y corresponde al sentimiento social que reprueba el acto delictivo y tiende a disminuir sus efectos. Pero no sólo protege a los ciudadanos en su legítima libertad por medio de la defensa social, sino que se preserva también al delincuente del peligro que pudiera correr, (venganza privada y acción del Estado).

Como medios para una defensa social eficaz, se asigna a la sanción los siguientes fines:

1. Eliminar -temporal o definitivamente- a los delincuentes, es decir, ponerlos en la imposibilidad de dañar con sus actos.
2. Obtener la enmienda o regeneración de los delincuentes, es decir, transformarlos en aptos e idóneos para convivir en el grupo social a que pertenecen.
3. Apartar a otros del delito por la amenaza y ejecución de la sanción, y
4. Alejar al delincuente a quien se previene la comisión de nuevos delitos.

Así se unen la prevención especial y la general, predominando la primera que se enfoca directamente hacia la personalidad del sujeto. Mediante estos fines de la sanción se realiza la defensa social, aunque no todos aparezcan juntos en cada caso, ya que ellos corresponden a las diversas categorías de delincuentes (menores, toxicómanos, anormales, reincidentes, etc.)

En la elaboración del Código Penal de 1931, se establecieron ciertos lineamientos generales para la Comisión revisora de las leyes penales, éstos fueron:

Ninguna escuela, ni doctrina, ni sistema penal alguno puede servir para fundar íntegramente la construcción de un Código Penal. Sólo es posible seguir una tendencia ecléctica y pragmática, o sea práctica y realizable.

La fórmula "no hay delitos, sino delincuentes" debe completarse así: "No hay delincuentes, sino hombres".

El delito es principalmente un hecho contingente, sus causas son múltiples: es una resultante de fuerzas antisociales.

La pena es un mal necesario. Se justifica por distintos conceptos parciales: Por la intimidación, la ejemplaridad, la expiación en aras del bien colectivo, la necesidad de evitar la venganza privada, etc. Pero fundamentalmente por la necesidad de conservar el orden social.

El ejercicio de la acción penal es un servicio público y de seguridad y de orden.

El licenciado Alfonso Teja Zabre, señala que en caso de admitir una filiación de escuela, podría señalar la afinidad de sus postulados fundamentales con los principios de la llamada escuela crítica, "terza scuola" o escuela de juristas.

Las principales fuentes de orientación para la elaboración de este Código que se utilizaron partieron de la edificación del Código de 1872, y del Código Penal de 1929.

Como argumento toral en la Exposición de Motivos, se reproducen los conceptos de Jiménez Asúa: "Uno de los nuevos aportes del derecho penal de nuestra época, es el arbitrio judicial, que no sólo se halla en íntimo contacto con la garantía "nulla poena, sine lege", sino que crece y desarrolla a expensas de esta máxima de arcaico sabor.

Pero modernamente resuscita en la ideología de las nuevas escuelas y en los recientes Códigos y Proyectos. No hay institución moderna que se conciba sin él: "La individualización de la pena y sobretodo el estado peligroso, precisan absolutamente el arbitrio de los jueces".

"El propósito fundamental de nuestro Código Penal vigente aún fue de simplificación, adaptación, arreglo racional y modernización, hasta donde lo permiten nuestras leyes constitucionales, nuestras tradiciones jurídicas, nuestras condiciones económicas y sociales".

C. PELIGROSIDAD DEL ENFERMO MENTAL

Noción de la salud mental

Para poder hablar de salud en la vida psíquica, es necesario tener un concepto o una idea de términos como los de anormalidad o enfermedad, lo que plantea serios problemas ya que existen distintos enfoques respecto a los términos expuestos.

Normalidad y salud -pudiendo entenderse- como promedio, como proceso, como utopía o como salud.

La normalidad como promedio es un concepto que deriva de los métodos estadísticos y tiene gran aplicación en algunas ciencias, pero no en psiquiatría, "pues el hombre promedio, el hombre "normal" puede estar muy lejos de ser el hombre sano"⁵⁰. En una población determinada se estudia la frecuencia de presentación de una característica y sólo se considera anormal a lo que no aparece en el término medio de la población. Lo normal es más bien un criterio social de apreciación y nada se aclara sobre la anormalidad psíquica.

Los seguidores de la orientación de la normalidad como

proceso, estiman que para enjuiciar la normalidad de un individuo es necesario analizar su desarrollo e interacción con los demás, su capacidad de adaptación y la madurez de sus esquemas de respuesta.

La normalidad como utopía es considerada como una combinación armoniosa y óptima de las diversas estructuras mentales y orgánicas, en las que el ser ejerce normalmente sus funciones y que culmina en un funcionamiento óptimo. Este concepto es similar al dado por la Organización Mundial de la Salud.

En virtud de la confusión que existe respecto a los conceptos citados, nos apegamos a la definición de normalidad dada por el doctor Vallejo Nágera⁵¹, que incluye tanto elementos de normalidad como salud y como proceso:

1. Ausencia total de riesgos psicopatológicos acusados y serias anomalías psíquicas y físicas.

2. Dominio de las facultades previamente adquiridas sin retrocesos importantes.

3. Aptitud para experimentar reacciones afectivas con flexibilidad y para elaborar los inevitables conflictos hacia soluciones aceptables.

4. Relaciones correctas con la familia y la sociedad.

5. Sentirse parte de una configuración cultural y social y estar conciente de sus normas y valores.

Trastornos mentales con alto grado de peligrosidad.

La peligrosidad de ciertos enfermos mentales emana directamente de la naturaleza de su misma enfermedad, ya que reúnen ciertas características que los predisponen a cometer actos delictivos.

Antes de hablar sobre este tipo de enfermos mentales, es conveniente hacer algunos comentarios sobre el concepto de peligrosidad.

El concepto de peligrosidad fue introducido por Garófalo, quien en un principio habló de temibilidad. Luis Jiménez de Asúa definió a la peligrosidad como "la probabilidad de que un sujeto cometerá o volverá a cometer un delito"⁵².

Para Petrocelli "peligrosidad es un conjunto de condiciones subjetivas y objetivas, bajo cuyo impulso es probable que un individuo cometa un hecho socialmente peligroso o dañoso"⁵³.

La peligrosidad es un concepto criminológico fundado en la existencia de un "estado peligroso" para la sociedad en ciertos individuos, demostrado por delitos previos, trastornos de la conducta o gran agresividad ante la más mínima provocación.

Ciertos delitos considerados "por su mismo error" como francamente patológicos, por su forma absurda e ilógica, pueden hacer pensar que el autor es un enfermo mental, o que se trate de un individuo peligroso para la sociedad, pero "el exceso en el delito o la importancia del daño causado no siempre es el criterio de lo peligroso o patológico, ya que delitos leves como pequeños hurtos, vagabundeo, atentados al pudor, pueden ser sintomáticos a pesar de su benignidad relativa desde el punto de vista penal, de enfermedades más graves"⁵⁴. Este criterio coincide con el de Jean Pinatel⁵⁵, quien expresa que no

siempre hay correspondencia entre la gravedad del delito y la peligrosidad, pues con frecuencia el delincuente agota su carácter peligroso con la perpetración de un acto grave, mientras que las circunstancias de un delito de mínima importancia son reveladoras del peligro que puede hacer correr a sus semejantes.

Para considerar a una persona peligrosa, deben ser realmente graves los actos que se anticipa está en disposición de llevar a cabo y deben ser muchas las probabilidades de que los cometa. La predictibilidad razonable de un acto peligroso requiere que ese acto pueda ocurrir en un futuro inmediato y que el peligro, más que una mera posibilidad sea virtualmente una certidumbre.

La epilepsia del lóbulo temporal, la esquizofrenia paranoide⁵⁶, así como otros tipos de psicosis, tienen algunos elementos en común como períodos de agitación psicomotriz, ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales.

La agitación psicomotriz enmarca todos los síntomas caracterizados por un despliegue anormal de actividad, el enfermo realiza actos absurdos, injustificados, violentos y frecuentemente agresivos⁵⁷. Esta agitación no es una enfermedad, sino una manifestación que aparece en cualquier cuadro psiquiátrico, igual que la fiebre aparece en una enfermedad infecciosa.

Las ideas delirantes, son el ejemplo más claro de pensamiento patológico y son ideas equivocadas y resistentes a toda argumentación lógica. Pueden ser sobre los temas más insospechados y varían según las épocas, los países y el estrato social. El doctor Vallejo Nágera clasifica los temas preferentes de los pacientes en:

Ideas delirantes de alusión cuando el individuo se siente aludido en las conversaciones de los demás, en sus gestos, y le parece que la gente que se encuentra en la calle habla de él.

Ideas delirantes de perjuicio si el sujeto piensa que las personas que le rodean intentan perjudicarlo.

Ideas delirantes de persecución, en éstas, el enfermo se siente perseguido por la policía, por una secta que quiere asesinarlo, etc.

Entre las manifestaciones más importantes de las disrritmias del lóbulo temporal, podemos mencionar la irritabilidad extrema, las explosiones de conducta violenta, es común la exacerbación del impulso sexual y las violaciones son frecuentes, así como los delitos de daño en propiedad ajena, lesiones y homicidios.

Estas descargas generan en la persona la convicción de poseer poderes sobrenaturales, pues sufre experiencias visuales y auditivas, experimenta fenómenos de lo "ya visto" y de lo "ya vivido", razón por la que durante siglos se le consideró como la "enfermedad sagrada".

Durante las descargas el individuo sufre estados de automatismos que generalmente son de forma agresiva que es incontrolable, y no registran su propia conducta ni la circunstancia, por lo que no recuerdan lo sucedido.

El doctor José Luis Patiño, señala como características que "las descargas son repetitivas y crónicas y las conductas tienden a repetirse bajo los mismos modelos por depender básicamente de los mismos tipos de descargas"⁵⁸.

La esquizofrenia paranoide se caracteriza por presentar ideas delirantes, sistematizadas e irrefutables a toda argumentación lógica, estas ideas siempre están relacionadas con las vivencias del enfermo, éste conserva íntegra su memoria, inteligencia y lucidez de conciencia, por lo que es común que simulen sus síntomas, ya que su libertad depende de ello.

Estos enfermos presentan alucinaciones auditivas de tipo persecutorio, experimenta la sensación de que sus pensamientos son interferidos. Ocurre con mucha frecuencia que agredan a personas desconocidas bajo el influjo de sus ideas delirantes, o bajo el impulso irresistible de su delirio, obedeciendo las órdenes que le dictan las voces.

El doctor Vallejo Nágera señala respecto a los actos antisociales de estos enfermos que "durante su brote agudo son absurdos en su concepción, incomprensibles en su motivación, brutales y fríos en su ejecución"⁵⁹.

Causas de hospitalización involuntaria.

Salvo condiciones extraordinarias, se debe obtener el consentimiento del enfermo mental para su hospitalización, si un enfermo está severamente perturbado, ha perdido el contacto con la realidad y bajo la influencia de sus delirios, es una amenaza real e inmediata para él mismo, su familia o la sociedad, generalmente la familia acepta el internamiento aunque sea necesario ejercer cierta coacción sobre el sujeto.

Esta privación de libertad, ha sido motivada históricamente por la preocupación de separar al enfermo mental del medio social, pero bajo la influencia de los progresos en psiquiatría, la hospitalización ha cambiado mucho de carácter, y sólo se justifica en casos anotados con anterioridad. El papel del internamiento se puede resumir diciendo:

1. Que se separe al enfermo de su medio habitual por ser imposible su tratamiento fuera de un establecimiento especial, tanto por sus reacciones inadaptadas (negativa a alimentarse, ideas suicidas, reacciones agresivas), como por las reacciones inadecuadas de este medio, por lo que a él se refiere, y;

2. Aplicar al enfermo, eventualmente, aún en contra de su voluntad, toda la terapéutica especializada que en su caso exige⁶⁰.

El internamiento en nuestros días se ha transformado en una medida de asistencia y de cuidados más que en una medida de defensa social.

41. La licantropía es el delirio que sufre un sujeto en que sien te una transformación de hombre a lobo
42. La palabra "vesania" procede del latín VE que significa no, y SANUS.
43. FOUCAULT, MICHEL. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica. Tomo I. México 1967. p. 116.
44. CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. Salud mental comunitaria. Editorial Trillas. México 1984. p. 187.
45. El promedio de hospitalización del paciente agudo es de dos meses aproximadamente y del paciente crónico o de estancia prolongada es de ocho meses a tiempo indefinido.
46. CARRANCA Y TRUJILLO, RAUL. Código penal anotado. Editorial Porrúa. México 1981. p. 183.
47. PATIRO, JOSE LUIS. 26 lecciones de psiquiatría clínica. Editorial taller de impresiones populares. México 1975. p. 134.
48. ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA. Tendencias actuales en la psiquiatría. APM. México 1987. p. 18.
49. CARRARA, FRANCISCO. Programa del curso de derecho criminal. Editorial Depalma. Tomo I. Argentina 1944. p. 406.
50. PATIRO, JOSE LUIS. 26 lecciones de psiquiatría clínica. - Editorial taller de impresiones populares. México 1975. p. 105.
51. VALLEJO NAGERA, JUAN ANTONIO. Introducción a la psiquiatría. Editorial científico médica. Sexta edición. Barcelona 1971. p. 106.

52. VARGAS ALVARADO, EDUARDO. Medicina legal. Compendio de ciencias forenses para médicos y abogados. Editorial Lehman. Segunda edición. San José de Costa Rica 1984. p. 274.
53. RODRIGUEZ MANZANERA, LUIS. Criminología. Editorial Porrúa. México 1982. p. 418.
54. EY, BERNARD & BRISSET. Tratado de psiquiatría. Toray Mason. Barcelona 1978. p. 1059.
55. PINATEL, JEAN. La criminologie. SPES. Francia 1960. p. 581.
56. Con fines didácticos en psiquiatría se utiliza la división de las esquizofrenias en simples, hebefrénicas, catatónicas y paranoides.
57. VALLEJO NAGERA, JUAN ANTONIO. Introducción a la psiquiatría. Editorial científico médica. Sexta edición. Barcelona 1971. p. 437.
58. PATINO, JOSE LUIS. 26 lecciones de psiquiatría clínica. Editorial taller de impresiones populares. México 1975. p. 148
59. VALLEJO NAGERA, JUAN ANTONIO. Introducción a la psiquiatría. Editorial científico médica. Sexta edición. Barcelona 1971. p. 684.
60. CUADERNOS DE PSICOLOGIA MEDICA Y PSIQUIATRICA. Ética psiquiátrica y ley penal. UNAM. México. p. 17.

III. LEGISLACION EN OTROS PAISES

- A. Inglaterra
- B. Estados Unidos
- C. Suecia
- D. Dinamarca
- E. España
- F. México

Inglaterra

La Ley de Salud Mental de 1959 establece los lineamientos básicos para el trato de los infractores que sufren de una enfermedad mental, de un trastorno psicopático o de una subnormalidad.

Esta Ley establece en su artículo 40. que "se definen como trastornos psicopáticos, los trastornos o incapacidades persistentes de la mente, (ya sea que excluyan o no una inteligencia subnormal), que originen en el paciente una conducta agresiva - anormal o gravemente irresponsable, y que requieran un tratamiento médico o sean susceptibles a él".⁶¹

El artículo siguiente define la subnormalidad como "un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente de tal grado o naturaleza que exige o es susceptible de tratamiento médico".⁶²

Durante el curso de la instrucción judicial, si el infractor está notoriamente alterado mentalmente y la falta no es muy seria, es frecuente que el funcionario no de traslado a la justicia siempre que se asegure que se tomarán las medidas necesarias para el tratamiento del infractor, de modo que no se ponga en peligro la seguridad pública y el orden. Esta facultad discrecional permite a las autoridades no iniciar la acción judicial aún tratándose de delitos de robo o sexuales, si se les puede atribuir a una enfermedad que haya requerido internamiento en un hospital psiquiátrico.

Cuando se da curso legal, se instruye el sumario aunque no siempre se llegue a juicio. El juez puede autorizar la admisión y detención del infractor en un hospital psiquiátrico o ponerlo bajo custodia basado en las pruebas orales o escritas de dos - profesionales médicos, uno de los cuales debe ser especialista

con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

El dictamen de los médicos no agotan las atribuciones del juez, pues si las circunstancias lo aconsejan, puede imponer una pena breve de prisión (ésta nunca excede de seis meses), disponiendo que se comunique al médico del penal cuál es el estado mental del acusado.

Es una práctica común, que el juez disponga de un informe médico en el que funda su sentencia. Puede por ejemplo condenar al acusado, pero dejarlo en libertad condicional siempre que se someta a tratamiento médico.

Durante el juicio, el acusado puede alegar insania - - como prueba de su no culpabilidad. Si la prueba es aceptada, el jurado emite un veredicto especial declarándolo culpable del acto incriminado pero insano en la fórmula "culpable pero insano".

La ley supone que toda persona es sana mientras no se pruebe lo contrario, por lo tanto está a cargo de la defensa probar que el acusado estaba insano en el momento de cometer el delito.

El grado de insania para justificar la defensa está establecido en las Reglas Mc Naughten: "En 1834, un joven disparó en contra del Secretario del Primer Ministro Inglés Sir Robert Peel. En su juicio el jurado dictó el veredicto de "no culpable por razón de locura". Después de ello la Casa de los Lords, que es la más alta autoridad del país, solicitó la opinión de quince jueces para usarla en futuros juicios de la misma naturaleza.

La conclusión de los jueces al delinear las Reglas Mc - - Naughten fue "que para establecer una exculpante de locura, se

debe probar que en el momento de cometer el acto, el acusado estaba actuando bajo tal ausencia de razón por enfermedad mental, que no se daba cuenta de la naturaleza y calidad del acto que cometía, o que si se daba cuenta, no sabía entonces que lo que estaba haciendo era malo". "Si un hombre comete un delito bajo la influencia de una idea delirante, la exculpante de locura sólo puede sostenerse si la idea delirante es tal que, de haber sido verdad, el acto estaría justificado".⁶³

El procedimiento de las Reglas Mc. Haughten es único en la historia de la Common Law inglesa, ya que no se trata de un dictamen de un tribunal en un caso específico que forme jurisprudencia. Esto ha hecho que las reglas se conviertan en un obstáculo para el progreso de la psiquiatría forense desde 1834, fecha en que fueron redactadas hasta el presente. En éstas, quedó cristalizado el pensamiento de la época y por lo desusado de su origen se sustrajo al procedimiento de evolución al que está sometida la Common Law.

El sentido preciso de las reglas ha sido aclarado por las autoridades del ramo, por ejemplo, si el acusado pensaba que al golpear a su víctima con un hacha estaba cortando un árbol (que ignoraba la naturaleza física del acto). Otra alternativa que justifica la insania, es que el acusado debido a su enfermedad ignoraba que su acto estaba en contra de la ley de la Nación.

Estas reglas son excesivamente estrictas y pocas personas pueden ser encuadradas en ellas. En la práctica su interpretación es generalmente más liberal. Los jueces pueden pasarlas por alto si existe duda sobre la evidencia de que el jurado considerará al acusado como insano.

Por otra parte, si el acusado es más probablemente psicopático que psicótico, especialmente cuando el delito ha despertado fuertes sentimientos de horror y reprobación, el juez puede

presentar la ley tal como está expresada en las reglas, exigiendo a los testigos médicos que se pronuncien exactamente sobre los puntos en ella establecidos.

Esta oscilación de criterios en los jueces ha tenido como resultado diferentes sentencias en casos similares, lo que pugna con el espíritu de la justicia.

En 1957 entró en vigencia la Ley de Homicidios⁶⁴, que clasificó el homicidio en dos clases: homicidio capital y asesinato, con la posibilidad de la pena de muerte en el primero. La innovación que introdujo esta ley fue el concepto de "disminución de la responsabilidad", y en su primera sección establece:

I. Cuando una persona mate o haya tomado parte en la muerte de otra, no será condenada por asesinato si sufría una anormalidad mental, ya sea provocada por una condición de desarrollo detenido o retardado de la mente o cualquier causa inherente o inducida por enfermedad o herida, de tal grado como para desajustar substancialmente la responsabilidad mental de sus actos y omisiones al llevar a cabo o tomar parte en un asesinato.

II. Ante un cargo de asesinato, será labor de la defensa probar que la persona acusada no está, en virtud de esta sección, expuesta a ser condenada por asesinato.

III. Una persona, que al margen de esta sección esté expuesta, ya sea como parte principal o accesoria, a ser condenada por asesinato sin premeditación.

IV. El hecho de que una de las partes que intervino en una muerte, en virtud de esta sección, no está expuesta a ser condenada por asesinato no implica la misma posición de las otras partes.

Es posible que el juez tome en consideración la anomalía mental de un psicópata cuando dicte su sentencia, en especial si hay perspectivas de tratamiento médico que prevenga un segundo delito, pero siempre se tiene en consideración el hecho de que el tratamiento psiquiátrico es tan posible en prisión como fuera de ella.

A menudo se presentan ante los jueces pruebas de enfermedad neurótica, de anomalías de la personalidad y de trastornos emocionales de personas acusadas de delitos en todos los grados, con el deseo de mitigar o variar la sentencia, estas pruebas son apoyadas con la garantía de que el acusado se someterá a tratamiento médico. Así, cualquier persona puede lograr apoyo psiquiátrico en su reclamo de que su anomalía puede ser tratada, y en consecuencia asegurar a la comunidad que su delito no se repetirá.

En estas situaciones, la responsabilidad del acusado no es cuestionada ya que los jueces tienen buena disposición hacia las pruebas médicas en el sentido de que sean razonables y realistas. Esta actitud es cada vez más favorable hacia la psiquiatría forense y las modificaciones en la administración de justicia que la ley de 1959 implantó, ha permitido la remisión de un número cada vez mayor de personas acusadas de delitos menores a hospitales y clínicas psiquiátricas.

Cuando un delincuente es remitido a estos hospitales, los funcionarios que controlan la libertad condicional y los trabajadores sociales psiquiátricos mantienen un estrecho contacto con los médicos responsables del tratamiento. Una consecuencia importante de esta organización ha sido el transformar los hospitales en una "comunidad terapéutica" que proporciona una amplia gama de servicios comunitarios dándose más importancia al aspecto reformador, y no al punitivo o disuasivo en el tratamiento.

Desde 1926 se han presentado diversos proyectos de ley en materia de esterilización, y fue en 1933 cuando la Cámara de los Comunes autoriza la esterilización simple, para enfermos y débiles mentales capaces de engendrar hijos que hereden sus taras, así también se autoriza para ciertas debilidades físicas como la tartamudez, la sordomudez, la hemofilia y la gradidactilia.

La esterilización puede ser solicitada por el interesado o por sus tutores, el individuo que se someta a la esterilización, debe ser mayor de edad y si es casado, se debe obtener el consentimiento del consorte.

La solicitud debe tener como base el testimonio de dos médicos, de los cuales, uno debe ser eugenista.

Como se observa, esta ley de esterilización autoriza la intervención médica mencionada siempre que se cuente con el consentimiento del interesado, lo que no ocurre en otros países, pero responde a la concepción tradicional de libertad, que es la base de toda la vida social en Inglaterra.

Estados Unidos

Puesto que tanto la ley como la práctica varían ampliamente de un Estado a otro es difícil decir gran cosa sobre la Unión Americana como un todo⁶⁵.

En muchos Estados, la prueba psiquiátrica tiene por efecto la reducción del grado del crimen, en lugar de llegar al veredicto de "culpable pero insano" o su equivalente.

Las facultades del jurado son mucho más amplias en Estados Unidos que en Inglaterra y consiguientemente es también menor la facultad del juez para dirigirlo.

Una vez formuladas en Inglaterra las Reglas Mc Naughten, se adoptaron también en los Estados Unidos, pues la Common Law norteamericana es en sí misma un retoño de la Common Law Inglesa. Estas reglas son el único criterio de responsabilidad criminal y son utilizadas en casi todos los Estados, sin embargo, la interpretación de las reglas difiere mucho de la que se observa en Inglaterra.

En este país no es una atenuante para el acusado haber realizado su acto, tal como él lo creía bajo mandato directo de Dios, si tenía conciencia de que estaba en contra de la ley de la Nación ya que no se conceden a las órdenes expresas de Dios una posición precedente.

Recientemente el American Law Institute ha intentado redefinir la responsabilidad penal en su Código Penal Modelo, los conceptos expresados son los siguientes:

1. Ser incapaz de apreciar que el acto en cuestión era criminal o no.

2. Ser incapaz de controlar su comportamiento.

Otro tribunal federal en Estados Unidos sostuvo, en el caso Currens que "la incapacidad para controlar la conducta constituye una adecuada defensa si se origina en una enfermedad o deficiencia mental.⁶⁶

En el caso Gorshen, en California, se aceptó la noción - Scott de "responsabilidad disminuída". Sin embargo, recientes decisiones judiciales han demostrado una tendencia a retornar a las reglas Mc. Naughten.

La decisión Durham, por desgracia resultó difícil de manejar, principalmente porque se hizo evidente, que las nociones - de los psiquiatras acerca de lo que constituye una enfermedad - mental, eran tan confusas que los testimonios discordantes caso tras caso acerca de si el defendido era psiquiátricamente enfermo o no, llevó a que la decisión Durham fuera desechada, y a - falta de algo mejor, se retornó a las reglas Mc. Naughten.

El concepto de "responsabilidad disminuída" tiene muy poca aplicación en la práctica y el concepto de "impulso irresistible" se aplica en los casos en que existió una provocación muy fuerte.

En Nueva York, suele considerarse incapaz de responsabilidad a cualquier persona que sufre un estado psicótico orgánico o funcional, incluso un estado de psicosis transitoria, como una reacción delirante, pero esto no llega a eximir a las personalidades psicopáticas o a las personas cuyo trastorno es de tipo neurótico.

En lo que concierne a la esterilización, sólo 27 Estados - tienen una ley que la autoriza o impone medidas de ese orden, en varios Estados han sido declaradas inconstitucionales en -

otros no han sido aplicadas por considerárseles crueles.

En la Unión Americana, la esterilización se justifica por móvil eugenésico y sólo accesoriamente se invocan a su favor razones económicas, es decir, por la economía que realizaría el Estado evitando los gastos que ocasiona el tratamiento de enfermedades hereditarias y pacientes anormales y los daños indirectos que se les puede imputar (delitos, vagancia, prostitución, etc.)

Por regla general se autoriza en enfermos que son internados en establecimientos del Estado, tomando en cuenta el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Suecia:

En este país, los psiquiatras actúan como consejeros de los Tribunales, y éstos disponen el examen del acusado sólo si se sospecha que el crimen fue cometido en un estado mental anormal, y posteriormente para decidir qué tratamiento es el más adecuado para su rehabilitación. El tratamiento se deja preferentemente en manos del personal médico, tanto terapéutico como de custodia.

El procedimiento para tratar estos casos es el mismo que el usado para tratar a otros pacientes socialmente peligrosos pero que no han cometido delitos. La internación en un hospital psiquiátrico ordinario en lugar de un hospital especial para criminales es la forma común de resolverlo.

Los datos psiquiátricos son tomados en cuenta para mitigar la sentencia, el cumplimiento de la condena puede ser acortado si las pruebas psiquiátricas indican que no traerá consecuencias o perjuicios a la sociedad.

En materia de esterilización existe una ley promulgada en 1934, en la que se establecen los casos en los que puede ser solicitada:

1. Si existe presunción de transmitir la enfermedad a los descendientes
2. Si por enfermedad se está en imposibilidad de cuidar a los hijos y,
3. Si el enfermo no puede manifestar un consentimiento válido.

Dinamarca

Su Código Penal establece en su artículo 40. que "los pacientes que sufren un trastorno mental distinto a la locura o déficit mental deben ser reclusos en la cárcel psicopática con una sentencia por tiempo indeterminado".⁶⁷

En Herstedvester existe la única institución en el mundo para reclusión de psicópatas criminales. Este es un gran paso dentro del derecho penal danés, ya que el psicópata padece un trastorno constitucional que es irreductible a cualquier tratamiento. "Su impulsivismo y falta de control de su conducta, les hace ser individuos altamente peligrosos, en quienes es inútil el castigo y tienen una alta propensión a la reincidencia"⁶⁸

En este país, como en la mayoría de los países bajos, no existe ninguna ley relativa a la esterilización.

La cuestión ha sido muy discutida y ha dado lugar a discusiones en la Sociedad Psiquiatro-Jurídica de Holanda, siendo apoyada por varios juristas y médicos, que son partidarios de la Ley Suiza. (Vaud).

Desde el punto de vista médico, se ha desarrollado una argumentación cuya gravedad dá qué reflexionar: Si se admite el mendelismo, se debe esterilizar no solamente a los sujetos enfermos, sino a todos los miembros de la familia, porque todos tienen la misma enfermedad latente y pueden trasmitirla. Como ejemplo se cita la corea de Huntington, que no se revela sino después de los treinta años.

El punto de vista jurídico se pronuncia también a favor de la esterilización, ya que no está prohibida si constituye un tratamiento y tiene como fin "el bien total del organismo".

La esterilización es usada como pena en delincuentes cuyas tendencias sexuales llevan a la reincidencia y en las jóvenes con debilidad mental.⁶⁹

Suiza es la cuna europea de las operaciones que tienen por objeto impedir la procreación. Ya Augusto Forel había empleado la castración como medio de curar la histeria.

En 1929 entró en vigor la Ley de Esterilización en Vaud, la que se aplica a los enfermos mentales, siendo necesaria la constancia médica de que padece una enfermedad incurable y que existe una posibilidad alta de una descendencia tarada.

"Artículo 1. La esterilización se aplicará a todos los enfermos mentales cuyo estado necesite determinados cuidados u ofrezca peligro para otros o para ellos mismos.

Artículo 28 bis. Un enfermo mental puede ser objeto de medidas de orden médico para impedir que tenga hijos, si se reconoce como incurable y si según todas las previsiones puede tener una descendencia tarada".

Estas operaciones se hacen con autorización de los poderes judiciales, lo que permite que pacientes peligrosos sean puestos en libertad, pero para éstos, además de la esterilización simple, está permitida la castración⁷⁰.

España

El Artículo 8 del Código Penal español establece: "Están exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiese cometido un hecho que la ley sancionase como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de esta clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal".

El Código está basado en la voluntariedad de los actos. - Desde un punto de vista psicológico se puede expresar diciendo que los actos pertenecen a un yo.

Nosotros tenemos conciencia de que somos nosotros mismos - (vivencia del yo), esta vivencia tiene varias características fundamentales y constantes que fueron analizadas por psiquiatras y filósofos como Jaspers y Scheider⁷¹. Una de ellas es la vivencia de la propia actividad y de la propiedad de los actos del yo. "No solamente los actos pertenecen a un yo, sino que éste se afirma a su vez, en los actos"⁷². De esta manera tenemos que aceptar que la actividad del yo va unida a la libertad y por lo tanto a la responsabilidad de los actos.

En el Derecho Penal español la responsabilidad es consecuencia de la imputabilidad y, al eximir de responsabilidad al enfermo mental, lo define como sujeto al que no se le pueden imputar actos. La función del psiquiatra ante los Tribunales en - estos casos, será definir o excluir la imputabilidad de los actos a un individuo.

La jurisprudencia sentada por las sentencias del Tribunal

Supremo ha definido el concepto de enajenado en el Código Penal, incluyendo algunas consideraciones útiles.

La primera es distinguir entre la enajenación completa, in completa e inoperante. La enajenación completa da lugar de entrada a una inimputabilidad y por lo tanto a la irresponsabilidad. La enajenación incompleta se ha considerado algunas veces como una eximente, y otras, como atenuante de la responsabilidad.

La jurisprudencia aclara lo anterior estableciendo que a la enajenación completa corresponde la enfermedad permanente o crónica, y dentro de la enajenación incompleta queda encuadrado el trastorno mental transitorio, que debe tener una base patológica que produzca la alteración o la anulación de las facultades mentales y que ésta no haya sido provocada a propósito.

La enajenación inoperante considera el hecho de que el enfermo puede obrar cuerdamente en los asuntos que no afecten su delirio y por lo tanto ser responsable.

Lo importante en todos los casos, es la consideración de la libertad que el enfermo tenga frente a sí mismo y frente a la sociedad. En los casos de psicopatía, sólo cuando son muy graves constituye una causa de enajenación completa.

El concepto de trastorno mental transitorio se asemeja al de enajenación en el hecho de que también se maneja en múltiples ocasiones como una eximente de responsabilidad.

Una típica situación de trastorno mental transitorio es el estado crepuscular epiléptico o una intoxicación exógena, generalmente quien queda encuadrado en estos casos es internado en un hospital psiquiátrico tratándosele como enajenado, o se enfoca su situación hacia la Ley de Peligrosidad Social, con el fin de velar por la seguridad de la sociedad.

Ahora bien, el artículo 8 del Código Penal español se refiere al enajenado y al trastorno mental transitorio como eximentos, sin puntualizar ninguna exigencia cronológica, pero es obvio que la exención de responsabilidad penal, es sólo aplicable cuando tales extremos psicopatológicos se presentan en el momento mismo de cometer el ilícito.

Al igual que en nuestro país, la irrupción de un trastorno mental en el momento posterior al hecho delictivo no modifica la responsabilidad, pero sí determina la interrupción del procedimiento o de la ejecución de la pena.

En España, el artículo 383 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, dispone que "al sobrevenir la enajenación del acusado, - hallándose la causa en período sumarial, el Tribunal ordenará - archivar la causa una vez concluido el sumario hasta que el procesado recobre la salud", aplicándose en estos casos la medida de internamiento prescrita en el artículo 8 del Código Penal para el delincuente enajenado.

El artículo 82 del mismo ordenamiento establece en su primer párrafo que "cuando la enajenación del delincuente aparece después de haberse pronunciado sentencia firme, se debe suspender la ejecución de la misma sólo en su parte de pena corporal y se debe aplicar lo dispuesto en el artículo 8 del mismo ordenamiento", y en su segundo párrafo dispone el cumplimiento de su sentencia en el momento que el delincuente recobre el juicio.

Los artículos 99 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establecen medidas análogas para los sentenciados que se enajenen en el transcurso del cumplimiento de su condena.

La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, entró en vigor en 1970, derogando a la Ley de Vagos y Malvivientes, crea

da por Luis Jiménez de Asúa durante la segunda República Española.

Según el legislador, la nueva ley obedece a tres criterios:

1o. La reforma y puesta al día de la Ley de Vagos y Maleantes.

2o. La defensa social y,

3o. La prevención y el castigo de los estados peligrosos anteriores y posteriores al delito.

Lo cierto es que esta ley se desarrolló más como un instrumento represivo que como un estímulo legal para la resocialización y rehabilitación del delincuente. Tal fracaso legislativo parece haberse debido sobre todo a la falta de personal técnico debidamente preparado para el tratamiento de los individuos objeto de esta ley y a la ausencia de establecimientos especiales para recibir a las diversas clases de sujetos "peligrosos", entre los cuales se incluyen a enfermos mentales, toxicómanos y homosexuales.

La asistencia de enfermos psiquiátricos que no han cometido delitos está regulada por un Decreto vigente desde el 3 de julio de 1931, en el cual, se han introducido con posterioridad algunas modificaciones. En él se exige que todo paciente psiquiátrico debe recibir asistencia médica ya sea privada, en medio familiar o en un establecimiento psiquiátrico público o privado, cuya organización técnica corresponda al estado actual de la psiquiatría.

En su articulado se estipula que los establecimientos psiquiátricos públicos deberán tener un carácter mixto con un servicio abierto y otro cerrado. También se regulan las condicio-

nes de higiene, organización e inspección de dichos establecimientos.

El artículo 8 regula el ingreso o admisión de los enfermos en los hospitales:

"Artículo 8. Todo enfermo psíquico podrá ingresar a un establecimiento oficial o privado en las siguientes condiciones:

- A) Por propia voluntad
- B) Por indicación médica
- C) Por orden gubernativa o judicial".

La admisión de un enfermo psíquico por indicación médica u hospitalización involuntaria solo puede tener el carácter de "medio de tratamiento" y en ningún caso de "privación correccional de la libertad".

Este tipo de internamiento exige las siguientes formalidades conforme al artículo 10:

A) Un certificado médico cuya firma sea legalizada por el subdelegado o juez municipal. En este documento se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de internamiento, expondrá brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

B) Una declaración firmada por el pariente más cercano al paciente, su representante legal o las personas que convivan con el enfermo si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente al director del establecimiento, quien después lo participará al Presidente de la Diputación.

Las razones para certificar la admisión de una persona en

un establecimiento psiquiátrico serán:

- A) Enfermedad psiquiátrica que aconseja su aislamiento.
- B) La peligrosidad de origen psíquico.
- C) La incompatibilidad para la vida social.
- D) Las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico donde es admitido el enfermo que expiden la certificación de enfermedad psíquica no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado de la persona que formula la petición de internamiento.

Dentro de las veinticuatro horas que siguen al ingreso del enfermo el director del establecimiento remitirá al juez la primera instancia un informe en el que se haga constar la afiliación del enfermo, el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso.

En el artículo 11 se especifica la situación de los enfermos que ingresan voluntariamente y por presentar una agravación de la enfermedad se transforma en ingreso involuntario siendo necesario en este caso dar aviso al juez de esta situación.

En los casos de urgencia, el paciente puede ser admitido bajo la responsabilidad del director del establecimiento, quien en el término de veinticuatro horas está obligado a comunicar al juez de dicho internamiento enviando un certificado en el que se hagan constar las razones de urgencia del caso.

En esta legislación se establece este tipo de control por denuncias presentadas por internamiento indebido de presuntos sujetos normales.

En este país, con el fin de velar por la seguridad de quie

nes utilizan la vía pública se expidió el Código de la Circulación, el que especifica varias limitaciones a individuos con de terminados déficits psiquiátricos y físicos que indudablemente los incapacita para conducir.

Este Código señala la obligación por parte de los interesados de someterse a un examen médico, con la facultad, por par te de las autoridades de concederlo o no, a quienes por sus lesiones o peligrosidad no sean aptos para conducir vehículos automotores.

En materia de esterilización con fines eugenésicos no hay ninguna legislación y el legislador se muestra generalmente indiferente si no es que hostil hacia la creación de alguna ley de esterilización.

México

La legislación psiquiátrica en México es deficiente, ya que las normas y disposiciones sobre el enfermo mental, además de ser fragmentarias, se encuentran diseminadas en varias de nuestras leyes. Así en nuestro Código Civil, el artículo 156 señala los impedimentos para celebrar matrimonio:

"VIII. La embriaguez habitual, la morfinomanía, la eteromanía y el uso persistente e indebido de las demás drogas enervantes. La impotencia incurable para la cópula; la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas e incurables, que sean además, contagiosas y hereditarias;

IX. El idiotismo y la imbecilidad".

El artículo 267 del mismo ordenamiento, establece como causas de divorcio, en la fracción VII, "padecer enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente".

La Ley General de Población, establece en su artículo 37 que la Secretaría de Gobernación puede negar la entrada al país o el cambio de calidad migratoria a quienes no se encuentren física o mentalmente sanos a juicio de la autoridad sanitaria (fracción VII).

En material penal, encontramos lo dispuesto en los artículos 15 fracción II, 67, 68 y 69 los que fueron mencionados en el capítulo segundo.

Las medidas de seguridad aplicadas al enfermo mental que comete un acto delictivo, si bien no son represivas ni guardan proporción con el acto realizado, tienen similitud con las correspondientes penas, por representar para la libertad del sujeto.

to más que una restricción una auténtica pérdida de la misma, en ocasiones tanto o más severa que una pena, ya que puede consistir en la pérdida definitiva de la libertad en los casos de enfermos mentales incurables.

Estas medidas de seguridad encuentran su justificación en atención al peligro social que representan estos individuos y en la defensa que debe adoptarse por la ley ante una conducta nociva, la cual, nuestra sociedad no tiene obligación de soportar.

Como garantía debida a los ciudadanos siguiendo los preceptos constitucionales que disponen su aplicación por el orden jurisdiccional, con las formalidades y juricidad que dá el juicio previo, y una vez que el juzgador comprueba plenamente los supuestos establecidos por el legislador, se aplican a los enfermos mentales lo establecido en nuestro ordenamiento penal, relativo a los inimputables que infringen la ley.

Al aplicarse estas medidas de seguridad, el enfermo mental es internado en un hospital psiquiátrico del que no puede salir hasta la remisión total o parcial de su enfermedad.

Lo grave de carecer de una legislación especial sobre enfermos mentales es que en los hospitales psiquiátricos ingresan pacientes que han demostrado su peligrosidad para sí mismos, su familia o la sociedad, los que después de aplicárseles el tratamiento que requieran, son devueltos a su medio familiar sin más control posterior.

Por otra parte, éstos pacientes, por su misma peligrosidad y posibilidad de transmitir su patología a su descendencia, no pueden ser considerados capaces de ejercer una paternidad responsable, por lo que sería de gran beneficio para ellos su esterilización. En los hospitales psiquiátricos se realizan dichas

intervenciones siempre con la autorización del paciente, y cuando no está en condiciones de expresar su consentimiento, basta con la aceptación del familiar responsable.

Desgraciadamente, por incomprensión o ignorancia, las esterilizaciones no se realizan con la frecuencia deseada.

A continuación transcribiré la Ley de Eugenesia e Higiene Mental expedida en el Estado de Veracruz-Llave en el año de - 1932.

LEY NUMERO 121

Artículo 1o. Se crea un nuevo servicio denominado "Sección de Eugenesia e Higiene Mental", adscrito a la Dirección General de Salubridad del Estado.

Artículo 2o. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, se ocupará del estudio, en nuestro medio, de las enfermedades y defectos físicos del organismo humano, susceptibles de transmitirse por herencia de padres a hijos.

Artículo 3o. Investigará acerca del estado mental de los criminales alcohólicos, prostitutas, y viciosos en general, procediendo de la misma forma con los individuos que den lugar al pauperismo, anotando cuidadosamente las causas de ser de estos grupos y formando las estadísticas respectivas.

Artículo 4o. Estudiará por edades, el estado mental de los niños, midiendo su grado de inteligencia e inquiriendo acerca de la etiología de los defectos o irregularidades que en ellos se encuentren.

Artículo 5o. Dictará y aplicará en cada caso, las medidas necesarias de profilaxis que científica y experimentalmente san

cionadas, prevengan a las nuevas generaciones contra las enfermedades, defectos físicos y mentales hereditarios.

Artículo 6o. Promoverá y pondrá en práctica todas las medidas profilácticas y educativas de carácter general que tengan por finalidad la del artículo anterior.

Artículo 7o. La Dirección de Salubridad del Estado organizará la Sección de Eugenesia e Higiene Mental y reglamentará la presente Ley.

CONSIDERANDO: Que por ser del más alto interés público y social el mejoramiento de la especie humana, así como la promoción de todas las medidas que tienden a eliminar las lacras, que transmisibles por herencia, sean susceptibles de tratamiento científico y de acción metódica del Poder Público, la H. Legislatura del Estado tuvo a bien expedir la Ley Número 121 de 6 de julio de 1932, por la cual se creó en el Estado el servicio de Eugenesia e Higiene Mental, adscrito a la Dirección General de Salubridad;

CONSIDERANDO: Que los descubrimientos de la experimentación sanitaria, médica, biológica y psicológica atestigüen de una manera indubitable, la posibilidad de aplicar a la raza humana métodos concretos de previsión eugénica que permitan esperar resultados patentes y prácticos en la reproducción que ha de formar la colectividad del futuro, suprimiendo así, hasta donde sea posible, las probabilidades de degeneración o decadencia específicas;

CONSIDERANDO: Que es un hecho atestiguado por la experiencia y la estadística que la regulación de la natalidad, ejercida espontánea y libremente por los individuos, sin la intervención del Estado, está produciendo el fenómeno de reducir la procreación justamente entre los ejemplares sociales más selectos,

pues resulta que en proporción a una mayor educación técnica, - se acentúa la falta deliberada de prole, al paso que es de observarse que se reproducen sin restricción y a menudo con notorio exceso, los ejemplares menos deseables de reproducirse; con todo lo cual se está provocando una indeseable degeneración de la especie, emergencia ante la cual la sociedad debe actuar con urgencia y con serena orientación hacia objetivos trascendentales;

CONSIDERANDO: Que cualquiera que sea el aspecto del problema de la población y aún cuando no se trate de contrarrestar el exceso numérico de ella, siempre será indudable y perentorio - que el poder público atienda cualquier motivo de decadencia, de generación u obstáculo de perfeccionamiento que se presente con visos de peligro sobre el porvenir de la raza y de la especie; principalmente si ese peligro amenaza con mayor gravedad al proletariado y a los miembros de la sociedad que viven en una situación de dependencia o desvalimiento;

CONSIDERANDO: Que la esterilización de los seres humanos es práctica ya consagrada por las leyes en los países cultos - cuando se trata de individuos afectados de enfermedades hereditarias, de idiotismo, amnesia o deficiencia mental y excesiva, - enajenación mental, etc., y en algunos casos extendiéndose por mandato legal hasta los degenerados, viciosos y delincuentes in corregibles, por lo que conviene ir introduciendo la esterilización legal en el Estado de Veracruz, siquiera en lo que respecta a los casos más típicos y unánimemente aceptados en la ciencia;

CONSIDERANDO: Que la esterilización eugénica administrada en debida forma debe considerarse una medida protectora no sólo de los intereses de la especie y de la raza, sino benéfica para el hogar, saludable para la familia y conveniente aún para los mismos individuos esterilizados que en la mayoría de los casos,

especialmente las hembras, resienten la indebida función orgánica y aún de situaciones patológicas que ponen en peligro su vida, por lo expuesto se expide el presente

REGLAMENTO DE EUGENESIA E HIGIENE MENTAL

Artículo 1o. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 5o. y 6o. de la Ley número 121 de 6 de julio del corriente año, la Sección de Eugenesia e Higiene Mental dependiente de la Dirección de Salubridad, procederá al estudio y tratamiento de los problemas de eugenesia: regulación de la natalidad, esterilización en su caso de los ejemplares humanos indeseables de reproducción y en general cuantos aspectos de función social afecten la reproducción de la especie, la preservación de la misma contra cualquier causa de degeneración.

Artículo 2o. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, organizará los estudios y trabajos que sean necesarios para abordar los diversos problemas relacionados con los aspectos de regulación social que se mencionan en el artículo anterior.

Artículo 3o. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, establecerá en el Estado las clínicas que sean necesarias para proporcionar información científica y tratamiento idóneo a cerca de la regulación de la natalidad, educación e higiene sexual y demás detalles técnicos. El servicio de las clínicas a que se refiere este artículo será gratuito.

Artículo 4o. Dependientes de esta sección de Eugenesia e Higiene Mental, se establecerán y funcionarán en el Estado los dispensarios y clínicas médicas que sean necesarias para la atención gratuita de las personas que padezcan enfermedades que la Sección considere hereditarias o causantes de una degeneración o decadencia biológica y orgánica de la prole, siendo obligatorio el tratamiento médico de las mismas.

Artículo 5o. Los Departamentos de educación y Universitarios cooperarán a estos trabajos en la forma y términos que acuerde el Ejecutivo del Estado.

Artículo 6o. Podrá aplicarse en el Estado la esterilización de los seres humanos siempre que concurren las siguientes circunstancias:

I. Que se trate de enajenados, idiotas, degenerados o amantados a tal grado que a juicio de la Sección la lacra del individuo se considere incurable y transmisible por herencia.

II. Que un consejo de tres peritos médicos por mayoría de votos cuando menos, dictamine por medio de procedimientos científicos la incapacidad mental o deficiencia psicológica incurable del sujeto;

III. Que la Sección, en vista del dictamen anterior y del suyo propio ordene la esterilización;

IV. Que la operación quirúrgica o el procedimiento técnico en virtud del cual se realice la esterilización no cause al sujeto más que la incapacidad genésica pero le conserve en cambio todas las demás funciones sexuales;

V. Que el procedimiento técnico por medio del cual se obtenga la esterilización, no implique mutilación, ni deformación anatómica visible, ni traiga consigo la pérdida de las aptitudes psíquicas o fisiológicas que sean necesarias para la educación del sujeto o para que pueda bastarse a sí mismo social y económicamente.

Artículo 7o. También podrá aplicarse la esterilización ordenada en los mismos términos del artículo anterior y con los propios requerimientos y requisitos cuando se trate de seres hu

manos que padezcan enfermedades que se transmitan por herencia y que sean declaradas incurables por la Sección de Eugenesia e Higiene Mental.

Artículo 8o. Las esterilizaciones a que se refieren los dos artículos que preceden, sólo podrán ordenarse y aplicarse por la Sección de Eugenesia e Higiene Mental.

Artículo 9o. La esterilización de individuos cuya reproducción sea necesario proscribir, se aplicará de manera que aquélla no se considere ignominiosa o infamante, y en ningún caso podrá aplicarse como pena o estigma, ni implicará jamás la pérdida de ninguno de los derechos civiles o políticos que corresponden al sujeto de dicha operación.

Artículo 10. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, fijará las circunstancias en que sea procedente la esterilización de los delincuentes, reincidentes o incorregibles, cuando se trate de individuos cuya reproducción deba suprimirse, de acuerdo con los dictados de la ciencia, para evitar la procreación de seres humanos de irresponsable inadaptabilidad social.

Artículo 11. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, organizará los estudios que sean convenientes para la medición de la inteligencia en niños y adultos, con relación a su edad cronológica y adaptando al efecto las bases, escalas y pruebas que a tal objetivo conduzcan y que gocen de mayor crédito científico.

Artículo 12o. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, - prestará su concurso y cooperación a las dependencias del Poder Judicial y a las Oficinas Públicas en todos los casos en que estas requieran dictámenes u opiniones técnicas sobre la capacidad mental o estado eugénico de las personas. Será también el órgano de ejecución de todas las medidas de orden administrati-

vo o judicial que se relacionan con el estado físico o mental - de los individuos que reclamen tratamiento científico, bajo la jurisdicción de las autoridades respectivas.

Artículo 13o. El tratamiento y estudio del problema y cuestiones relacionadas con la regulación de los nacimientos, la información sexual técnica impartida con propósitos eugénicos, y todas las demás actividades de carácter científico que sobre - los particulares se desarrollen, será de la exclusiva jurisdicción de la Sección de Eugenesia e Higiene Mental, quedando prohibido en el Estado el tratamiento de dichos asuntos o la difusión de conocimientos sobre dichas materias, por individuos que no sean médicos o profesores titulados en la ciencia eugénica, y cuyo título haya sido reconocido y aceptado por la Sección de Eugenesia e Higiene Mental.

Artículo 14o. La Sección de Eugenesia e Higiene Mental, di fundirá en el Estado la información científica conveniente y al alcance de las masas y clases trabajadoras, con el propósito de prevenir y procurar mejorar las condiciones en la maternidad y la higiene más convenientes durante la gestación y concepción del producto humano.

61. MAYER-GROSS, SLATER & ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomo II. Buenos Aires 1974. p.255
62. MAYER-GROSS, SLATER & ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomo II. Buenos Aires 1974. p.256
63. SMYTHIES & CORBETT, Psiquiatría para estudiantes de medicina y leyes. Editoriales científicas. La prensa médica mexicana. México 1981. p. 261.
64. MAYER-GROSS, SLATER & ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomo II. Buenos Aires 1974. p.256
65. SMYTHIES & CORBETT. Psiquiatría para estudiantes de medicina y leyes. Ediciones científicas. La prensa médica mexicana. México 1981. p. 261.
66. AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY. Insanity Defense. 144.7, July. 1987. p. 3.
67. MAYER GROSS, SLATER & ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomo II. Buenos Aires 1974. p.265
68. REVISTA DE DERECHO PENAL CONTEMPORANEO. La personalidad psicopática. Septiembre y octubre. Número 22. UNAM. México 1971. p. 82.
69. CRIMINALIA. Año III 1936-1937. Editorial Botas. México. p. 288.
70. CRIMINALIA. Año III 1936-1937. Editorial Botas. México. p. 289.

71. JASPERS, KARL. Filosoffa de la existencia. Editorial planeta. México 1985. p. 85 y siguientes.
72. JASPERS, KARL. Filosoffa de la existencia. Editorial planeta. México 1985. p. 86.

IV. CASOS CLINICOS.

El término peligrosidad mencionado anteriormente, se refiere a las características de una persona que permite suponer que tarde o temprano violará las leyes.

Los enfermos mentales a quienes se les aplican las medidas de seguridad establecidas en nuestro ordenamiento penal, han demostrado con hechos su peligrosidad y queda a juicio de la autoridad ejecutora la modificación o conclusión de la medida de seguridad, considerando las necesidades de tratamiento del caso.

Lo lamentable es que nuestra legislación no impide que sean externados de los hospitales psiquiátricos, enfermos mentales de gran peligrosidad y tampoco protege a la sociedad de la amenaza que significan ciertos pacientes haciendo que su internamiento sea obligatorio.

Los casos clínicos que se leerán a continuación, si bien no todos corresponden a los padecimientos psiquiátricos a los que hice referencia en el capítulo II, tienen como característica común la impulsividad, manifestada en conductas agresivas que se califican como delitos en nuestra ley penal, y que quedan fuera de todo control por parte de las autoridades.

V.S.M.

Paciente traído por su hermano y primo sin nota de envío o valoración precedente de "Huixtla, Chiapas, por presentar agresividad física y verbal en contra de sus familiares y personas que relaciona con sus ideas delirantes. Hace diez días intentó asesinar a su cuñada empleando un machete causando heridas cortantes en falanges de ambas manos.

Padecimiento actual; Inicia hace tres años a raíz de un incidente en el cual riñe con perros siendo mordido por uno de estos, reaccionando en forma impulsiva matando a todos los perros y varios animales de la granja con arma de fuego.

Después de esto, siguió tratamiento antirrábico y después de la 13a. aplicación presentó crisis convulsivas generalizadas. Quince días después cursó con errores de conducta, agresividad física y verbal heterodirigida, agitación psicomotriz, automatismos y dromomanía (se extravió varias ocasiones no recordando nada), piromanía en cuatro ocasiones, " incendié mi rancho porque estaba lleno de ratones", entablaba diálogos con Miguel de la Madrid, veía animales y dialogaba con ellos, en el momento se sacude constantemente la piel ya que los percibe, vé volar coches, cambia de posición en el espacio, refiere micro y macropsias.

Ha evolucionado con remisiones y exacerbaciones, ameritando dos internamientos en hospital psiquiátrico de Oaxaca por 30 días, con tratamiento farmacológico, el que condicionó su estado de somnolencia, por lo cual su hermano le disminuyó la dosis, a los quince días aproximadamente se exagera la sintomatología ya descrita.

Diagnóstico: Psicosis orgánica transitoria asociada a disfunción orgánica cerebral.

G.S.E.

Paciente femenino de 33 años de edad, casada; católica con escolaridad de nivel profesional incompleta, traída por su esposo por presentar agresividad física auto y heterodirigida.

Padecimiento actual: Difícil de precisar su inicio caracterizándose por describirla como persona "rara" que tomaba decisiones impulsivas como abandonar trabajos en forma intempestiva y sin más explicaciones, cambiando de ser marxista y atea a católica ferviente, presenta insomnio variable recurriendo a facultativo en plan de psicoterapia, se refiere que uno de sus dos hijos fue atacado sexualmente por un individuo por lo que acude con psiquiatra y acusa a su esposo de homosexual, incrementándose el insomnio. También acusa a un hermano del cónyuge diciendo que ambos influenciaban a sus hijos para convertirlos en homosexuales, esto se recrudece hasta 1978 cuando a la madre de la paciente se le diagnostica esquizofrenia paranoide.

Posteriormente presenta tendencia a aislarse refiriendo que el esposo enviaba dobles mensajes a los hijos que significaban órdenes veladas para que se convirtieran en homosexuales, señales subliminales, olores y ruidos metálicos significaban órdenes para volverlos homosexuales, masones y nazis; acusando a su suegro de ser la causa de todo esto.

Por otra parte, refiere que la gente la acusa de lesbiana, que le hacen insinuaciones; acusa a la familia del esposo de masones, nazis y rosacruces, escucha ruidos metálicos que relaciona con las águilas que llevaban los nazis y al ser registrados por los hijos "éstos se volverán nazis".

Días previos a su ingreso, al comentar el esposo que en su familia la mayoría son ambidiestros o zurdos, ella presente que algo grave va a pasar, empieza a recibir mensajes sublimina

les y agrede al esposo, por lo que es llevada al Hospital General de Zona donde se tranquiliza con diacepam, oye al esposo comentar algo con la enfermera lo que interpreta como la orden final para actuar, por lo que al llegar a casa mientras el esposo duerme, va al cuarto de sus hijos inflingiéndoles graves heridas en la muñecas y cuello con un "exacto" con el objetivo de inutilizar el brazo derecho para que escriban con el izquierdo; al acudir el esposo a los gritos de los hijos, ella continúa lesionándolos y se lesiona a sí misma en el cuello y muñecas pensando que lo mejor es terminar, morir y llevarse a los hijos de las garras del esposo.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Pronóstico: Reservado para la vida y función, ya que es una paciente con alto riesgo de agresión auto y heterodirigida grave.

Tratamiento y evolución: Recibió 35 sesiones de terapia electroconvulsiva con mejoría importante del cuadro delirante. Su EEG fue normal y en las pruebas psicológicas se le encontró un I.Q. de 135 (superior al normal), actualmente recibe medicamento antipsicótico de depósito para mantener la remisión y control de su padecimiento.

Se dio de alta por mejoría después de 5 meses de tratamiento, vive actualmente con sus padres.

R.V.O.

Paciente enviado de Gabriel Mancera con diagnóstico de con
ducta agresiva y probable esquizofrenia paranoide.

Padecimiento actual: Inicia hace aproximadamente dos años y medio (1985), presentando tendencia al aislamiento, manifestando ser superior a los demás, refiriendo que "iba a ser un ar
tista muy famoso, un gran actor, a tener muchas mujeres y dinero", además refiere "ser víctima de una conspiración de sus padres y hermanos, que lo querían ver hundido", "el debía haber nacido en el siglo XXX, que venía de otro mundo", presenta sol
iloquios, actitudes de alucinado, desde el principio presentó -
aislacionismo, cambiando sus hábitos, sus creencias, abandonando amistades, asimismo presenta errores de conducta como subirse a una marquesina con un trapo en la cabeza y un palo de esco
ba como micrófono, poniéndose a cantar. En varias ocasiones lle
gó a desconocer a sus familiares preguntándoles que quienes -
eran, asimismo en varias ocasiones se salió de su casa "porque ya estaba harto de su familia", en una ocasión se fue a Guadala
jara y en otra a Puebla, asimismo manifiesta tener una fuerza -
poderosa "que le permite mentalmente hacer que otros le obedezcan".

Sigue un curso crónico con exacerbaciones y remisiones, -
aunque nunca ha tenido una remisión completa, motivo por el cual ha sido internado en diversas instituciones (hospital San Rafael, Clínica 23, clínica 10, y hospital del Carmen), donde per
maneció ocho meses siendo egresado en enero de este año.

En esta ocasión es traído por exacerbación de su sintomato
logía descrita anteriormente, además de presentar agresividad física y verbal heterodirigida en contra de sus familiares, refieren que se encerró en su cuarto durante 5 días, defecando y orinando en la alfombra, lograron ver que se ponía a brincar y a

jugar con unos chicos, al lograr entrar por la fuerza, uno de sus hermanos es traumatizado con dichos chicos sufriendo fractura en clavícula izquierda.

Al lograr sujetarlo lo llevaron a su hospital de zona de donde es enviado a nuestra unidad.

DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

C.G.P.

Paciente femenino de 28 años de edad, casada, dedicada al hogar, con escolaridad de primaria completa, la cual es madre de 2 hijos de 8 y 10 años; durante su primer embarazo presentó como complicación hipertensión arterial severa, edema generalizado al cual acompañó coma de 24 horas y que se le conoce como eclampsia, el embarazo culminó con práctica de cesárea, con evolución favorable de la paciente y su hijo.

Desde hace aproximadamente dos meses la paciente presenta miedo injustificado, fenómenos de lo ya visto y lo ya vivido, alucinaciones olfatorias, aumento del impulso sexual y agresividad verbal y física indiscriminada; fenómenos que se presentan de una forma súbita y bajo un modelo bastante constante, durante su último episodio la paciente intentó ahorcar a su hijo mayor, produciéndole lesiones en el cuello que consistieron en huellas ungueales, y un área de equimosis de aproximadamente 3 cm², durante el ataque fue descubierta por su esposo quien de inmediato la sujetó y la llevó a su clínica de adscripción, en urgencias le aplican un sedante y se envía al hospital psiquiátrico. Al ingreso aún presenta efectos moderados de sedación se encuentra con la conciencia obnubilada, desorientada en tiempo y espacio con alteraciones de la memoria reciente, sin un registro de los eventos recientes y expresando impulsos incontrolables de "ahorcar" que le generan intensa angustia.

Durante su internamiento se le practicó EEG el cual mostró foco irritativo en región temporal derecha. En las pruebas psicológicas se detectó disfunción orgánica cerebral localizada al mismo lado.

Recibió manejo a base de reguladores de la actividad cortical cerebral con mejoría del cuadro, disminuyendo la ansiedad, recobró el control adecuado de los impulsos y desaparecieron -

las alucinaciones olfatorias y el resto de los fenómenos paroxísticos que las acompañaban, fue posible su alta por mejoría, la reintegración a su núcleo familiar bajo tratamiento médico y control periódico.

Diagnóstico: Epilepsia del lóbulo temporal.

L.G.P.

Paciente masculino de 34 años de edad, soltero, sin religión, empleado de una tienda, el cual tiene una historia psicobiográfica caracterizada por haber sido un niño y adolescente retraído, disciplinado circunspecto. Permanece soltero y a decir de la madre no se le ha conocido ninguna relación interpersonal estable con personas del sexo opuesto, si acaso ha tenido uno o dos amigos.

Desde los 23 años tiende a aislarse, permanece en su cuarto por horas escuchando música, no se interesa por las actividades sociales propias de la gente de su edad, es hombre de pocas palabras, aficionado a las ciencias ocultas, y la lectura de libros de filosofía, desde aproximadamente 6 meses previos a su ingreso lo notan suspicaz, interpretativo, utiliza "palabras extrañas" en su lenguaje, es irritable y por momentos agresivo verbalmente ante comentarios que le desagradan (generalmente relativos a su conducta), por este motivo fue visto por un médico general quien le prescribió un medicamento ansiolítico el cual surtió efectos mínimos, posteriormente el paciente presenta alucinaciones auditivas tipo fonemas que le dicen "te van a matar, envenénalos", por lo que agrega raticida en el guisado de la familia a raíz del cual presentan cuadro de intoxicación los familiares, requiriendo hospitalización prolongada algunos, ante lo fallido de su intento y ser considerado sospechoso por sus hermanos del hecho, el paciente intenta agredir físicamente con un cuchillo a uno de ellos, motivo por el cual es enviado a la clínica.

Al ingreso se aprecia consciente, inquieto, suspicaz, reticente, su pensamiento presenta bloqueos, el lenguaje es incongruente e incoherente con ideas delirantes de daño hacia sus familiares, menciona que él "es un gran místico y que iba a ser destruido por una conspiración familiar en su contra, pero que

escuchó la voz de Dios que lo previno y le ordenó que eliminara a su familia antes de que le hicieran daño", el examen mental re vela además aplanamiento afectivo, autismo y los trastornos en la asociación de las ideas ya mencionados.

Se le practicó EEG que resultó normal, no se encontró evidencia de disfunción cerebral en las pruebas psicológicas y su I.Q. era normal promedio. El paciente recibió tratamiento psico farmacológico con regular respuesta después de dos meses de estancia hospitalaria, logró disminuirse los síntomas alucinatorios y la ideación delirante, pero aún no se relaciona adecuadamente con el medio, persiste suspicaz e interpretativo, aislado, por lo que se decide su traslado a hospital de enfermos crónicos para continuar su manejo.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

G.V.M.

Paciente del sexo femenino de 37 años de edad, con escolaridad de primaria y comercio, actualmente separada y en proceso de divorcio, tiene dos hijos, proviene de medio familiar disarmonico y desintegrado cuando la paciente tenia 4 años de edad, su desarrollo psicomotor y rendimiento escolar fueron satisfactorios.

Su padecimiento inicia aproximadamente a los 18 años de edad y se caracteriza por relaciones interpersonales frias, desconfianza en los demás, desadaptación familiar y laboral, ideas delirantes de ser controladas en su pensamiento, pensamiento so noro, ideas de perjuicio, presencia de alucinaciones auditivas y visuales, soliloquios y dromomanía; a raíz de este último problema han tenido que intervenir en varias ocasiones los familiares para saldar los gastos de vidrios que ha roto, deudas que ha contraído y en la semana previa al ingreso al tratar de salir a la calle y ser contenido por uno de sus hermanos le produce a éste una lesión en la cara tipo escoriación dérmica profunda de aproximadamente 10 cm. de longitud que interesó piel y tejido subcutáneo y dejó cicatriz permanente con objeto punzocortante (abrelatas).

Ha tenido una evolución irregular, con exacerbaciones y remisiones, ha requerido dos internamientos previos, en esta ocasión es presentada en el servicio de psiquiatría por haber intentado suicidarse ingiriendo medicamentos para el insomnio, a su ingreso se le encontró con lenguaje incoherente e incongruente, con hábitos exterior asténico, expresando un delirio mal sistematizado de daño dirigido en contra de sus familiares, negando la presencia de alucinaciones pero con afectividad embotada y graves trastornos del juicio de realidad y la autocrítica.

Permaneció hospitalizada por un mes y tres semanas, se le practicó un EEG que reveló la presencia de espigas en región frontotemporal derecha, su evolución permitió la remisión parcial de la sintomatología con el manejo psicofarmacológico, - siendo posible el egreso a su domicilio e incluso la reintegración a las labores, continúa bajo tratamiento y control médico.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Disfunción cerebral frontotemporal derecha.

J.L.S.

Paciente masculino de 22 años de edad, soltero, sin ocupación actual, escolaridad de 2o. de primaria, el cual fue producto de parto distócico, con periodo expulsivo prolongado, aplicación de fórceps e hipoxia neonatal severa que sufre crisis convulsivas generalizadas desde los 3 años de edad, y controladas con ingestión irregular de difenilhidantoína y que en el último año ha tenido una frecuencia de presentación de una a dos por semana, tiene historia de pobre rendimiento escolar, irritabilidad, escasa tolerancia a la frustración y a la demora, incapacidad para desarrollar una actividad laboral estable, el día previo a su ingreso, al salir de su domicilio es agredido verbalmente por un grupo de jóvenes que se encontraban en una esquina, ante los insultos el paciente reacciona con agresividad física toma una piedra y la arroja contra uno de los integrantes del grupo quien a consecuencia del traumatismo fallece, la riña es disuelta por una patrulla de policía, y el paciente es traído al hospital presentándose en estado de agitación psicomotriz, con lenguaje emitido en volumen alto, prolijo, coprolálico, se muestra agresivo en contra del personal médico y paramédico y es necesario aplicar sedante por vía intramuscular para su ingreso al hospital.

Durante el internamiento se le practicó EEG que demostró descargas generalizadas (espigas) de inicio frontal izquierdo, se reinstaló su manejo antiepiléptico y progresivamente fue adaptándose al medio hospitalario, el examen mental después de 10 días de internamiento mostraba paciente consciente, tranquilo, con rendimiento intelectual por debajo del promedio con tendencia a permanecer en lo sensorial, lo común y lo concreto con actitudes de desinhibición sexual tales como exhibicionismo y masturbación compulsiva, perseverante, demandante, sin presen-

cia de ideas delirantes o alucinaciones.

Diagnóstico: Retraso mental moderado secundario a hipoxia neonatal.

Crisis convulsivas generalizadas.

C.O.R.

Paciente masculino de 24 años de edad que se presenta espontáneamente procedente del Sanatorio Español sin diagnóstico.

Padecimiento actual: Se inició a los 13 años de edad con conductas compulsivas, que se manifestaban como rituales, tales como pasar por una puerta dos veces y con determinado pie, ponerse y quitarse la ropa dos veces, etc. Desde entonces se acudió a tratamiento psicoterapéutico con psicólogos y psiquiatras, pues ya se había manifestado además tendencia a la impulsividad, agresividad, pues en una ocasión, cuando tenía 12 años agredió a un compañero de escuela hiriéndole la cabeza con un lápiz, por lo que fue expulsado, además cuando se alteraba emocionalmente se autoagredía golpeándose la cabeza contra las paredes.

Hace tres años empieza a presentar pensamiento sonoro, consistente en su propia voz que le da órdenes, pensando además que a través de la concentración mental puede controlar y modificar los acontecimientos del mundo externo, a esto se agregaron ideas delirantes de posesión, pensando que hay una fuerza ajena a él que le controla sus pensamientos y sus conductas, simultáneamente se ha tornado aislacionista y mutista, abandonando sus hábitos de aseo personal y dejando de comer por largo tiempo con insomnio frecuente, crisis de angustia y de llanto constante. Inició psicoterapia con psicóloga hace cuatro meses y hace tres días en una de las sesiones la agredió con un picha hielos, por lo que fue internado en el Sanatorio Español y de ahí trasladado a este hospital.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

M. L. A.

Paciente masculino de 28 años de edad, soltero, sin ocupación actual, con escolaridad de 5o. de primaria, con antecedentes de padre y un primo paterno epilépticos con crisis generalizadas bajo tratamiento médico. El paciente es el 2o. hijo de una familia disarmónica y desintegrada por alcoholismo del padre, vivió y se crió con una tía que ya falleció.

Fue producto de parto distócico atendido en domicilio por partera, con presentación pélvica, con datos de hipoxia neonatal, llanto débil y retardado, cianosis, flacidez.

Desde la infancia muestra impulsividad, poca tolerancia a la frustración, hipercinesia y déficit en la atención que condiciona incapacidad para concluir primaria. Ha tenido algunos empleos como ayudante de taller mecánico y "cerillo" en un supermercado.

A los 19 años presentó irritabilidad, agresividad física y verbal contra sus familiares, labilidad emocional, incluso provocó fractura del 8o. arco costal a uno de sus hermanos al arrojarlo contra la pared en una discusión acerca de su conducta. Fue internado por este motivo en una clínica particular durante dos semanas y egresó por mejoría desconociéndose el tratamiento empleado. A partir del egreso el paciente suspende la medicación y en un cuadro de agitación que presentó hace dos días destruye objetos de vidrio, muebles, lámparas y otros objetos decorativos mientras sus familiares se encontraban ausentes.

Desde hace un año su conducta se ha vuelto más agresiva, es menos tolerante, ha tenido en varias ocasiones cuadros de confusión mental y aparece en sitios de la ciudad a los cuales no sabe cómo llegó, en estas ocasiones sus familiares lo apreciaban como ausente. Su impulso sexual lo lleva a la práctica

de la masturbación compulsiva, exhibe desinhibidamente sus genitales, incluso se le ha sorprendido tratando de tener relaciones sexuales con una perra.

4 días previos a su ingreso el paciente en uno de sus automatismos comete violación en la vía pública, y fue llevado a la delegación de policía en franco estado de agitación psicomotriz con la conciencia obnubilada, coprolático, refiriendo la presencia de alucinaciones auditivas y con agresividad física y verbal.

A su ingreso a la unidad se presentó paciente agitado, agresivo, relacionándose mediante lenguaje emitido incoherente e incongruente, insultando indiscriminadamente, con actitud de alucinado, desorientado en tiempo y lugar, desaliñado y mal aseado requiriendo aplicación de sedante por vía intramuscular y sujeción para su internamiento.

Durante su internamiento se le practicó EEG el cual presentó espigas y ondas lentas en la región temporal izquierda fue - manejado con medicamentos antipsicóticos, y anticomiciales, aclarándose en forma progresiva su conciencia, desapareció la agresividad y las alteraciones sensoperceptivas (alucinaciones), - presentó francos errores de memoria, por pruebas psicológicas se estableció un I.Q. de 65 (retraso mental leve) y disfunción orgánica cerebral localizada en región temporal izquierda.

La evolución hospitalaria ha sido tórpida con periodos de exacerbación: irritabilidad, agresividad, alucinaciones olfatorias, requerimientos sexuales con las enfermeras, y periodos de confusión mental.

Después de un mes de internamiento no se ha obtenido un - control total de la sintomatología, a pesar de que ha mejorado,

tiene pendiente un proceso legal por una querrela de la joven afectada.

Diagnóstico: Epilepsia del lóbulo temporal.

A.Z.M.

Paciente masculino de 36 años de edad, originario y residente del Estado de México, de estrato socioeconómico bajo, que ocupa el 80. lugar de un total de 12 hijos de un matrimonio desintegrado por la muerte del padre en una riña mientras cursaba con un cuadro de intoxicación alcohólica.

El embarazo y parto que le dieron origen, así como su desarrollo psicomotor fueron aparentemente normales, cursó instrucción primaria con buen rendimiento, ha laborado como obrero en fábrica de productos de limpieza para el hogar. A la edad de 18 años sufrió traumatismo craneoencefálico severo, con pérdida de la conciencia por 36 horas, permaneció internado en un hospital durante un mes en donde se le practicó cirugía en cráneo no especificada. Contrajo matrimonio a la edad de 24 años, y procreó 4 hijos, en ese entonces sólo se le describió cierta incapacidad para recordar hechos recientes.

5 años más tarde el paciente presenta en forma progresiva insomnio, irritabilidad, disminución del apetito, problemas laborales por pleitos con sus compañeros, posteriormente desarrolló ideación delirante de que su esposa le era infiel, la vigila continuamente, le revisa sus prendas íntimas en busca de huellas que la delaten, incluso persuade a sus hijos para que participen en la labor de vigilancia:

El día previo a su ingreso al acusar a su esposa de infidelidad y ella negarlo abiertamente ofreciendo pruebas de su fidelidad al paciente, éste le propina una golpiza que deja como lesiones: fractura de huesos nasales, de incisivos centrales y maxilar inferior, requiriendo hospitalización y manejo quirúrgico, el paciente es traído en contra de su voluntad por sus vecinos.

Al examen mental se observa paciente suspicaz, agresivo -

verbalmente contra el personal médico expresando un franco delirio de infidelidad contra su esposa con evidente distorsión de la realidad y carencia de juicio, se encontró con estado de conciencia claro, parcialmente orientado y con rendimiento intelectual por debajo del promedio, recibió manejo con psicofármacos obteniendo leve remisión de la sintomatología después de seis semanas de internamiento, se le practicó EEG en el cual se encontraron ondas lentas en región temporal en forma bilateral, aún continúa bajo tratamiento médico siendo su pronóstico reservado.

Diagnóstico: Psicosis orgánica asociada a disfunción orgánica cerebral secundaria a traumatismo craneoencefálico no reciente.

**V. OPCIONES PARA LA READAPTACION DEL
ENFERMO MENTAL.**

- A. Manejo Médico**
- B. Estancias adecuadas.**
- C. Cambios legislativos.**

Nuestra Carta Magna establece en el artículo 18 que los me
dios para la readaptación social del delincuente sería el traba
jo, la capacitación para el mismo y la educación.

Los enfermos mentales que careciendo de capacidad plena pa
ra entender y obrar necesitan de un tratamiento de readaptación
distinto al de los delincuentes normales "determinado por su con
dición especial, debiendo además estar dirigida a evitar la po-
sible comisión de "nuevos delitos".⁷³

Sobre este tema, los autores no se han puesto de acuerdo,
unos hablan de rehabilitación, otros de readaptación, otros más
de resocialización, de reinserción social, etc., la verdad es
que no todos los enfermos mentales a quienes se les interna, son
readaptables, ya sea porque nunca estuvieron desadaptados o por
que su readaptación es imposible.

En el caso de los enfermos mentales susceptible de readap-
tación, se cuenta primeramente con el manejo médico, ya que se-
ría insensato tratar de capacitar o educar a un sujeto que se
encuentra en el episodio agudo de su enfermedad.

Todavía en el siglo pasado se utilizaban tratamientos ta-
les como implantación de órganos, sangrías y terapias por coma
insulínico, pero gracias a los avances y descubrimientos en psi
cofarmacología que datan de este siglo, una alta proporción de
enfermos mentales responden al tratamiento medicamentoso en for
ma favorable.

Una vez que el enfermo es controlado de la sintomatología
más grave, puede decidirse, por parte del psiquiatra si es candi
dato a psicoterapia, para ayudarlo a comprender y modificar su
conducta con miras a una existencia más adaptada del enfermo en
su medio.

En algunos pacientes con ideas delirantes que no desaparecen con el tratamiento psicofarmacológico, la terapia puede ayudarlo por medio de la persuasión, tratando de que reprima estas ideas, que las guarde para sí y que las desatienda en cuanto a acciones agresivas se refieren, en general, que viva ignorándolas.

La terapia de la familia también es importante, pues de poco serviría aplicar al paciente los mejores métodos de rehabilitación, si luego la familia no lo acepta una vez egresado del hospital.

A pesar de los prejuicios que existen en contra de la terapia electro-convulsiva, está considerada como el tratamiento más eficaz que puede emplearse en cierto tipo de enfermedades mentales como las depresiones graves, o en las esquizofrenias cuando no existe una respuesta favorable al tratamiento medicamentoso.

En algunos pacientes con agresividad crónica que se podrían considerar incurables, ni siquiera controlables, se practica la leucotomía prefrontal, la que en la mayoría de los casos resulta de gran beneficio para el paciente.

Como métodos auxiliares a la labor médica se encuentran los electroencefalogramas, los que permiten en un 85% de los casos de epilepsia, localizar con precisión el sitio y calidad de descargas convulsivas, estableciendo un diagnóstico preciso. Las técnicas psicométricas como auxiliares del manejo médico, han demostrado tener un valor indiscutible en el análisis y la medición de la inteligencia, y en el perfil de los rasgos temperamentales de la personalidad.

Desgraciadamente, ocurre que los problemas de salud mental en sus aspectos preventivos, de diagnóstico precoz y de rehabilitación han sido postergados o ignorados a causa de la necesi-

dad de prestar atención a otros problemas de salud pública contemplados como más urgentes.

También es la competencia médica la decisión de esterilizar o no a un paciente, esta determinación debe inspirarse en medidas terapéuticas en los casos de enfermos cuyo estado necesita cierto cuidado, ofrezca peligro para sí mismo o para los demás, esté imposibilitado para cuidar a sus hijos, o existe un alto riesgo de transmitir su patología a su descendencia.

Los pacientes con trastornos mentales agudos deben encontrar dentro del hospital la atención y tratamiento adecuados. - Su rehabilitación debe iniciarse desde el momento de su ingreso por lo que el hospital debe contar con los medios idóneos para lograr sus objetivos.

Dentro de todos los hospitales, los de costo más elevados son los psiquiátricos ya que deben tener un promedio de cuatro a cinco empleados del personal por cada enfermo, los que deben estar debidamente capacitados para evitar el trato deshumanizado tan frecuente en este tipo de enfermedades.

Además el local debe contar con el espacio necesario para las actividades propias de la especialidad como áreas verdes, salones para terapia individual y de grupo, visita familiar, consultorios y talleres.

El trabajo dentro del hospital tiende a liberar los efectos deprimentes de la hospitalización y es considerado como parte importante del tratamiento, pues así como algunos enfermos pueden regresar a su antiguo trabajo, otros por el deterioro que sufren quedan incapacitados para regresar al puesto que ocupaban antes, motivo por el cual se les debe preparar para que al ser externados tengan un medio de subsistencia.

Para esto último sería recomendable que a través del mismo hospital o por medio de centros especiales se ayude al enfermo egresado a encontrar un empleo en el que pueda desarrollar una actividad remunerada dentro de sus posibilidades, ya que uno de los grandes problemas que se oponen a la rehabilitación social de estos individuos consiste en la resistencia que ofrece la sociedad a emplear toda persona que ha padecido una enfermedad - mental.

Creación de normas jurídicas para enfermos mentales:

Sabemos que el problema de los enfermos mentales no es un problema jurídico que pueda resolver el derecho. El abogado puede sugerir reformas legales o proponer un instrumento jurídico cuyo contenido sea reflejo fiel del conjunto de soluciones que los expertos en la materia implementen, es decir, que las reformas legales de nada servirían si queda sin solución el problema en cuanto a su raíz.

Pero es necesaria la creación de normas jurídicas para facilitar coercitivamente la aplicación de las medidas tendientes a proteger a la sociedad de los enfermos mentales considerados peligrosos, y por otra parte por la imperiosa necesidad de implementar normas que orienten hacia una verdadera readaptación social. Para esto, he realizado un esquema de trabajo que puede ser enriquecido por los interesados en el tema.

Crear un instrumento jurídico cuyo ámbito de validez se extienda a todas las instituciones del Sector Salud que reciban para su tratamiento y control a enfermos con trastornos mentales en lo relativo a la regulación de ingresos y egresos hospitalarios, ya que en múltiples ocasiones por ignorancia o incomprensión de los responsables del paciente son externados pacientes con alto grado de peligrosidad sin haber concluido su tratamiento médico.

Las medidas preventivas y de seguridad contenidas en nuestro ordenamiento penal sólo se aplican a enfermos psiquiátricos que han cometido hechos ilícitos y han sido consignados ante las autoridades, también sería conveniente establecer un control judicial en los casos de pacientes psiquiátricos que realizan conductas tipificadas como delitos.

En todos los hospitales psiquiátricos, el familiar o la persona responsable del enfermo, tiene la libertad de no aceptar el internamiento, así como de pedir el egreso en el momento que de seen, mediante un trámite administrativo relativamente sencillo, a pesar de las contraindicaciones que existan de carácter médico y social, por lo que sería recomendable que al presentarse un en fermo en el centro de salud que le corresponda, si ha causado daños personales o materiales a causa de su agitación psicomotriz, se dé aviso al Ministerio Público, para que éste pida al Juez que gira una orden de internamiento obligatorio, en la que se exhorte a las autoridades del hospital a informar periódicamente sobre el tratamiento, evolución y pronóstico del caso, así como las me did as que se tomarán para el control del paciente una vez que sea egresado del hospital.

Con esta medida de orden judicial se elimina la posibilidad de negativa por parte del responsable o del enfermo mismo, a in tern arse, y también la posibilidad de que éste abandone el tratamiento antes de que se logre el control total o parcial de su sintomatología.

Es necesario establecer un control sobre los actos jurídicos que realizan los enfermos hospitalizados, pues es frecuente que los familiares o amistades no siempre bien intencionadas, ha gan firmar o imprimir la huella digital del enfermo en diversos tipos de contratos, y aunque sabemos que éstos pueden ser invali dados posteriormente, se podrían evitar daños inmediatos al patrimonio del enfermo y un litigio posterior. Aunque este tipo de

medidas se consideran de la incumbencia del hospital solamente, es necesario imponer una vigilancia más estrecha respecto a los actos que realice el enfermo mientras se encuentre bajo responsabilidad del establecimiento médico, esto únicamente como medida de protección.

Por lo que toca a las operaciones de esterilización que se practican en los hospitales psiquiátricos, son realizadas en una proporción muy baja, lo que obedece a diversos factores. Es indispensable el consentimiento del paciente —si está en condiciones de darlo— o de la persona responsable, quienes a pesar de la información acerca del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de su paciente, muestran una absoluta sordera a las razones de tipo médico y social que les son expuestas para la realización de dicha intervención quirúrgica.

Conforme al artículo 4o. de nuestra Constitución "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre y responsable e in formada sobre el número y espaciamiento de sus hijos", e impone como "deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental".

Por lo antes expuesto y tomando en consideración que "nunca se puede estar seguro o cierto de que la enfermedad mental se ha detenido definitivamente y que la reactivación de los síntomas agudos pueden producirse aún después de que el cuadro clínico se ha mantenido estacionario por varios meses"⁷⁴, que algunos enfermos mentales son incapaces de cuidarse, y por lo tanto de brindar los cuidados necesarios a sus hijos, y en atención al peligro que representan algunos de ellos, sería conveniente que se establecieran normas que autoricen, previo estudio médico y social del caso que se trate, la aplicación de medios de control de la natalidad definitivos, que no priven al enfermo mental de su función sexual, pero sí de la capacidad de procrearse.

73. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS . Co-mentada. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM 1985. México. p. 47.
74. MAYER-GROSS, SLATER & ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomo II. Buenos Aires. 1974. p.269
75. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. Programas Institucionales. 1987. México. p. 38.

Proyecto:

La asistencia social entendida como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, de desprotección, o desventaja física o mental hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva, abarca en la actualidad diversas actividades que desempeña el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia contempla dentro de sus programas de rehabilitación la atención a "quienes sufren una alteración que afecta el intelecto hu mano"⁷⁵, pero hasta el momento no se ha creado alguno instrumento normativo que regule el trato de enfermos mentales, que considere en su desenvolvimiento dos aspectos importantes:

1o. La creación de normas que regulen el internamiento y egreso del enfermo mental peligroso.

2o. La aplicación de medidas terapéuticas tendientes al bie nestar del enfermo mental en su núcleo familiar.

La creación de un programa para pacientes externos que con sidere en su desarrollo la prestación de servicios asistenciales de carácter médico, social, laboral y jurídico.

Si aceptamos como punto de partida que lo que da valor y ca lidad a la vida de una persona es su mente, las dimensiones psicológicas y sociales de la salud y enfermedad mental se nos mues tran con su verdadera importancia y hasta entonces es posible re conocer que hasta ahora no se ha concedido a la enfermedad mental todo su valor en los programas de salud pública.

Las repercusiones de estos problemas se extienden a la familia y a la comunidad, por lo que no es posible dejar de reconocer las secuelas de la enfermedad mental que dificultan la reincorporación social.

La creación de normas que regulen el trato de los enfermos mentales peligrosos tiene como finalidad:

a) Hacer obligatorio el internamiento de los enfermos mentales que pueden causar daños personales o materiales.

b) Evitar el abandono de tratamiento antes de la remisión total o parcial del episodio agudo.

c) Realizar en estos individuos previo estudio médico y social las medidas preventivas que se consideren necesarias para favorecer el bienestar del enfermo y su núcleo familiar.

Para este objetivo presento el siguiente proyecto de normas:

I. Del ingreso del enfermo mental en establecimientos psiquiátricos.

Artículo 1. El internamiento se contempla como una medida de asistencia, de cuidados y en consecuencia como una medida de defensa social en el caso de los enfermos peligrosos. Para el logro del objetivo del presente proyecto se plantean dos modalidades de internamiento:

1. Voluntario
2. Por orden judicial.

Artículo 2. El internamiento voluntario se aplicará a todo enfermo para quien el internamiento esté indicado sin ser exigido como una medida policiaca.

Se solicitará por la familia, la que podrá reclamar a su enfermo por simple petición. La solicitud de ingreso podrá hacerla el mismo enfermo, o cualquier persona mayor de edad.

Artículo 3. El internamiento por orden judicial tendrá lugar por orden de la autoridad judicial, en los casos de urgencia, exigiendo las siguientes formalidades:

a) Un certificado firmado por médico psiquiatra. En este documento se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de internamiento, exponiendo brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

b) Una declaración firmada por el pariente más cercano al enfermo, su representante legal, o personas que convivan con el enfermo si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad. En esta declaración quien solicita el ingreso del paciente hará constar las permanencias anteriores del enfermo en otros establecimientos psiquiátricos.

Artículo 4. Las razones para ordenar judicialmente el internamiento serán:

- a) Enfermedad psiquiátrica que aconseje su aislamiento.
- b) La peligrosidad para el mismo enfermo o para los demás.
- c) La imposibilidad para la convivencia social.

Artículo 5. La orden de autoridad debe estar motivada en un certificado médico, pero cuando esto sea imposible, la orden se fundará en los hechos que ante la autoridad se demuestren como trastorno mental.

Artículo 6. Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico que expidan la certificación de enfermedad mental no po-

drán ser parientes dentro del cuarto grado de la persona que formule la petición.

Artículo 7. Dentro de las veinticuatro horas que sigan a la admisión del paciente en el establecimiento psiquiátrico, el médico director del hospital remitirá a la autoridad judicial una constancia de filiación del enfermo, y nombre del médico que certificó el ingreso.

Artículo 8. Cuando un enfermo ingresa voluntariamente a un establecimiento psiquiátrico y dentro de éste, presenta una agravación de su enfermedad, puede transformarse en un ingreso involuntario, siendo necesario cumplir con lo establecido en el artículo anterior.

Artículo 9. En los casos de urgencia, el paciente podrá ser admitido en el establecimiento psiquiátrico bajo la responsabi-lidad del médico director del hospital el que además de cumplir con lo establecido en el artículo 7, enviará un certificado en el que haga constar las razones de urgencia del caso.

Artículo 10. El certificado que se enviará a la autoridad judicial podrá ser extendido por el médico tratante del paciente dentro del establecimiento psiquiátrico.

Artículo 11. No podrá prolongarse la estancia por más de veinticuatro horas si no se justifica por medio del certificado médico, la peligrosidad del enfermo para los demás o para sí mismo.

Artículo 12. Todo enfermo mental indigente o que carezca de protección familiar y cuyo trastorno exija por su peligrosidad un rápido ingreso en establecimiento psiquiátrico, será considerado como caso de urgencia cumpliéndose en todo caso con el aviso a la autoridad judicial correspondiente.

Artículo 13. En el plazo de un mes, el médico director del establecimiento psiquiátrico está obligado a remitir a la autoridad judicial un informe en el que conste los resultados de la observación y tratamiento del enfermo ingresado por orden de autoridad judicial.

El director del establecimiento psiquiátrico está obligado a informar a la autoridad judicial de la salida del enfermo enviando un certificado en el que consten el nombre y domicilio del paciente así como la evolución del mismo al ser egresado.

Artículo 14. La acción de solicitar a la autoridad judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo mental será pública, en consecuencia a toda persona mayor de edad le compete esta acción.

Artículo 15. El procedimiento para el ingreso forzoso del enfermo mental peligroso, por ser de interés público tanto para el adecuado tratamiento del enfermo como por la seguridad general y conveniencia social, consistirá en tramitar ante la autoridad judicial, la petición de cualquier persona para decretar la observación e informe médico, del sujeto de quien se trate.

II. Del egreso del enfermo mental.

Artículo 16. La salida o alta del enfermo mental tendrá efecto:

a) En los enfermos ingresados voluntariamente cuando éstos lo soliciten al médico responsable de su tratamiento y si éste así lo dispone.

b) En los enfermos ingresados por indicación médica y orden judicial, cuando con previo aviso a la autoridad que ordenó su internamiento, el médico considere que ha cesado la indicación

de permanencia en el establecimiento psiquiátrico.

Artículo 17. Cuando la autoridad judicial reciba la comunicación por parte del director del establecimiento psiquiátrico de la no comparecencia de la persona responsable del enfermo, aquélla enviará una notificación judicial informándole que si en el plazo de setenta y dos horas no se presenta a recoger a su enfermo, éste será enviado al lugar de residencia de la familia, la cual tendrá que pagar los gastos que ocasionen el traslado.

III. De las medidas terapéuticas.

Artículo 18. Los enfermos mentales que previo estudio médico y social sean considerados como incapaces de cuidarse a sí mismos o cuidar a su descendencia, serán sometidos a intervención quirúrgica que tenga como finalidad privarles de la capacidad de procreación conservándoles sus demás funciones sexuales.

Artículo 19. Así también se practicará dicha intervención en los enfermos mentales, cuando por la experiencia de la ciencia médica es de esperar con gran probabilidad que su descendencia sufrirá graves males hereditarios de carácter psíquico.

Artículo 20. Estas medidas se realizarán con anterioridad al egreso del enfermo de que se trate.

IV. De las medidas asistenciales al enfermo mental

Artículo 21. La asistencia social tendrá por objeto auxiliar al enfermo mental que lo requiera a su adecuada readaptación social por medio de asistencia de carácter laboral, educacional, médica y jurídica.

Artículo 22. Se estudiará la evolución de la conducta de

los enfermos egresados orientándola hacia la prevención de actos antisociales.

Artículo 23. La asistencia laboral se realizará principalmente para ayudar a los enfermos mentales que al ser egresados del hospital, hayan quedado incapacitados para regresar a su antiguo trabajo y requieran ser capacitados para desempeñar un trabajo remunerado.

Artículo 24. La ayuda que se brindará consistirá en el adiestramiento y capacitación para el trabajo en las instituciones dependientes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Artículo 25. Se ayudará al enfermo mental a la obtención de un empleo mediante la creación de una bolsa de trabajo, previo estudio de las aptitudes, limitaciones y capacidad para el trabajo.

Artículo 26. Se realizarán visitas domiciliarias con el propósito de conocer la problemática existente en el núcleo familiar, dándose un tratamiento especial a todos los casos que así lo requieran, para encontrar la reintegración familiar y así evitar los problemas que presenta la convivencia con un enfermo mental que cuenta con pocas oportunidades de desarrollo dentro de nuestra sociedad.

Artículo 27. Las visitas mencionadas en el artículo anterior tendrán como finalidad fomentar la comprensión hacia la conducta del enfermo mental, con lo que se pretende romper viejos moldes culturales que provocan el abandono, la irresponsabilidad y la apatía por parte de los familiares del enfermo psiquiátrico.

CONCLUSIONES:

1. En nuestro país las normas que rigen el trato de los enfermos mentales, están diseminadas en diferentes ordenamientos jurídicos, además son omisas en diversos aspectos, ya que sólo tratan los problemas de impedimentos para contraer matrimonio, y causales de divorcio en materia civil; en materia penal se establecen las medidas de seguridad, que consisten en su envío a una institución que corresponde para su tratamiento, y en materia de migración, la Ley General de Población establece la facultad de la Secretaría de Gobernación, de negar la entrada o cambio de calidad migratoria a quien no se encuentre mentalmente sano.

2. A principios de este siglo, la psiquiatría no contaba con tratamientos eficaces para ayudar a sus enfermos, y la labor del especialista se reducía a la custodia de estos infelices. En la actualidad, gracias a los avances de la psicofarmacología y disciplinas auxiliares de la psiquiatría, es posible la rehabilitación del enfermo mental y su reinserción en la sociedad, con muchas posibilidades de poder realizar una actividad productiva.

3. En la práctica psiquiátrica, generalmente se combina la terapia con el tratamiento farmacológico y físico cuando el caso lo requiere y resulta de gran importancia la colaboración del personal paramédico como psicólogos y trabajadores sociales psiquiátricos, para modificar el ambiente familiar y social del paciente a fin de reducir en la medida de lo posible una recaída.

4. La rehabilitación, entendida como un conjunto de actividades encaminadas a reincorporar al enfermo a su núcleo familiar evita que los hospitales psiquiátricos se conviertan en un depósito de enfermos.

5. En nuestro país, tanto la asistencia social entendida co

mo filantropía de ciertos grupos pertenecientes a la iniciativa privada, funcionan en nuestro medio y coexisten con fines semejantes, éstos últimos principalmente podrían ampliar sus funciones para ayudar al enfermo mental a encontrar un empleo teniendo en cuenta sus limitaciones.

6. La ausencia de normas que regulen el trato de los enfermos mentales trae como consecuencia la desprotección de la sociedad ante la amenaza que significa la peligrosidad de ciertos pacientes y también la desprotección de los derechos de los pacientes hospitalizados.

7. El internamiento por orden judicial, tomando en consideración la peligrosidad social del enfermo, traería como consecuencia el impedir que éste abandone su tratamiento antes de que su cuadro agudo esté parcial o totalmente controlado, cumpliéndose así los principios de una defensa social eficaz, como son:

a) Eliminar temporal o definitivamente al enfermo mental, poniéndolo en imposibilidad de dañarse o dañarse o dañar a otros con sus actos.

b) Lograr su rehabilitación hasta donde sea posible, para que esté en condiciones de poder convivir con el grupo social al cual pertenece.

8. La esterilización entendida como medida terapéutica que tiene como fin el bienestar total del enfermo y de quienes lo rodean, debería estar autorizada en un instrumento normativo, que disponga la práctica de estas intervenciones en los casos de enfermos mentales cuyo estado necesite determinados cuidados, ofrezca peligro para otros o para ellos mismos o existe una probabilidad elevada de transmitir la enfermedad a su descendencia.

9. Para el logro de estos objetivos es imprescindible la

creación de un ordenamiento jurídico y para ello tenemos ejemplos que podrían servir de modelos, así, siguiendo la tradición del legislador, podríamos tomar como modelo la legislación española que regula el internamiento y egreso de los enfermos mentales y en nuestro país tenemos la Ley de Eugenesia e Higiene Mental de 1932 del Estado de Veracruz.

Glosario de términos:

Afectividad embotada: Sensibilidad inadecuada respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor emocional. Esta ausencia de reactividad emocional hace que la persona parezca no tener contacto con la realidad, la cara presenta vacuidad en la expresión.

Alucinaciones tipo fonemas: Percepciones auditivas sin objeto externo en las que la persona escucha voces de una o más personas, desconocidas o conocidas emitiendo palabras o frases (fonemas).

Aplanamiento afectivo: Grado máximo de embotamiento afectivo en el cual existe una ausencia total de respuestas emocionales ante las experiencias.

Autismo: Forma de relación con el mundo que tiene su origen en un pensamiento egocéntrico que satisface a las propias necesidades, enfatizando más la subjetividad que la objetividad sin tener ningún respeto por la realidad.

Bloqueo del pensamiento: Transtorno de la continuidad en el curso del pensamiento en el que hay una interrupción súbita del mismo, se continúa con la idea anterior, una nueva o se calla.

Compulsión: Impulso incontrolable a realizar repetitivamente una acción. La no realización de la acción provoca ansiedad.

Conciencia obnubilada: representa la elaboración intrapsíquica incompleta de percepciones y vivencias, expresa energía psíquica insuficiente.

Delirio: Ideación fijada en una creencia errónea no acorde con el nivel intelectual del sujeto que cuando establece conexiones lógicas con otras ideas, es persistente y rica, bien organizada se conoce como delirio sistematizado.

Fenómeno de la ya visto y lo ya vivido:

Fenómeno de lo ya visto "deja vu": ilusión de reconocimiento visual en el cual una escena o lugar nuevo es considerado incorrectamente como algo ya conocido.

Fenómeno de lo ya vivido: sensación de repetición de una experiencia previa.

Ambas son consideradas como alteraciones de la memoria o paramnesias en las cuales está implicada una disfunción del lóbulo temporal.

Impulsividad: Tendencia irrefrenable a ejecutar determinados actos sin premeditación, generalmente en contra de los deseos y sentimientos del sujeto.

Inteligencia: Capacidad de comprender, evocar, movilizar e integrar constructivamente lo que uno ha aprendido y de utilizar lo para enfrentarse a las nuevas situaciones.

Lucidez o claridad de conciencia: Grado normal de nitidez en los procesos psíquicos de percepción y asociación de ideas.

Medicamento antipsicótico de depósito: Agente farmacológico indicado en el tratamiento de pacientes psicóticos crónicos, de duración prolongada al añadirsele una sustancia oleosa para retardar su absorción y distribución, y que es útil en aquellos casos en los que el control de ingestión de fármacos es difícil por vía oral.

Memoria reciente: Capacidad de almacenar, reproducir, y reconocer actividades sensoriomotrices, ideas y conocimientos a corto plazo, hállase alterada en los trastornos orgánicos generalmente.

Mensaje subliminal: Comunicación que se encuentra por debajo de la sensación, es decir, estímulo demasiado débil para ser captado por la conciencia (aunque susceptibles de influir en los procesos y conductas ulteriores).

Muerte aparente: inmovilidad o insensibilidad absoluta, disminución intensa de la tasa metabólica basal que se manifiesta por la disminución de todas las funciones vitales.

Muerte por inhibición: Aquélla que se produce por la obstrucción de las vías respiratorias y compresión de los vasos del cuello como en el ahorcamiento.

Muerte real: Suspensión definitiva de todas las funciones vitales, clínicamente por descerebración lo cual implica suspensión de la función cerebral, además ausencia de pulso, ausencia de movimientos respiratorios, de reflejos esteotendinosos, fotomotores, corneal y llenado capilar.

Muerte súbita: Muerte repentina, inesperada, que se produce en un sujeto en aparente buen estado de salud y que en forma rápida muere a consecuencia de la acción de un factor interno, por ejemplo: infarto agudo al miocardio complicado con arritmia grave, enfermedad vascular cerebral embólica, ruptura de aneurisma aórtico, choque anafiláctico, etc.

Muerte violenta: Muerte repentina que se presenta en un sujeto en aparente buen estado de salud, en forma más o menos rápida por la acción de un agente externo en la cual se puede establecer una relación de causa-efecto, se subdivide en accidental, suicida y criminal.

Parto distócico: Parto difícil, de origen materno o fetal, en el cual hay una detención o prolongación de los procesos que normalmente culminan con la expulsión del producto de la gesta-

ción. Habitualmente requieren del empleo de fórceps, cesárea y otros procedimientos que implican mayor riesgo para el producto que un parto normal pero lo previenen de daños mayores.

Pensamiento sonoro: Sensación anormal de escuchar el propio pensamiento dentro de uno mismo o "pensar en alta voz". Se considera una alucinación auditiva.

Tolerancia a la frustración: Capacidad del adulto normal para manejar los sentimientos desagradables que se originan en el fracaso de la consecución de una meta, dándose por entendido que a mayor importancia de la meta deberían ser mayores los recursos que el individuo deba poner en acción. En los pacientes con retraso mental se exhibe una tolerancia baja a la frustración que los puede llevar a conductas agresivas, estados emocionales depresivos, etc.

Trastorno de la asociación de ideas: Falta de conexión lógica y semántica, causal entre los pensamientos propios de los estados psicóticos.

Vivencias: Hechos de la experiencia que, con participación consciente o inconsciente del sujeto, se incorpora a su personalidad.

Bibliografía

- ACOSTA GUZMAN, ALFONSO. Medicina legal y toxicología. Editorial Serie. Cuarta Edición. Universidad de Costa Rica.
- ALBERCA LLORENTE, R. Psiquiatría y derecho penal. Editorial tec nos. Madrid 1965.
- ALONSO FERNANDEZ, FRANCISCO. Compendio de psiquiatría. Editorial Oteo. Segunda edición. Madrid 1982.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA. Memorias XI. Reunión de la Sección permanente de psiquiatría y criminología. 1985.
- BERGER STENDER, JAIME. La sociología aplicada al sistema penitenciario mexicano. Tesis profesional. Facultad de Derecho. UNAM. México, 1971.
- BRACELAND, FRANCIS & STOCK. Psiquiatría moderna. Manual para creyentes. Editorial Gredos. Madrid 1967.
- CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. Salud mental comunitaria. Editorial trillas. México 1984.
- CARRANCA Y TRUJILLO, RAUL. Código penal anotado. Editorial Porrúa. México 1981.
- CARRARA, FRANCISCO. Programa del curso de derecho criminal. Editorial Depalma. Tomo I. Argentina. 1944.
- CASTELLANOS TENA, FERNANDO. Lineamientos elementales de Derecho Penal. Editorial Porrúa. México 1978.
- CASTRO Y GONZALEZ, GUSTAVO. Propedéutica psiquiátrica. Editorial Morgan. Primera edición. México 1986.

- COLODRON, ANTONIO. Las esquizofrenias. Siglo XXI editores. México 1983.
- DE LA FUENTE, RAMON. La salud mental en México. Revista de salud mental. 1(1): 4,13. México 1977.
- DIAZ DE LEON CARRASCO, ALEJANDRO. La educación como medio de readaptación social en el sistema penal mexicano. Tesis profesional. Escuela Libre de Derecho. México 1978.
- DICCIONARIO MEDICO TEIDE. Editorial Teide. Quinta edición. Barcelona 1975.
- EY, BERNARD & BRISSET. Tratado de psiquiatría. Toray-Mason. Barcelona. 1978.
- FACREN GUILLEN, VICTOR. Problemas del proceso por peligrosidad sin delito. Ley de peligrosidad y rehabilitación social. Editorial tecnos. Madrid 1976.
- FERNANDEZ PEREZ, RAMON. Elementos básicos de medicina forense. Editorial Francisco Méndes. Quinta edición. México 1981.
- FOUCAULT, MIGUEL. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica. Tomo I. México 1967.
- GOODMAN & GILMAN. Bases farmacológicas de la terapéutica. Nueva editorial interamericana. México 1970.
- HARRISON. Medicina interna. Tomo I y II. Editorial la prensa médica mexicana. Reimpresión. México 1982.
- HIDALGO Y CARPIO, JOSE. Introducción a la medicina legal mexicana. Editorial Botas. México 1960.

- JASPERS, KARL. Filosofía de la existencia. Editorial Planeta. México. 1985.
- JENNINGS, GARY. Azteca. Tomo I. Editorial Planeta. México. 1985.
- KINSBERG, RAITZIN y SEIN. Archivos de medicina legal. Buenos Aires. 1980.
- KOLODNY, MASTERS y JOHNSON. Tratado de medicina sexual. Editorial Morgan. México 1986.
- KRAFT-EBING, R.U. Psicopatía sexual. El Ateneo editores. Buenos Aires. 1975.
- MARCOS, SILVIA. Manicomios y prisiones. Editorial Red. México. 1985.
- MARCOVICH, JAIME. El maltrato a los hijos. Editorial edicol. México 1978.
- MAYER-GROSS, SLATER, ROTH. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Segunda edición. Tomos I y II. Buenos Aires. 1974.
- MEYER, W. Psiquiatría clínica. Editorial Paidós. Tomo II. Buenos Aires 1974.
- NOYES & KOLB. Psiquiatría clínica moderna. Prensa médica mexicana. Tercera edición. México 1966.
- PATINO, JOSE LUIS. 26 lecciones de psiquiatría clínica. Talleres de impresiones populares. México 1975.
- PINATEL, JEAN. La criminología. SPES. Francia 1960.

PROGRAMAS INSTITUCIONALES. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México 1987.

QUIROZ CUARON, ALFONSO. Medicina forense. Editorial Porrúa. México 1977.

REYES MARTINEZ, ARMIDA. Dactiloscopia y otras técnicas de identificación. Editorial Porrúa. México 1983.

RODRIGUEZ MANZANERA, LUIS. Criminología. Editorial Porrúa. México. 1983.

SIMONIN, C. Medicina legal judicial. Editorial Jims. Segunda edición. Barcelona 1966.

SLOVENKO, R. Psychiatry and law. Little brown & Co. Boston. 1973.

SMYTHIES & CORBETT. Psiquiatría para estudiantes de medicina y leyes. La prensa médica mexicana. México 1981.

TERRIS, MILTON. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI editores. México 1982.

TORRES TORIJA, JOSE. Medicina legal. Temas para estudio. Editor Francisco Méndez. Novena edición. México 1980.

TRUJILLO NIETO, GIL A. Medicina forense.

URIBE CUALLA, GUILLERMO. Medicina legal y toxicología. Editorial Temis. Novena edición. Bogotá 1971.

VALLEJO-NAGERA, JUAN ANTONIO. Introducción a la psiquiatría. - Editorial científico-médica. Sexta edición. Barcelona 1971.

- VARGAS ALVARADO EDUARDO. Medicina legal. Compendio de ciencias forenses para médicos y abogados. Editorial Lehman. Segunda edición. San José de Costa Rica. 1984.
- WARNER, ENRIQUE. Psicopatología clínica y tratamiento analítico. Editorial Méndez Oteo. Segunda edición. México 1984.
- WILLIAMS, HELLMAN, PRITCHARD. Obstetricia. Ediciones salvat mexicana. México. 1978.
- WEYGDANT, W. Psiquiatría forense. Editora nacional. Segunda edición. México 1959.
- WOODRUFF, GOODWIN & GUZE. El diagnóstico en psiquiatría. Editorial el manual moderno. México 1978.

Revistas:

AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY. 144.7, july. 1987.

CRIMINALIA, Año III 1936-1937. Editorial Botas. México. Año XXXVII Editorial Botas México 1971.

DERECHO PENAL CONTEMPORANEO. La personalidad psicopática. Seminario de Derecho Penal. Octubre # 9. 1965.

CUADERNOS DE PSICOLOGIA MEDICA Y PSIQUIATRICA. Facultad de Medicina. México.

- La agresividad
- Etica psiquiátrica y ley penal
- Desórdenes psiquiátricos y lóbulo temporal
- Desórdenes de la afectividad

GACETA MEDICA DE MEXICO. Volumen 119. Número 2. Febrero 1983. México.

FINAL REPORT OF JOINT COMISION ON MENTAL ILLNESS AND HEALT. -
Publicado el 24 de marzo de 1961.

HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY. Law and psychiatry. Volumen 33.
Number. 1. January 1987.

Leyes:

Código Civil para el Distrito Federal.

Código Penal para el Distrito Federal.

Código de Procedimientos Penales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Población.

Ley Orgánica de los Tribunales de Justicia del Fuero Común.

LEYES PENALES MEXICANAS. Instituto Nacional de Ciencias Penales.
Talleres Gráficos de la Nación. México 1979.

Ley que establece las normas mínimas sobre readaptación social
de sentenciados.

I. GENERALIDADES SOBRE MEDICINA FORENSE	
A. Antecedentes.	2
B. Medicina forense. Su importancia en el derecho penal	5
C. Definición.	8
D. Ramas de la medicina forense.	8
II. EVOLUCION DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO	
A. Antecedentes.	49
1. Epoca colonial.	51
2. Epoca independiente	52
3. México contemporáneo.	52
B. La psiquiatría forense y su legislación	
1. Iniciadores	54
2. Cambios desde 1929 hasta la actualidad.	56
3. Políticas seguidas por el legislador mexicano.	68
C. Peligrosidad del enfermo mental	
1. Noción de salud mental.	74
2. Trastornos mentales con alto grado de peligrosidad	76
3. Causas de hospitalización involuntaria.	79
III. LEGISLACION EN OTROS PAISES	
A. Inglaterra.	84
B. Estados Unidos.	90
C. Suecia	93
D. Dinamarca	94
E. España.	96
F. México.	103

IV. CASOS CLINICOS.	115
V. OPCIONES PARA LA READAPTACION DEL ENFERMO MENTAL.	
A. Manejo médico.	136
B. Estancias adecuadas.	136
C. Cambios legislativos	143
CONCLUSIONES.	150
Glosario de términos.	153
Bibliografía.	157
Índice.	163

LE DE ERRATAS.

- Pág. 7. El título dice GENERALIDADES SOBRE MEDICINA NUCLEAR y debe decir GENERALIDADES SOBRE MEDICINA FORENSE.
- Pág. 31. El artículo 232, fracción I dice "que no tenga mala fama", debe decir que "no tenga mala fama."
- Pág. 35. El primer renglón dice "bronquiales" y debe decir "conductos bronquiales".
- Pág. 75. Dice "1. Masas psicopatológicas", debe decir "masas psicopatológicas".
- Pág. 161. Dice "Warner, Enrique", debe decir "Guarner, Enrique".