

15  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
"ACATLAN"

"MEDICINA FORENSE. TRAUMATOLOGIA Y  
LA NUEVA LEY FEDERAL DEL TRABAJO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A I

ARLETTE IRAZABAL SAN MIGUEL

Acatlán, México

1992

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

## INDICE

ESQUEMA DE TESIS.	1
PRESENTACION.	7
PORTICO.	11
PLANIMETRIA.	13
ATECEDENTES, DEFINICIONES.	22
CONCEPTO DE LESION.	24
DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN CUANTO AL AGENTE QUE LAS PRODUCE	27
AGENTES MECANICOS, AGENTES FISICOS, AGENTES QUIMICOS Y AGENTES BIOLOGICOS.	29

ARTICULOS DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL Y PARA EL ESTADO DE MEXICO, RELATIVOS A LESIONES	43
MEDICINA FORENSE Y TRAUMATOLOGIA.	51
LESIONES PSIQUICAS.	77
CONCLUSIONES.	111
BIBLIOGRAFIA.	116

**ESQUEMA DE LA TESIS:**

**Esquema de la Tesis:**

**"MEDICINA FORENSE, TRAUMATOLOGIA Y LA NUEVA LEY  
FEDERAL DEL TRABAJO"**

**PORTICO.**

**1. PLANIMETRIA.**

**2. ANTECEDENTES, DEFINICIONES.**

**3. CONCEPTO DE LESION.**

**4. DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN CUANTO AL AGENTE QUE LAS  
PRODUCE.**

**5. AGENTES MECANICOS, AGENTES FISICOS, AGENTES QUIMICOS Y  
AGENTES BIOLOGICOS.**

**5.1. LESIONES POR AGENTES MECANICOS.**

**5.1.1. POR AGENTES CONTUNDENTE.**

**5.1.1.1. Escoriaciones.**

**5.1.1.2. Equimosis.**

**5.1.1.3. Hematomas.**

**5.1.1.4. Contusiones.**

5.1.1.5. Contusiones Profundas.

5.1.1.6. Grandes Machacamientos.

5.1.2. POR ARMA BLANCA.

5.1.2.1. Heridas Punzantes.

5.1.2.2. Heridas cortantes.

5.1.2.3. Heridas Punzocortantes.

5.1.2.4. Heridas Corto-Contundente.

5.1.2.5. Heridas Punzo Contundentes.

5.1.2.6. Heridas Contundentes.

5.1.3. POR ARMA DE FUEGO.

5.2. AGENTES FISICOS.

5.2.1. POR CALOR HUMEDO:

5.2.1.1. Por Vapor.

5.2.1.2. Por líquidos en ebullición.

5.2.2. POR CALOR SECO.

5.2.2.1. Por radiaciones solares.

5.2.2.2. Por cuerpo sobrecalentado.

5.2.2.1. Por radiaciones solares.

5.2.2.2. Por cuerpo sobrecalentado.

5.2.2.3. Por flama directa.

5.2.2.4. Por acción de la electricidad.

5.2.2.5. Por rayos X o agentes radio activos.

5.2.3. POR SUBSTANCIAS QUIMICAS.

5.2.3.1. Por ácidos.

5.2.3.2. Por álcalis.

5.3. AGENTES QUIMICOS.

5.3.1. ENVENENAMIENTOS.

5.3.1.1. Venenos sólidos introducidos por vía oral.

5.3.1.1.1. Barbitúricos.

5.3.1.1.2. Arsenicales (Raticidad).

5.3.1.1.3. Cianuro de Potasio.

5.3.1.1.4. Estricnina.

5.3.1.2. Venenos líquidos introducidos por vía oral o parental.

5.3.1.2.1. Opiaceos.

5.3.1.2.2. Alcohol.

5.3.1.2.3. Barbitúricos.

5.3.1.3. Venenos gaseosos introducidos por inhalación.

5.3.1.3.1. Monóxido de Carbono.

5.3.1.3.2. Cocaína.

5.3.1.3.3. Marihuana.

5.4. POR AGENTES BIOLÓGICOS.

5.4.1. INFECCIONES POR GERMENES. (ENFERMEDADES VENEREAS).

5.4.1.1. Sífilis.

5.4.1.2. Chancro Blanco.

5.4.1.3. Blenorragia.

5.4.1.4. Linfogranuloma.

5.4.2. REACCIONES ANAFILÁTICAS.

5.4.2.1. Por penicilina u otros antibióticos.

5.4.2.2. Por otro tipo de medicamentos (sueros, etc.)

6. ARTICULOS DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL Y PARA EL ESTADO DE MEXICO, RELATIVOS A LESIONES.

7. MEDICINA FORENSE Y TRAUMATOLOGIA

7.1 LA MEDICINA FORENSE Y ALGUNAS CIENCIAS AFINES.

7.2 ALGUNOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA FORENSE.

7.3 ARTICULO 292 DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL.

- 7.4 EL ARTICULO 292 DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SUS INTERRELACIONES CON LA MEDICINA FORENSE, LA TRAUMATOLOGIA, LA ORTOPEDIA Y DEMAS CIENCIAS.
- 7.5 ARTICULO 509 DE LA NUEVA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.
- 7.6 ARTICULO 514 DE LA NUEVA LEY FEDERAL DE TRABAJO.
- 7.7 EN OTRO PARRAFO DEL ARTICULO 292 DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL.
- 7.8 EN LO QUE SE REFIERE A LA PERDIDA DE LAS FUNCIONES SEXUALES.
- 7.9 DIVERSIFICACION DE LA TECNOLOGIA LABORAL.
- 7.10 ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL AREA DEL DISTRITO FEDERAL.
- 7.11 ESTADISTICA DE CASOS DE PATOLOGIA LABORAL.
- 7.12 EN OFTALMOLOGIA TAMBIEN LA PATOLOGIA LABORAL ES IMPRESIONANTE.
- 7.13 LOS RESULTADOS PERJUDICIALES EN LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.
- 7.14 LA MUJER EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.
- 7.15 MEDICO LEGISTA, TRAUMATOLOGO, PSICOLOGO Y CIRUJANO RECONSTRUCTOR.

## 8. LESIONES PSIQUICAS

## **PRESENTACION.**

## PRESENTACION.

Este trabajo tiene varios objetivos:

- A) Llenar el requisito curricular que señala el artículo 27° del Reglamento General de Exámenes de la universidad Autónoma de México.
- B) Formar parte de la integración de un Manual de medicina Forense, cuyo origen será netamente de la ENEP-ACATLAN UNAM.
- C) Completar la presente tesis con un audiovisual, que haga más accesible el aprendizaje para el alumno que cursa la materia, mismo que fue donado a la ENEP-ACATLAN UNAM por el Licenciado Fernando Aldape Barrera.

Su síntesis, creemos, no demerita su crédito.

Se ha dicho: "... Que las posibilidades intelectuales se aprecia, por la capacidad de análisis y síntesis" aunque corriendo el riesgo de no lograrlo, nos aventuramos en aras de la concreción. No sin dejar asentado que éste esfuerzo, representó muchas horas de lectura sobre la materia.

En esta investigación no pretendemos haber creado nuevos conceptos, ni teorías, quizás sólo tenga como mérito la buena voluntad, de tratar de hacer algo útil dentro de nuestras capacidades.

El nivel económico de éste trabajo aspira es el más modesto dentro de las técnicas y metodología en Ciencias Sociales; La divulgación.

Sobemos que el que mucho dice, mucho es lo que tiene que probar y para ello necesitaría recursos de los autores que en esta disciplina han dejado conocimientos para la posteridad y muchos de ellos, hasta la fecha han sido incontrovertibles, por lo que no me toca a mi todavía, contrariarlos o reformarlos. Por ello, opté por la concreción y ésta a la vez vigorizada con un documento audiovisual, para hacer su aprendizaje más accesible, toda vez que pretendemos que esta investigación sea base para que mejoren para bien de quienes se formen, como yo, en nuestra querida escuela.

Sólo pido al Honorable jurado, que al emitir su voto lo conjugue con su benevolencia ya que al pasar por las aulas universitarias nos forma conciencia de la amplitud de la Ciencia del Derecho, sus diversas especialidades y nuestros reducidos recursos para acumular todo este saber. Sí, estamos ciertos, quienes hemos elegido este camino

profesional para desempeñarnos toda nuestra vida, que durante ella, tendremos necesariamente que seguir aprendiendo para enaltecer cada día nuestra profesión a veces tan calumniada, servir a México y superarnos nosotros mismos.

**Arlette Irazabal San Miguel.**

**PORTICO**

## PORTICO.

Consideramos de primordial importancia, que el estudiante de Derecho que cursa la disciplina de Medicina Forense para integrar sus créditos curriculares debe conocer la terminología respectiva, sin la cual sería difícil su comprensión.

Aunado a estos conocimientos por ser básicos, consideramos también los relativos a nociones de Anatomía Humana, descriptiva y topográfica, sin los cuales no podríamos fincar una base interpretativa en las enseñanzas de Traumatología, Asfixiología, Tanatología, obstetricia, etc.

Luego entonces, la Medicina Forense tiene una terminología propia, en la que se conjugan vocablos de varias especialidades pero que, en lo particular, se utilizan para su desempeño.

## PLANIMETRIA

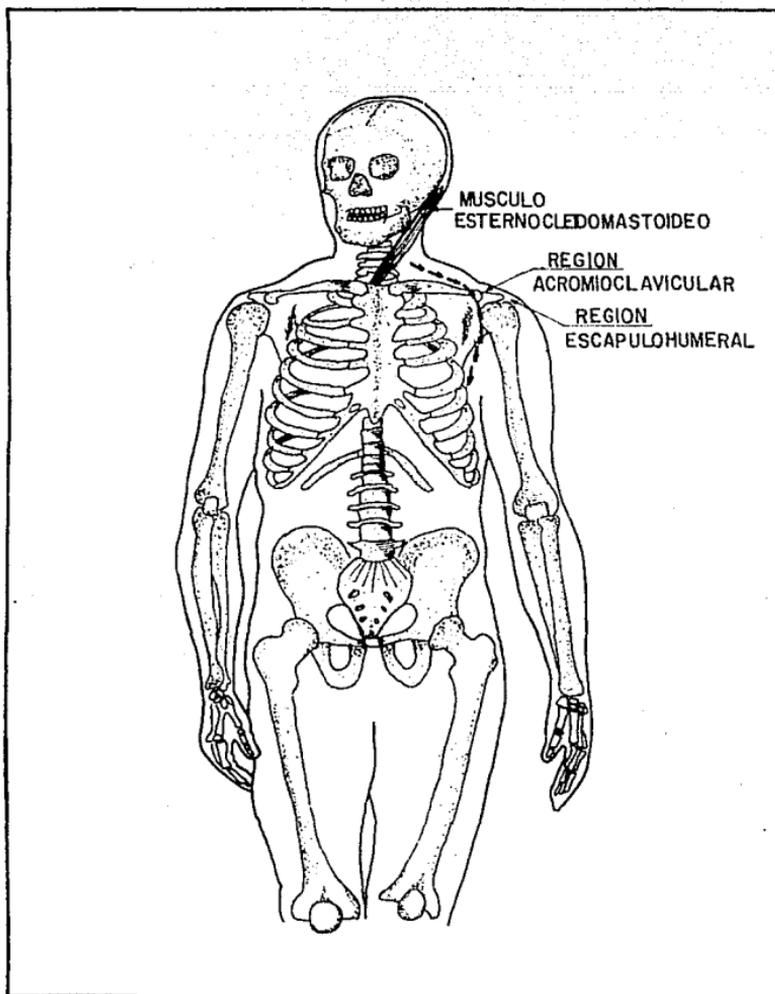
## PLANIMETRIA.

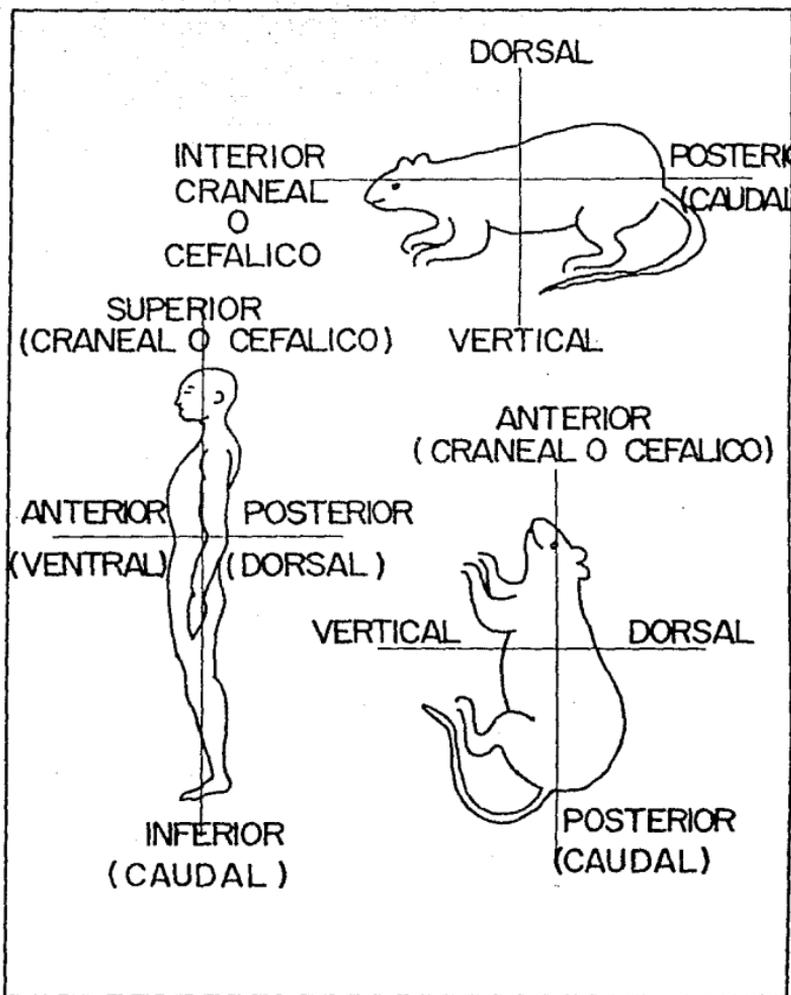
Aquí incluimos el capítulo de Planimetría o Planología, que por primera vez es considerado en esta disciplina. ¿Cómo podría un Licenciado en Derecho fincar el trayecto de un proyectil de arma de fuego, que penetra por el músculo esternocleidomastoideo, al lado izquierdo de la línea media en dirección caudal, interesando región acromioclavicular y escapulo humeral, depositándose en la séptima costilla dorsal, a la izquierda de la línea media? sin antes manejar la nómina forense y la anatomía descriptiva y topográfica.

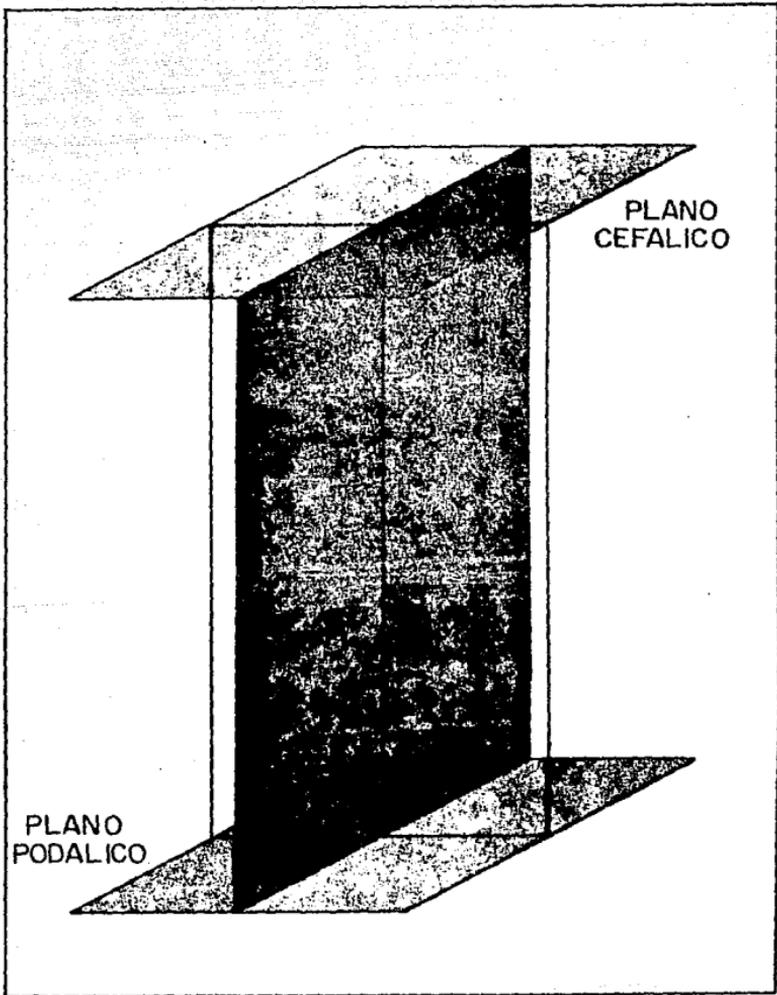
Es por ello que ahora hemos incorporado estos conocimientos, que estamos ciertos representarán una muy útil información para quienes incursionen en tan apasionante disciplina.

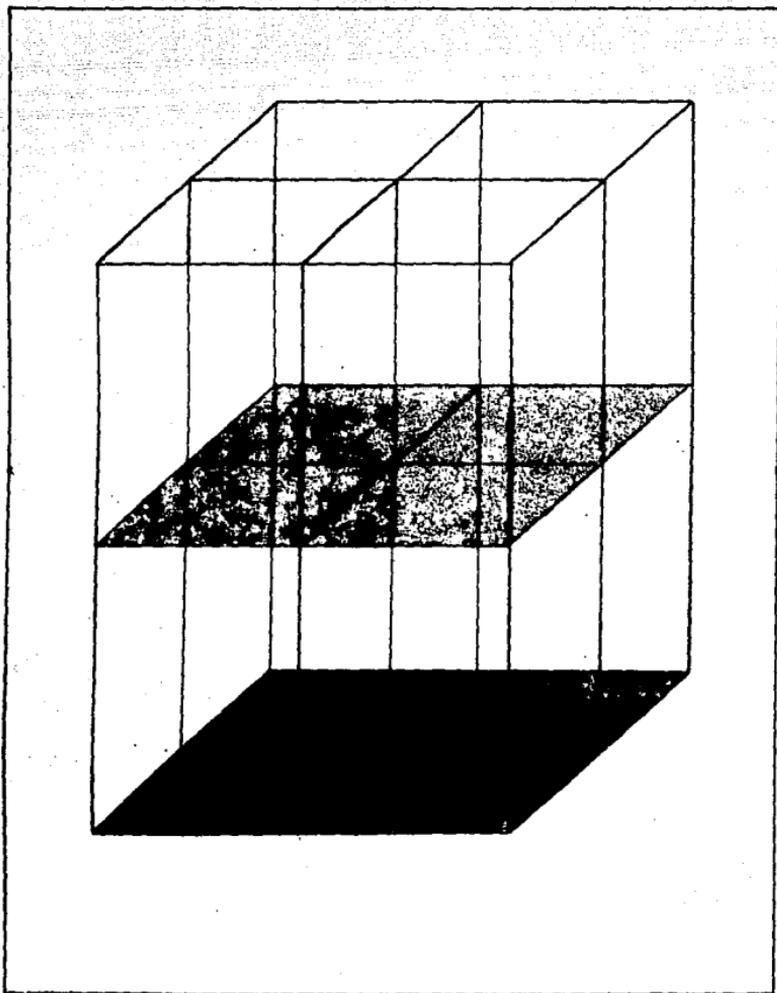
La parte de la Topografía que enseña a representar en una superficie plana, una porción de la terrestre, se denomina Planimetría. Este mismo término se ha adoptado para ubicar los elementos antómicos, así de referencia, trayectorias, etc.

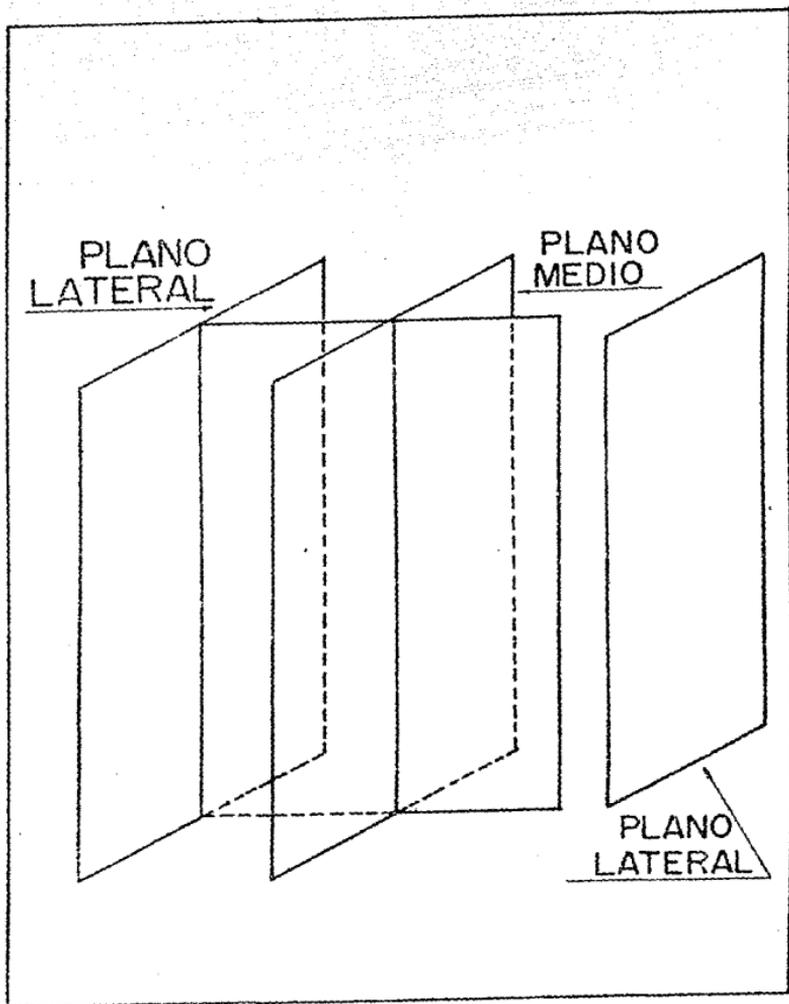
Cuando se estudia al hombre el punto de vista anatómico, debe estar en tal posición que su plano anterior se oriente hacia nosotros, lo posterior hacia atrás, lo superior hacia la cabeza y lo inferior hacia los pies.

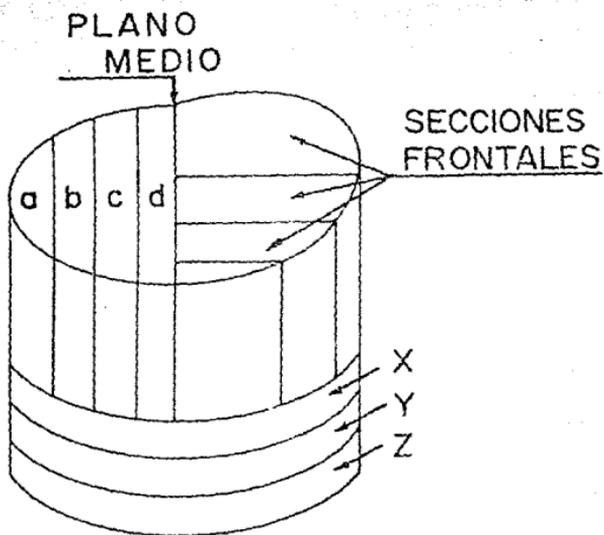






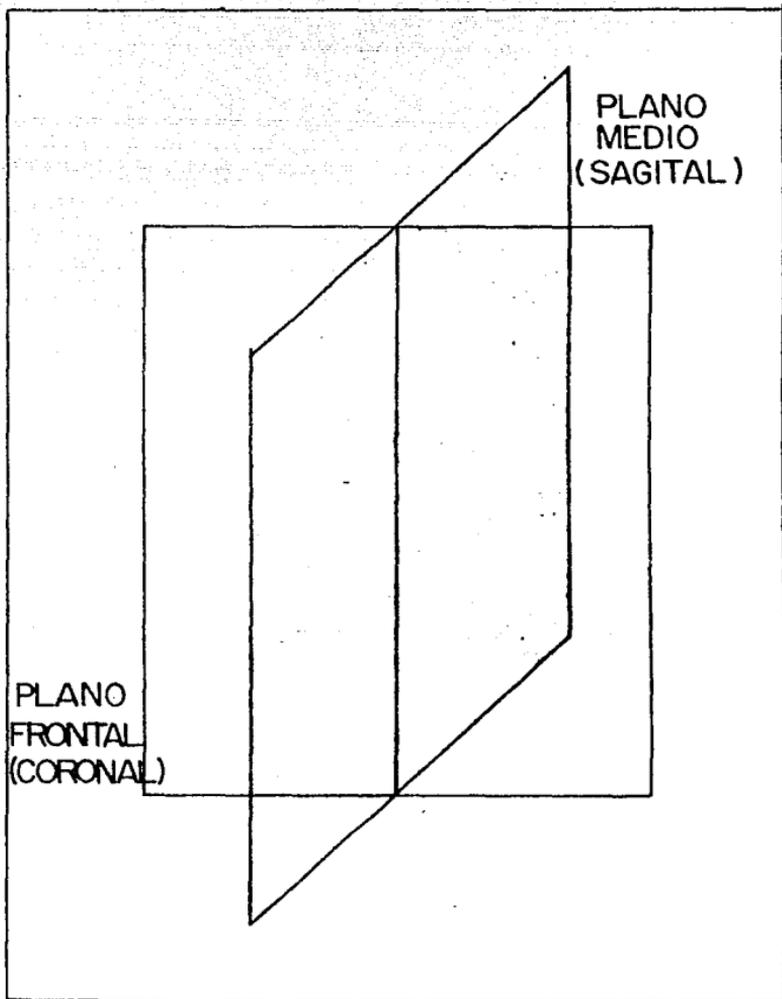






SECCIONES ANTEROPOSTERIORES  
( a, b, c, d )

Y TRANSVERSALES  
( x, y, z )



PLANO  
MEDIO  
(SAGITAL)

PLANO  
FRONTAL  
(CORONAL)

## **ANTECEDENTES, DEFINICIONES**

## ANTECEDENTES, DEFINICIONES.

"El considerable avance tecnológico en los medios de transporte, la violencia desencadenada por el traumapsíquico de las grandes ciudades, el alcoholismo y la farmacodependencia y en fin, todas aquellas formas conductuales que manifiestan inadaptación son generadoras de traumatismo".<sup>(1)</sup>

En su sentido más amplio, la medicina forense está llamada a conocer y estudiar las manifestaciones antisociales de carácter biológico, provocadas por los instintos que agitan a los hombres.

La Traumatología Forense es uno de los capítulos más importantes seguramente de los más extensos de ésta enciclopédica disciplina. Se trata del estudio de los estados patológicos mediatos o inmediatos causados por violencias externas sobre el organismo, es decir, en otros términos, es el estudio de las lesiones.

---

(1) Sampedro Becerril Enrique Dr., Clínica de Ortopedia y Traumatología, Fernando Aldape Barrera.- Editor, México, 1984.

## CONCEPTO DE LESION

## CONCEPTO DE LESION.

Concepto médico-legal de lesión, de acuerdo con la Organización Mundial de la salud, se entiende por lesión: "toda alteración del equilibrio biopsicosocial".

En Medicina, lesión es toda alteración funcional, orgánica o psíquica y consecutiva a factores internos o externos; pero en medicina forense debemos ajustarnos al concepto doctrinario del artículo 288 del Código Penal vigente para el Distrito Federal que establece: el delito de lesiones consiste en causar a la persona un daño que le deje, de una manera transitoria o permanente, huella material en su cuerpo o le produzca una alteración funcional de la salud y que tales efectos sean causados por agente externo.

Art. 288 "Bajo el nombre de lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración de la salud o cualquier otro daño, que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa externa".<sup>(2)</sup>

---

(2) Código Penal vigente, para el Distrito Federal.

Los elementos jurídicos del concepto de lesión son, según nuestro Código Penal:

**Primero:** Toda alteración de la salud o cualquier otro daño.

**Segundo:** Que deje huella material en el cuerpo humano.

**Tercero:** Que sea producido por una causa externa.

**DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN CUANTO AL  
AGENTE QUE LAS PRODUCE.**

## DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN CUANTO AL AGENTE QUE LAS PRODUCE.

Presentamos a continuación varios cuadros sinópticos que permiten apreciar en su conjunto la gama de los agentes vulnerables productores de lesiones, tales como: agentes mecánicos, agentes físicos, agentes químicos y agentes biológicos.

**AGENTES MECANICOS, AGENTES FISICOS, AGENTES  
QUIMICOS Y AGENTES BIOLÓGICOS.**

## AGENTES MECANICOS, AGENTES FISICOS, AGENTES QUIMICOS Y AGENTES BIOLÓGICOS.<sup>(4)</sup>

### 5.1. Lesiones por Agentes Mecánicos.

#### 5.1.1. Por Agentes Contundente.

##### 5.1.1.1. Escoriaciones.

Lesiones superficiales de la piel, pérdida de epidermis, huella de violencia ligera.

##### 5.1.1.2. Equimosis.

Llamados moretones y son derrames sanguíneos, subcutáneos, determinados por la ruptura de vasos de pequeño calibre.

##### 5.1.1.3. Hematomas.

Recolección o extravasación de los vasos sanguíneos que forman un abultamiento, inflamación y coloración de la piel.

<sup>(4)</sup> Fernández Pérez Ramón, "Elementos Básicos de Medicina Forense", Secretaría de Gobernación, México, 1975.

#### 5.1.1.4. Contusiones.

Son las lesiones traumáticas más frecuentes, producidas por el choque o aplastamiento contra cuerpos duros, más bien planos y de bordes romos no cortantes.

#### 5.1.1.5. Contusiones Profundas.

Son colisiones entre cuerpo romo (sin puntas) llamado contundente y el cuerpo humano ocasionando grave alteración anatómica.

#### 5.1.1.6. Grandes Machacamientos.

Son producidas por elementos muy pesados que presionan el cuerpo de la víctima.

#### 5.1.2. Por Arma Blanca.

En relación a las lesiones producidas por agentes mecánicos y específicamente por arma blanca, consideramos:

##### 5.1.2.1. Heridas Punzantes.

Producidas por instrumentos que sólo tienen punta (picahecho).

5.1.2.2. Heridas cortantes.

Producidas por instrumentos que tienen filo (navaja, cuchillo).

5.1.2.3. Heridas Punzocortantes.

Son producidas por instrumentos que tienen punta y filo (dagas, perdugillos).

5.1.2.4. Heridas Corte-Contundente.

Producidas por armas con filo y romas (hacha).

5.1.2.5. Heridas Punzo Contundentes.

Producidas por instrumentos o elementos con punta (varillas).

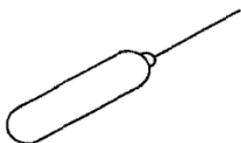
5.1.2.6. Heridas Contundentes.

Son aquellas producidas por un aplastamiento (derrumbes de edificios, láminas pesadas de hierro sobre el cuerpo humano).

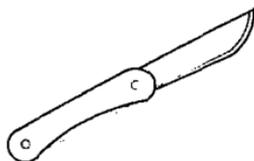
### 5.1.3. Por arma de Fuego.

Ahora bien, las heridas producidas por arma de fuego tienen características tan especiales e interesantes que deben estudiarse separadamente. Queda aquí sólo mencionar que las armas de fuego son medios que sirven para impulsar y dirigir los proyectiles.

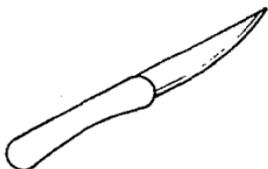
A G E N T E S   M E C A N I C O S



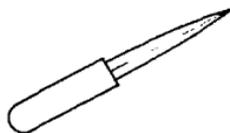
a) Picahielo



b) Navaja



c) Cuchillo



d) Daga



e) Hacha



f) Arma de Fuego

## 5.2. Agentes Físicos.

En relación a las lesiones causadas por agentes físicos, debemos señalar las quemaduras, mismas que tienen una trilogía y que son consideradas:

### 5.2.1. Por Calor Húmedo:

#### 5.2.1.1. Por Vapor.

#### 5.2.1.2. Por líquidos en ebullición.

### 5.2.2. Por calor Seco.

#### 5.2.2.1. Por radiaciones solares.

#### 5.2.2.2. Por cuerpo sobrecalentado.

#### 5.2.2.3. Por flama directa.

#### 5.2.2.4. Por acción de la electricidad.

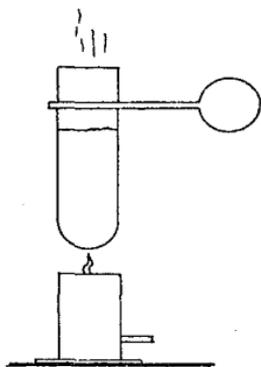
#### 5.2.2.5. Por rayos X o agentes radio activos.

### 5.2.3. Por Substancias químicas.

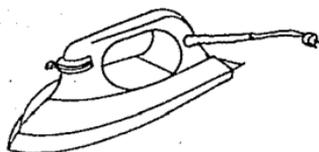
#### 5.2.3.1. Por ácidos.

#### 5.2.3.2. Por álcalis.

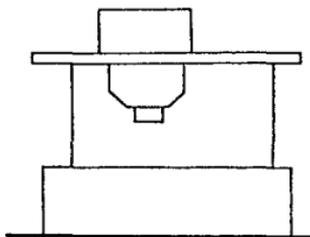
## AGENTES FISICOS



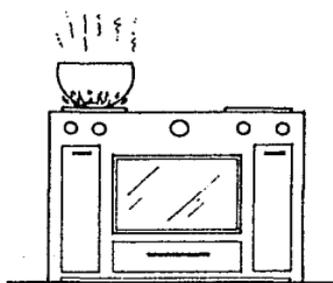
LIQUIDOS EN EBULLICION



PLANCHA



RAYOS "X"



ESTUFA

### 5.3. Agentes Químicos.

Las lesiones producidas por agentes químicos las enunciamos enseguida:

#### 5.3.1. Envenenamientos.

##### 5.3.1.1. Venenos sólidos introducidos por vía oral.

5.3.1.1.1. Barbitúricos.

5.3.1.1.2. Arsenicales (Raticidad).

5.3.1.1.3. Cianuro de Potasio.

5.3.1.1.4. Estricnina.

##### 5.3.1.2. Venenos líquidos introducidos por vía oral o parental.

5.3.1.2.1. Opiáceos.

5.3.1.2.2. Alcohol.

5.3.1.2.3. Barbitúricos.

5.3.1.3. Venenos gaseosos introducidos por inhalación.

5.3.1.3.1. Monóxido de Carbono.

5.3.1.3.2. Cocaína.

5.3.1.3.3. Marihuana.

Por último, dentro de estas cuatro grandes estructuras; agentes mecánicos, físicos, químicos y biológicos, como generadores de lesiones nos resta señalar éstos últimos:

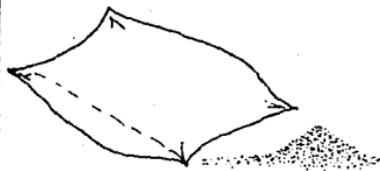
AGENTES QUIMICOS



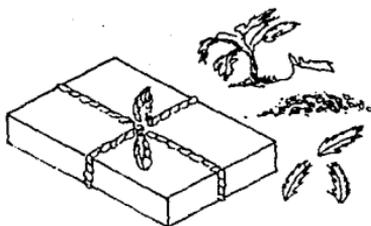
ARSENICALES  
(RATICIDAS)



ALCOHOL



COCAINA



MARIGUANA

#### 5.4. Por Agentes Biológicos.

##### 5.4.1. Infecciones por gérmenes. (Enfermedades venéreas).

###### 5.4.1.1. Sífilis. (5)

###### 5.4.1.2. Chancro Blanco. (6)

###### 5.4.1.3. Blenorragia. (7)

###### 5.4.1.4. Linfogranuloma. (8)

##### 5.4.2. Reacciones Anafiláticas. (9)

###### 5.4.2.1. Por penicilina u otros antibióticos. (10)

(5) Enfermedad venérea contagiosa que puede afectar cualquiera de los tejidos del organismo. La gran mayoría de los casos adultos de sífilis son adquiridos a través del contacto sexual; la sífilis es la única enfermedad venérea que puede ser adquirida congénitamente por el pasaje de la espiroqueta de la madre al feto.

(6) Úlcera blanda por oposición a lo que origina el contagio sífilítico que se forma en los órganos genitales y se debe generalmente a contacto venéreo.

(7) Enfermedad venérea contagiosa que se caracteriza por la inflamación de las mucosas genitales y que se debe a un microbio, el *Neisseria gonorrhoea*, conocido como gonococo.

(8) Enfermedad viral muy difundida que suele propagarse por contacto sexual su síntoma principal es la hinchazón de las glándulas linfáticas, a la que le sigue la infección.

(9) Hipersensibilidad específica que se produce por repetidas invasiones de un antígeno a la cual responde el organismo en forma exagerada, al ser invadido por este compuesto repetidas veces y que puede llegar a producir la muerte.

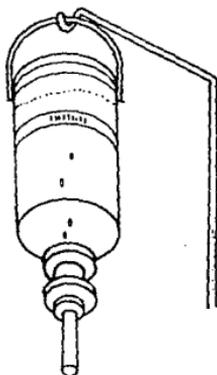
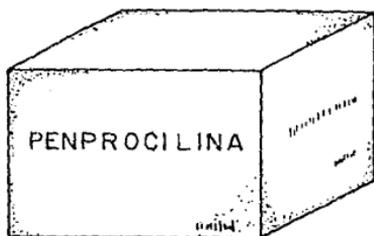
(10) Es una sustancia antibiótica producida por mohos "*penicillium*" que actúa sobre microorganismos tales como estafilococos, neumococo, etc.

5.4.2.2. Por otro tipo de medicamentos (sueros, etc.)

Artículos del Código Penal vigente para el Distrito Federal y para el Estado de México, relativos a lesiones.

AGENTES BIOLÓGICOS

PENICILINA



SUEROS

**ARTICULOS DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL  
DISTRITO FEDERAL Y PARA EL ESTADO DE MEXICO,  
RELATIVOS A LESIONES.**

ARTICULOS DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL  
DISTRITO FEDERAL Y PARA EL ESTADO DE MEXICO,  
RELATIVOS A LESIONES.

Código penal para Distrito Federal.

Art.- 288.- Bajo el nombre del 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 esos efectos son producidos por una causa externa.

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 impondrá de tres días a cuatro meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez. Si tardará en sanar más de quince días se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión y multa de cincuenta a cien pesos.

Art.-290.- Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.

Art.- 291.- Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o

disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna, o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Art.- 292.- Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o pérdida de un ojo, de un brazo, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrán de seis a diez años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Art.- 293.- Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de tres a seis años de prisión sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores.

Art.- 294.- Las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, y en ejercicio del derecho de corregir, no serán punibles si fueren de las comprendidas en la primera parte del artículo 289 y, además, el autor no

abusara de su derecho, corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia.

**Art.- 295.-** En cualquier otro caso, se impondrá al delincuente la sanción que corresponda con arreglo a las prevenciones anteriores y quedará, además, privado de la potestad en virtud de la cual tenga el derecho de corrección.

**Art.- 296.-** Cuando las lesiones se infieran por dos o más personas, se observarán las reglas siguientes:

I. A cada uno de los responsables se les aplicarán las sanciones que procedan por las lesiones que conste hubieran inferido.

II. A todos los que hubieran atacado al ofendido con armas a propósito para inferirle las lesiones que recibió, si no constare quién o quiénes le infirieron las que presente o cuáles heridas le infirieron, se les aplicará prisión hasta de cuatro años.

**Art.- 297.-** Si las lesiones fueren inferidas en riña o en duelo, las sanciones señaladas en los artículos que anteceden, podrán disminuirse hasta la mitad o hasta los cinco sextos, según que se trate del provocador o del provocador, y teniendo en cuenta la mayor o menor

importancia de la provocación y lo dispuesto en los artículos 51 y 52.

Art.- 298.-Cuando concurra una sola de las circunstancias a que se refiere el artículo 315, se aumentará en un tercio la sanción que correspondería, si la lesión fuera simple, cuando concurren dos, se aumentará la sanción en una mitad, y si concurren más de dos de las circunstancias dichas, se aumentará la pena en dos terceras partes.

Art.- 299.-Cuando de los golpes o violencias a que se refiere el artículo 344 resultare lesión, se observarán las reglas de acumulación.

Art.- 300.-Si el ofendido fuera ascendiente del autor de una lesión, se aumentarán dos años de prisión a la sanción que corresponda, con arreglo a los artículos que preceden.

Art.- 301.-De las lesiones que a una persona cause algún animal bravío será responsable el que con esa intención lo azuce o lo suelte o haga esto último por descuido.

Código Penal para el Estado de México.

Art.- 220.-Lesión es toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa.

Art.- 221.-Al responsable del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida se le castigará en la forma siguiente:

I. Con prisión de tres días a seis meses o multa hasta de quinientos pesos o ambas penas, cuando el ofendido tarde en sanar hasta quince días inclusive y no amerite hospitalización.

II. Con prisión de cuatro meses a dos años y multa de dos mil pesos, cuando el ofendido amerite hospitalización o las lesiones tarden en sanar más de quince días.

Para los efectos de este precepto se entiende que una lesión amerite hospitalización cuando el ofendido por motivo de la lesión o lesiones sufridas esté impedido para dedicarse a sus ocupaciones habituales aún cuando materialmente no sea internado en una casa de salud, sanatorio u hospital.

Art.- 222.-Al responsable del delito de lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrá de dos a cinco años y multa hasta de cinco mil pesos.

Art.- 223.-Sin perjuicio de las penas señaladas en los artículos precedentes, se impondrá además al autor de lesiones; prisión de uno a dos años y multa hasta de tres

mil pesos, cuando haya causado la lesión por disparo de arma de fuego o con una arma prohibida.

Art.- 224.-Además de las penas anteriores se impondrá al autor de las lesiones:

I.-Prisión de seis meses a dos años y multa hasta de dos mil pesos, cuando las lesiones dejen al ofendido cicatriz notable y permanente en la cara, o en uno o ambos pabellones auriculares.

II.-Prisión de uno a cinco años y multa hasta de cinco mil pesos cuando las lesiones produzcan debilitamiento, disminución o perturbación de las funciones, órganos o miembros; y.

III.-Prisión de dos a diez años y multa hasta de diez mil pesos cuando las lesiones produzcan enajenación mental, pérdida definitiva de algún miembro o de cualquier función orgánica, o cause incapacidad para trabajar.

Art.- 225.-Cuando las lesiones sean calificadas, se aumentará hasta en dos terceras partes la pena.

Art.- 226.-Si las lesiones fueren inferidas en riña o duelo, la pena se podrá disminuir hasta la mitad tomando en cuenta quién fué el provocado y provocador y considerando el grado de provocación.

Art.- 227.-Si el ofendido fuera ascendiente, descendiente o cónyuge del autor de la lesión se aumentará dos años de prisión a la pena que corresponda.

Art.- 228.-Las lesiones inferidas mediante alguna de las circunstancias a que alude el artículo 234 se castigarán con una pena que no exceda de la mitad de la que correspondería conforme a las disposiciones de este capítulo.

**MEDICINA FORENSE Y TRAUMATOLOGIA.**

## MEDICINA FORENSE Y TRAUMATOLOGIA

### 7.1 La Medicina Forense y algunas Ciencias Afines.

La Medicina Forense, en su constante avance hacia el perfeccionamiento de su metodología aplicativa, adquiere cada vez en mayor grado, importantes relaciones con especialidades afines entre las cuales, la Traumatología es indudablemente una de las que más contribuyen a facilitar el arduo trabajo del Médico Legista; como correspondencia equitativa a tal circunstancia, la Medicina Forense a su vez, ilustra al Traumatólogo en muchos aspectos que le hacen comprender mejor la necesidad de trabajar en equipo con el Médico Legista, con el Patólogo, con otros especialistas que integrándose a un grupo multidisciplinario contribuyen actualmente a la mejor aplicación de la justicia, el esclarecimiento de los diagnósticos, a la prevención de los accidentes y en suma, a procurar un mejor desarrollo de las actividades humanas y una salvaguarda de la vida, de la seguridad y de los intereses del hombre.

### 7.2 Algunos Objetivos de la Medicina Forense.

Entre los objetivos primordiales de la Medicina Forense, cabe señalar la necesidad de resolver aquellos problemas que atañen a la propia especialidad y analiza la contribución que otras áreas del saber humano ofrecen para

resolverlos. Hemos decidido tratar la problemática del artículo 292 del Código Penal, sus relaciones con la Traumatología y la Nueva Ley del Trabajo así como la situación de la mujer que trabaja en relación a tales documentos.

### 7.3 Artículo 292 del Código Penal vigente para el Distrito Federal.

El mencionado artículo establece que han de imponerse 5 a 8 años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, un brazo, de una mano o de una pierna o de un pie o de cualquier otro órgano, cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con deformidad incorregible. Se impondrán de 6 a 10 años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

### 7.4 El Artículo 292 del Código Penal vigente para el Distrito Federal y sus interrelaciones con la medicina forense, la traumatología, la ortopedia y demás ciencias.

Este artículo constituye uno de los más conflictivos en lo que se refiere a la interrelación entre el Código Penal

la Traumatología y la Nueva Ley Federal del Trabajo, pues precisamente cuando se habla de enfermedad generada es segura o probablemente incurable, parece estarse refiriendo a uno de los casos que con mayor frecuencia observamos en nuestras actividades cotidianas, es decir, a un padecimiento que vemos con mucha frecuencia: la osteomielitis. Esta complicación puede originarse como consecuencia de una lesión y dar lugar a la pérdida parcial o total de un miembro.

¿Cómo puede un juez honesto determinar la pena que merece quién originó la lesión, si no conoce oportunamente la opinión diagnóstica del Traumatólogo que se hizo cargo del tratamiento, así como la opinión del Médico Legista?

Téngase en cuenta además que el manejo terapéutico, médico o quirúrgico pudo haber sido adecuado o deficiente, la osteomielitis sigue siendo, a pesar del considerable progreso bioquímico y farmacobiológico de los antibacterianos, un proceso grave por naturaleza que puede ser ocasionado incluso por el médico tratante del efectuar una intervención operatoria y sufrir la contaminación de una lesión. Si por ejemplo se trata de una fractura de la epífisis distal del húmero y se decide operarla, dadas las características del caso, puede ocurrir que desafortunadamente se contamine conduciendo a la osteomielitis y aunque no se pierde el miembro torácico como entidad anatómica, hay déficit funcional consecutivo a la

lesión. Es en éstos casos en los que el médico legista y el Cirujano Ortopédico y Traumatológico se enfrentarán a un grave problema de evaluación que es lo único que puede conducir a la aplicación de lo que establece al artículo 292 del Código Penal, si la lesión evoluciona hacia la osteomielitis, habrá que agregar a la limitación funcional, la consecuente hipotrofia muscular que la Nueva Ley Federal del Trabajo se señala como incapacidad el 10 al 30 por ciento, pero puede haber también lesiones agregadas de tipo nervioso cuando los fragmentos son afilados, o bien lesiones vasculares que contribuyen a generar complicaciones de alta severidad que deberán siempre tomarse en cuenta para orientar en forma concluyente el juicio que el médico legista, integrado a un equipo de alto nivel, tendrá que externar.

#### 7.5 Artículo 509 de la Nueva Ley Federal del Trabajo.

Artículo 509.- En cada empresa o establecimiento se organizarán las comisiones de seguridad e higiene que se juzgue necesarias, compuestas por igual número de representantes de los trabajadores y del patrón, para investigar las causas de los accidentes y enfermedades, proponer medidas para prevenirlo y vigilar que se cumplan.

A este respecto, el artículo 509 de la Nueva Ley Federal del Trabajo exige que en cada empresa o

establecimiento se organicen comisiones de seguridad e higiene compuestas por igual número de representantes de los trabajadores y del patrón para investigar las causas de los accidentes. Los datos obtenidos por éstas comisiones deben estar siempre a la disposición del médico legista y del médico de medicina del trabajo, cuando se trata de accidentes en el trabajo.

#### 7.6 Artículo 514 de la Nueva Ley Federal de Trabajo.

En el artículo 514 (el cual no transcribimos por su amplitud y que es obvio debe ser consultado por quienes estudian estos problemas, y el cual señala una tabla de incapacidades que es recomendable consultar para familiarizarse con ella), de la Ley Federal del Trabajo establece una tabla de evaluación de incapacidades en la que deben basarse tanto el Médico del Trabajo como el Médico Legista y aún el Traumatólogo a fin de determinar después de un estudio acucioso, la pena que corresponde al infractor del artículo 292 del Código Penal. Cabría pensar si una vez que se ha establecido el proceso osteomielítico, la inutilización del miembro correspondiente es completa. Analizar esta situación y determinar sobre ella es la labor más difícil del Médico especializado en medicina de trabajo y del médico Legista. Es necesario tomar en cuenta todo lo relativo al caso, desde que se inicia la lesión, hasta que

el paciente es dado de alta del servicio hospitalario. A veces requiere de una prótesis lo que agudiza el problema puesto que si el paciente puede desarrollar sus actividades con el empleo de una aparato sustitutivo podrá volver a devengar el mismo salario. La enajenación mental puede ser también el resultado de una lesión y en consecuencia se requiere de una calificación integral para determinar si la persona que originó el trauma amerita la sanción estipulada en el artículo 292 del Código Penal. Grave problema en el que el médico legista requiere de un alto grado de nivel académico y de no menos grado de humanismo y capacidad analítica, pues hay ocasiones en que el lesionador no ha actuado concientemente, no con el deseo de hacer daño y el lesionado sufría ya la alteraciones mentales más o menos consistentes. Sólo el análisis cuidadoso y honesto de los acontecimientos podrá conducir a un juicio sereno. Obtener los datos y lo más fielmente posible, analizarlos de manera integral y emitir un juicio honrado es fácil cuando se tiene, como debe tener el médico legista, clara conciencia de su alta responsabilidad.

7.7 En otro párrafo del Artículo 292 del Código Penal vigente para el Distrito Federal.

Se señala que el responsable de la lesión será penado cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible, así como cuando le resulte

incapacidad permanente de las funciones sexuales. Los casos que con mayor frecuencia presentan éstas características son las lesiones de la columna vertebral, particularmente aquellos que son el resultado de accidentes viales, pues casi siempre lesionan parcial o totalmente la médula generando con ello invalideces permanentes. Es en éstos casos en los que debe existir una completa correlación entre lo asentado en la Ley del Trabajo y lo que establece el artículo 292 del Código Penal. Las parálisis completas o incompletas están incluidas en la tabla de evaluaciones de incapacidades permanentes integrada al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo. En ella se estipula en el inciso 227 que en casos de parálisis causada por lesiones de los nervios crural<sup>(11)</sup>, ciático poplíteo lateral<sup>(12)</sup>, y ciático poplíteo medial<sup>(13)</sup>, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada uno sin que en ningún caso las incapacidades sumadas pasen del 100%. Cuando el infractor al artículo 292 es responsable de una alteración de la columna vertebral que a su vez requiere intervención operatoria, el médico legista, el médico de medicina del trabajo y el Traumatólogo, se enfrentan a un problema sumamente complejo. El paciente afirma que sigue teniendo dolor y como el dolor es un síntoma subjetivo, no puede ser evaluado fielmente por

---

(11) Está formado por los pares lumbares 2o, 3o, y 4o, que se reúnen en el espesor del peroneo.

(12) Nace en el ángulo superior del hueso poplíteo y termina a nivel de la cabeza del peroneo.

(13) Se inicia en el ángulo superior del hueso poplíteo al anillo óseo.

el médico por lo que se tiene que recurrir a procedimientos que descarten la simulación. Consideramos dos tipos de pacientes a éste respecto: aquel que simula conscientemente y cuyo objetivo es lograr una indemnización más o menos consistente y aquel que está convencido de que le duele y cuya simulación es, producto de una alteración psicopatológica. Grave problema para el médico legista es enfrentarse a éste tipo de pacientes, casi siempre inestables y a veces asesorados tendenciosamente.

#### 7.8 En lo que se refiere a la pérdida de las funciones sexuales.

El problema es mucho más importante pues muchas veces un estado anímico cambia la actitud de un lesionado y genera rechazo para éstas actividades, lo cual no puede imputarse al culpable de la lesión inicial lo que pone en un grave predicamento al médico que ha de determinar la pena aplicable al agresor. En éstos casos, el médico legista debe sustentar un juicio ecuánime apoyado en amplios conocimientos y en un estudio exhaustivo del caso. Cuando la lesión ocasiona la pérdida o atrofia de un testículo, la Ley del Trabajo y consecuentemente la mayor parte de los contratos colectivos, aceptan el inciso 385 del artículo 514 que evalúa ésta pérdida entre el 15 y el 25 por ciento de incapacidad permanente. Cuando se pierden los dos testículos la evaluación establece del 40 al 100 por ciento tomando en

consideración la edad del lesionado puesto que éstos órganos constituyen un requerimiento indispensable en la juventud como factor en la reproducción y en cambio en la vejez su utilidad a éste respecto es cada vez menor. Para todas éstas decisiones se toman en cuenta documentos como la Ley del Trabajo y el Código Penal, pero particularizando los casos en que se trate de accidente de trabajo o de agresión aún cuando en ocasiones concurren ambos factores.

#### 7.9 Diversificación de la Tecnología Laboral.

Otro de los factores que queremos analizar en éste trabajo es el relativo a que la Revolución Industrial con sus medios de protección que tanto han avanzado no ha sido capaz de detener el curso siempre creciente del número del lesionados. En la actualidad, con los conceptos universales de lo que es el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, se pueden formar diversos síndromes de accidentes que integran la Patología Laboral.

Cuántos y cuáles son esos factores que hacen que suceda lo que comentamos? Indudablemente son factores personales y ambientales a los que se suma la diversificación de la tecnología laboral, lo que hace el trabajo esté sujeto a mayores factores de Stress, que conducen a un desorbitado aumento de los accidentes.

### 7.10 Accidentes de trabajo en el Area del Distrito Federal.

En el área del Distrito Federal y Valle de México (tabla 1) se considera el incremento de trabajadores y el aumento de los accidentes de trabajo, en los 10 años comprendidos entre 1962 y 1971. En 1962, considerándose 708,849 trabajadores, hubo 44.388 lesionados en accidentes de trabajo. Al aumentar el número de trabajadores, ciertamente se debe considerar que el número de accidentes será mayor, pero no en la proporción que la tabla demuestra.

### 7.11 Estadística de casos de Patología Laboral.

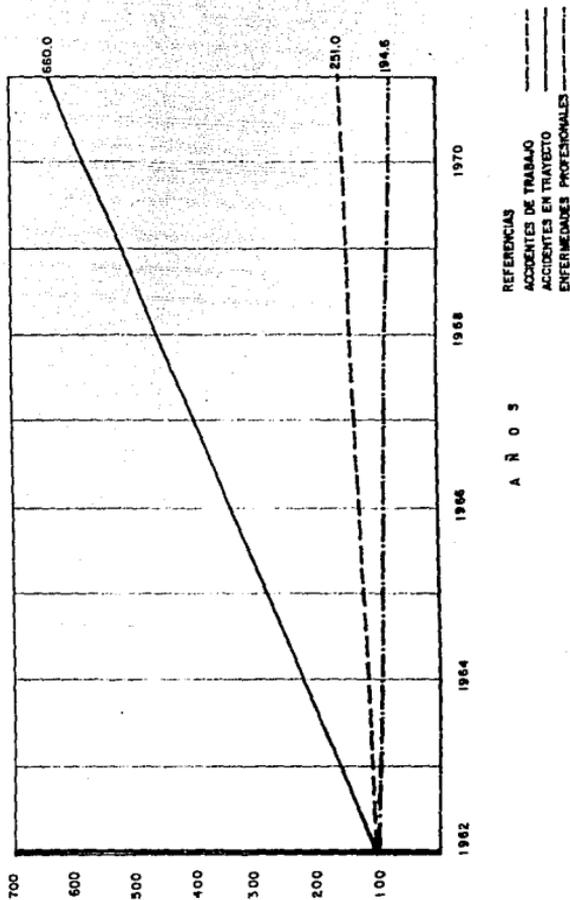
La estadística de casos de Patología Laboral del Departamento de Riesgos Profesionales e Invalidez del IMSS (tabla 2) mostró que durante los años transcurridos de 1962 a 1971 hubo un aumento creciente de los accidentes en trayecto, las enfermedades profesionales y los accidentes en el centro de trabajo.

DISTRITO FEDERAL Y CUENCA DEL VALLE DE MEXICO  
CASOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO ACEPTADOS, DIAS DE  
INCAPACIDAD SUBSIDIADOS Y NUMERO DE TRABAJADORES ASEGURADOS.  
1962 - 1971

C A S O S		D I A S		T R A B A J A D O R E S	
NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
44,388	100.0	694,994	100.0	708,849	100.0
55,551	127.4	920,370	132.4	746,765	105.3
61,063	137.6	963,197	138.6	815,055	115.0
54,849	123.6	840,420	120.9	901,297	127.1
76,205	171.7	1 213,643	174.6	999,163	141.0
71,950	162.1	1 118,066	160.9	1 016,812	143.4
76,154	171.6	1 263,213	181.8	1 078,217	152.1
87,538	197.2	1 466,866	211.1	1 219,401	172.0
75,572	170.3	1 210,119	174.1	1 145,773	161.0
88,199	198.7	1 447,553	208.3	1 172,928	165.5

LÍNEAS DE TENDENCIAS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, DE LOS ACCIDENTES EN  
 TRAYECTO Y DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

1962 - 1971



REFERENCIAS  
 ACCIDENTES DE TRABAJO  
 ACCIDENTES EN TRAYECTO  
 ENFERMEDADES PROFESIONALES

A Ñ O S

Solamente en 1971, el costo de dichos accidentes ascendió a más de mil millones de pesos y el costo promedio de riesgo único fué de 3,305.00 pesos.

Es indudable que para abatir éstos enormes costos y sobre todo para cuidar adecuadamente la vida y la integridad del trabajador, se requiere de una constante educación sobre el riesgo de trabajo para concientizar al trabajador y a las empresas de la importancia de no incurrir en error es como la distracción, el descuido y la ignorancia o desprecio de las medidas de seguridad establecidas. Frecuentemente vemos (figura 1), que los trabajadores no ajustan sus cinturones de seguridad a los andamios, que dejan residuos de material o basura con los cuales pueden tropezar, etc.

#### 7.12 En Oftalmología también la Patología Laboral es impresionante.

En el servicio de Oftalmología del Centro Médico Nacional (Hospital General), hace una estadística demostrativa. Los porcentos se elevaron considerablemente, entre 700 casos de lesionados con incapacidad visual permanente se encontró un aumento del 9.2 al 11.4 por ciento entre 1962 y 1971. Las causas más frecuentes de lesión se observan en la (tabla 3)



Sin embargo, el accidente como tal no es la única cosa a considerar pues conviene recordar que un accidente, sea vial, de trabajo, en el hogar o deportivo, ocasiona casi siempre secuelas o consecuencias y que en un considerable número de casos requiere de una prótesis habitualmente de alto costo. Las consecuencias más funestas son básicamente los días de incapacidad que el lesionado sufre dejando de trabajar y por lo tanto de producir, la posibilidad de incapacidad permanente y aun la defunción con el consecuente problema del núcleo familiar.

#### 7.13 Los Resultados Perjudiciales en los Accidentes y Enfermedades Profesionales.

Tanto en los accidentes como en las enfermedades profesionales o en el daño del trabajo, los resultados son eminentemente perjudiciales (tabla 4). Cuando el lesionado puede, mediante el empleo de una prótesis, volver a su trabajo habrá que considerar el costo de la misma, lo cual depende de su calidad y de la sustitución que implique. A manera de ilustración queremos comentar que, cuando se trata por ejemplo de miembro pélvico, los costos son muy elevados, pero se incrementan en miembro torácico supuesto que pocas veces una prótesis es tan cara como la de la mano porque tiene que ser estética y funcional.

Las intervenciones quirúrgicas que es necesario efectuar para tratar adecuadamente un accidentado en su trabajo son asimismo de alto costo y además casi siempre son varias intervenciones, desde aquella que se le hace en el servicio de urgencias hasta las a veces muy numerosas que requiere después de una quemadura por ejemplo. Los gastos de hospitalización constituyen indudablemente otro serio problema para la atención adecuada de éste tipo de pacientes pues casi siempre se prolonga su estancia en el Hospital.

(Tabla 5)

LAS LESIONES A NIVEL OCULAR Y DE LOS ANEXOS  
QUE SE OBSERVARON CON MAYOR  
FRECUENCIA, FUERON PRODUCIDAS POR:

- |    |                  |            |
|----|------------------|------------|
| 1. | CUERPOS EXTRANOS | ( 67.8 % ) |
| 2. | QUEMADURAS       | ( 16.0 % ) |
| 3. | CONTUSIONES      | ( 10.1 % ) |
| 4. | HERIDAS          | ( 6.1 % )  |

# R E P U B L I C A M E X I C A N A

## RESULTADO DE LA CONSECUENCIA DE LOS ACCIDENTES Y DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

EXPERIENCIAS 1962 - 1971

CONCEPTOS	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES PROFESIONALES
DIAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CASO	15.2	23.4	78.8
INCAPACIDAD PERMANENTE POR 100 CASOS	2.0	1.0	30.7
DEFUNIONES POR 1000 CASOS	1.8	9.4	16.5

#### 7.14 La Mujer en los Accidentes de Trabajo.

Analicemos ahora otro hecho importante en el incremento de la correlación entre la Medicina Forense y la Traumatología. En nuestro país como posiblemente ha ocurrido en el resto del mundo ha habido un considerable aumento de las lesiones traumáticas en general. Como por otra parte, la liberación femenina ha hecho que las mujeres desarrollen todo tipo de trabajo, es necesario considerar a la mujer como lesionado, pero teniendo en cuenta que podrá ser lesionada durante el desarrollo del embarazo y que la Ley debe protegerle desde ese punto de vista, actualmente la mujer desempeña trabajos industriales, viales, mecánicos, etc., y además practica casi todos los deportes que antes se estimaban como privativas del sexo masculino. Lógicamente hay cada día más lesiones traumáticas en la mujer embarazada (tabla 6). La embarazada es víctima de accidentes en mayor grado, por la dificultad que implica no poder controlar satisfactoriamente el equilibrio de sus movimientos, particularmente en etapas avanzadas del embarazo. Afortunadamente, la legislación del trabajo ha disminuído la necesidad de que hasta en los últimos días de la gestación la mujer embarazada tenga que desarrollar actividades que implican cierto riesgo en lo relativo a traumatismos. Si bien se ha llegado a estimar una relación entre el traumatismo externo y la interrupción del embarazo, los estudios de Mayer, Hertig y Sheldon pusieron de manifiesto

la falta de correlación entre el traumatismo y su severidad como factor etiológico en la interrupción del embarazo. Por nuestra parte, (\*) es una estadística que comprende 8 años, es decir de 1963 a 1970, encontramos un total de 73 pacientes embarazadas que sufrieron lesiones traumáticas tanto en la vía pública, en el hogar y en su trabajo correspondiendo 43 casos al accidente vial, 29 al accidente en el hogar y al accidente laboral. Se comprenderá el gran aumento de éstos accidentes si se toma en consideración que de 1971 a 1974, observamos 70 casos. En el hospital de Traumatología del Centro Médico Nacional se presentaron 54 casos de beneficiarias esposas, 17 aseguradas y 2 no aseguradas como puede apreciarse en la tabla 5. La edad parece ser otro factor importante pues en el mismo hospital encontramos la estadística que sirvió de base para la elaboración de la tabla número 6, en la cual puede apreciarse que entre la segunda y tercera décadas de la vida, los casos son más numerosos. Con base en el artículo de la Ley del Trabajo y del Código Penal, el Médico Legista tiene que resolver los problemas inherentes a aquellos casos en que una mujer embarazada es víctima de un accidente o de una agresión. Afortunadamente la Ley protege a la mujer embarazada de tal manera que tanto en los límites de su jornada como en las condiciones de trabajo, se establecen

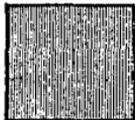
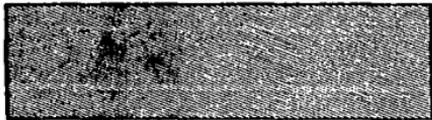
---

(\*) Los trabajos de investigación y estadística los realizó el Dr. Enrique Sampedro Beceril, siendo subje de enseñanza en el Hospital de Traumatología del Centro Médico Nacional.

condiciones favorables y de seguridad como es el evitarles trabajos que por la necesidad de efectuar determinados esfuerzos físicos puedan alterar la evolución del embarazo. También se deben evitar aquellos trabajos que produzcan vibraciones intensas como el manejo de determinadas máquinas. Refiriéndonos ahora a la situación del producto y considerando que en el claustro materno está protegido por la pelvis ósea y el saco amniótico, podría suponerse que está al margen del traumatismo, pero las severas contusiones abdominales pueden generar abortos o amenazas de parto prematuro. Puede ocurrir también que aunque el traumatismo no sea directo sobre el abdomen, repercuta desfavorablemente en el equilibrio fisiológico madre-hijo.

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA C.M.N.  
TRAUMATISMOS GNECO-OBSTETRICOS  
CALIDAD DEL DERECHO HABIENTE  
1970-1974

NUMERO  
DE  
CASOS



ESPOSA

ASEGURADA

CORTESIA

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA C.M.N.  
 TRAUMATISMOS GINECO-OBSTETRICOS

NUMERO DE PACIENTES TRAUMATIZADAS, CON EMBARAZO POR GRUPOS DE EDADES  
 1971 A 1974

AÑOS	No. DE CASOS	GRUPOS POR EDADES		
		15 - 24	25 - 34	35 - 44
1971	25	10	11	4
1972	8	2	5	1
1973	18	6	10	2
1974	19	10	9	-
TOTALES	70	28	35	7

### 7.15 Médico Legista, Traumatólogo, Psicólogo y Cirujano Reconstructor.

Para terminar este trabajo queremos mencionar un caso clínico recientemente observado y que nos permite destacar la necesidad de evaluar con precisión los acontecimientos que acompañan a la agresión puesto que tratándose de pérdidas de porciones integrales del sujeto, el artículo 292 aclara el castigo para el infractor, pero el caso que relatamos reúne factores imponderables que ponen a prueba la habilidad del Médico Legista, el Traumatólogo, del Psicólogo y del Cirujano Reconstructor.

Se trata de un hombre joven que es agredido por varios individuos en la vía pública ocasionándole traumatismo múltiples, heridas en cráneo y cara y amputación de pene desde su base. Ingresa al hospital en donde contando con la colaboración de un equipo multidisciplinario se logra salvar la vida que la hemorragia masiva consecutiva a la amputación de pene había puesto en peligro por choque hipovolémico. El caso adquiere características de gran complejo pues además de las lesiones que le fueron inferidas en cráneo y cara, debe recordarse el artículo 292 cuando dice: 5 a 8 años de prisión a quien origine la pérdida de un órgano, cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede impotente. En éste caso hay pérdida de un órgano, perjuicio permanente de la función e impotencia. Por otra parte, y si bien es cierto que la

pérdida total o parcial del pene se estima, de acuerdo con el inciso 388 del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo como evaluable entre el 50 y 100 por ciento, en el caso relatado concurren otros factores de tipo psicológico, emotivo y funcional que ameritan una pena acumulativa, es en éstos casos cuando la capacidad académica del médico legista, integrada al equipo multidisciplinario compuesto por cirujano reconstructor, neurocirujano, úrologo, psicólogo, trabajadora social, etc. contribuye a la mejor aplicación de lo que establece el Código Penal.

Es en casos como éste, en los que la sociedad debe al Médico Legista el más grande reconocimiento por su labor.

## LESIONES PSIQUICAS.

## LESION PSIQUICA

### Enfermedades Psíquicas en los trabajadores.

El derecho laboral mexicano ha presentado en su evolución grandes avances sociales, convirtiéndolo en un derecho adecuado a las necesidades de nuestro país, sin embargo, no por ello ha resuelto la totalidad de las problemáticas obrero-patronales que se suscitan en dicha relación. Uno de los problemas que no ha sido observado ni reglamentado por nuestra legislación y que nos ocupa en esta ocasión es el de las patologías mentales que presentan algunos trabajadores como consecuencia del empleo que desarrollan.

La Ley Federal Trabajo contempla en su articulado una tabla de enfermedades de trabajo, para los efectos de indemnizaciones por riesgos del trabajo, entre los cuales incluye, en su artículo 514 fracción 405, que la enajenación mental que sea resultado de algún accidente o riesgo de trabajo será indemnizada con 100%, para tal efecto el artículo 473 de la propia Ley define a los riesgos de trabajo de las siguiente forma:

"Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de trabajo".

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

Además, el artículo 474 de la mencionada Ley, en su primer párrafo conceptúa al accidente de trabajo de la manera siguiente:

"Accidente de trabajo es toda la lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presten..."

Por otra parte, el artículo 475 de la Ley en cita, que a la letra dice: "enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios".

Si contempla, por la amplitud de la definición a las enfermedades tanto físicas como psíquicas.

Del análisis de los numerales antes citados de la Ley invocada podemos observar que primordialmente los legisladores se han preocupado por las patologías físicas que presentan los trabajadores, resulta el aspecto psíquico de las mismas, el cual ha sido regulado únicamente en el caso específico de que el trabajador sufra "enajenación mental", concepto tan general que dificulta a los especialistas de la materia determinar categóricamente con total veracidad, por lo que consideramos necesario se regulen adecuadamente la diversidad de enfermedades mentales

que existen a muy diferentes niveles, sin llegar a lo que los legisladores consideran "enajenación mental".

Para tal efecto, consideramos oportuno mencionar algunas de las enfermedades mentales que con mayor frecuencia presentan los trabajadores como consecuencia de su trabajo.

#### Neurosis.

Es difícil establecer los límites que separan a los desequilibrios o desajustes emocionales y las neurosis bien constituidas o que se tipifican en los cuadros clínicos que caracterizan a esta enfermedad, ya que las diferencias son tipo cuantitativo.

Se puede diferenciar a las psiconeurosis de las neurosis traumáticas en que las primeras son consecuencia de perturbaciones cuyo origen está en la infancia influyendo en la organización interna de la persona; y las segundas se presentan en individuos sanos que sufren una desorganización transitoria en sus capacidades adaptativas a respuesta a una situación particularmente difícil de superar.

En el Derecho Laboral se pueden presentar los siguientes casos:

- a) El trabajador desde su infancia presentó problemas psicológicos que se desarrollan y complican con una determinada forma de trabajo.
- b) El trabajador siendo una persona sana por el tipo de trabajo que realiza presenta modificaciones en su estado emocional que variando su personalidad llegan a convertirse en enfermedades psíquicas.

La ausencia de síntomas y de rasgos neuróticos de carácter no es suficiente para afirmar que un individuo es mentalmente sano.

También es importante tomar en cuenta que la persona puede adolecer de defectos dependientes de su adaptación al medio social y cultural, "defectos socialmente moldeados", los que por estar presentes en gran número de personas no son considerados como anormales. En la práctica se considera "neurótica" a una persona cuya conducta se desvía de la normal.

La conducta del neurótico, menos apropiada y eficaz que la de los individuos normales, se caracteriza por su exageración incongruencia o por el contrario excesiva rigidez, o bien, por la inercia, la indecisión y la incapacidad para actuar autónomamente.

Aunque a diferencia de otros enfermos mentales, el neurótico conserva sus contactos afectivos con la realidad,

lo que le permite reaccionar a los estímulos externos en forma inteligible, la imagen distorsionada que tiene de sí mismo y del mundo, no le permite establecer relaciones armónicas, satisfactorias y productivas consigo mismo y con los demás.

En las personas neuróticas se presentan los llamados conflictos, que ocurren cuando el organismo reacciona con igual intensidad y en forma simultánea a ideas o sentimientos contradictorios.

Todo conflicto pone en peligro el funcionamiento integrado de la personalidad produciendo por ello angustia en el sujeto.

La neurosis de ansiedad se caracteriza por ansiedad extrema, incluso puede llegar hasta el pánico y está frecuentemente asociada a síntomas somáticos. La ansiedad puede presentarse bajo cualquier circunstancia y no estar restringida a situaciones u objetos específicos. Este trastorno se debe diferenciar de la aprensión o miedo normal que se presenta en situaciones peligrosas reales. La presentación desproporcionada e inoportuna de reacciones de angustia o de ansiedad tiene carácter patológico, su reiteración cuando se hace crónica constituye la base de la neurosis de ansiedad.

La presencia de conflictos es universal e inevitable, pero existen casos específicos en que la realización de

trabajos determinados desencadena el desarrollo de las enfermedades mentales.

La característica más importante en las personas neurótica es que teniendo una polaridad de sentimientos no logran superar la valoración de uno de ellos, creando con ellos una confusión en su personalidad.

La angustia tiene su origen en amenazas externas, variando de acuerdo a las circunstancias particulares de cada caso específico y modificando con ello los resultados en la personalidad del sujeto. En la angustia neurótica el individuo crea defensas contra lo que cree le puede atacar, como la soledad, la culpabilidad y la vergüenza, así tenemos al trabajador que culpa a sus compañeros por sus propias faltas o errores.

La represión representa un intento de nulificar amenazas.

Cuando una persona expulsa y mantiene fuera del campo de su advertencia algunos de sus afectos la de sus pensamientos, no sólo impide de que se expresen en su conducta, sino que los remueve de la posibilidad de que sean influidos y modificados por el aprendizaje.

Los impulsos y tendencias reprimidos permanecen en el inconsciente, disociado del resto de la experiencia del sujeto, pero activo y, con posibilidades de hacer irrupción

en la conciencia. Son estas tendencias las que dirigen la conducta del neurótico.

La represión impide que el neurótico pueda verse a sí mismo con objetividad, pues la imagen que de sí mismo tiene está construida a expensas de lo reprimido, en tanto que todo lo demás, que no armoniza con esta apariencia ideal, queda fuera.

El mantenimiento de la represión, que es reforzado por otros dinamismos suplementarios, tales como el desplazamiento y la sobrecompensación, implica la utilización de cargas de energía psíquica las que se restan del caudal de energía con que el sujeto cuenta para lidiar con la realidad: de ahí que siempre esté excesivamente fatigado. El bloqueo y la inhibición de tendencias son experimentadas por el sujeto como un estado de tensión; de ahí su irritabilidad que no es otra cosa que la disposición de descargar tensiones hostiles residuales desplazadas hacia objetos distintos de los originales.

El neurótico repite las mismas pautas de conducta a pesar de su ineficacia comprobada, contraviniendo el principio operante en los procesos de aprendizaje de que aquellas formas de conducta que no son gratificantes para el sujeto, tienden a distinguirse. Su conducta es defensiva, dominada por el propósito primario de evitar angustia, culpabilidad o vergüenza.

Alexander y French\*/ describen la relación entre neurosis y proceso de aprendizaje en los siguientes términos; "El desarrollo normal, las pautas del pasado están sujetas a una modificación progresiva. Se aprende por experiencia, corrigiendo pautas tempranas a la luz de eventos nuevos.

Cuando el problema se vuelve demasiado perturbador para ser enfrentado, este proceso de aprendizaje es interrumpido y los intentos subsecuentes de resolver el problema asumen por consiguiente el carácter de repeticiones estereotipadas de intentos de solución previamente ineficaces.

La neurosis puede ser definida como una serie de tales reacciones estereotipadas ante problemas que el enfermo no ha solucionado nunca en el pasado y es aún incapaz de solucionar en el presente.

#### Etiología de las Neurosis.

Con anterioridad a la introducción de las teorías psicogenéticas, las neurosis fueron entendidas de acuerdo con el concepto clásico de enfermedad por lo tanto como entidades nosológicas compuestas de síntomas característicos. De acuerdo con este criterio aún arraigado en la mente de algunos médicos, una persona tiene histeria

---

\*/ Alexander, F y French, T., Psychosomatic Medicine Norton, York, 1957.

igual que puede tener neumonía. Este criterio de enfermedad es poco apropiado para referirse a un proceso que es el producto final de un largo desarrollo que se inició con la formación de un núcleo infantil.

Resumiendo, podemos decir que el proceso neurótico se inicia en la infancia. La angustia queda sujeta a una defensa tan radical que no puede hacerse una nueva evaluación de los peligros. El problema continúa con la formación de tendencias neuróticas, las que constituyen un intento exagerado de lograr seguridad y que son susceptibles de entrar en conflictos entre ellas mismas y con otras tendencias (conflictos neuróticos). En un momento dado, la angustia puede aumentar, las defensas se hacen más intensas y rígidas y es entonces cuando ocurre la formación de los síntomas. Precisamente la "neurosis aguda" representa un momento dado, la angustia puede aumentar, las defensas se hacen más intensas y rígida y es entonces cuando ocurre la formación de los síntomas. Precisamente la "neurosis aguda" representa un momento crítico en una larga trayectoria que ocurre cuando la estructura protectora está seriamente amenazada y no puede mantenerse intacta. Muchos individuos no llega a presentar estas fases agudas. Son personalidades neuróticas, es decir, tienen tendencias conflictivas y una organización neurótica del carácter, pero no tienen síntomas y pueden no llegar a presentarlos nunca.

La etiología de las neurosis depende de:

- 1) Factores constitucionales de base hereditaria que condicionan la intensidad de impulsos y necesidades primarias, la angustiabilidad y la predisposición individual para el uso de algunas formas de defensa en lugar de otras.
- 2) Condiciones morbígena en el núcleo familiar, particularmente actitudes y tendencias engranadas en el carácter de los padres que actúan en forma repetitiva o persistente en el sentido de quebrar la espontaneidad y la voluntad del niño.
- 3) Ciertas situaciones traumáticas son importantes en cuanto a la selección de síntomas particularmente en las fobias y en las neurosis conversivas.
- 4) Factores tales como el desarrollo deficiente de la capacidad integradora de la personalidad (ego débil), rigidez e intolerancia irracional de la conciencia moral (superego rígido).

En su obra monumental, O. Fenichel describe las siguientes circunstancias que considera capaces de desencadenar una neurosis aguda al destruir el equilibrio precario existente"

- 1) Intensificación de restos de peligros infantiles por peligros actuales similares. Por ejemplo, intensificación de impulsos agresivos hacia la persona significativa, que activa el temor infantil al ser rechazado por los padres.
  
- 2) El debilitamiento de los procesos defensores puede ocurrir a consecuencia de condiciones internas o externas que perturben el equilibrio orgánico. Hay otras posibilidades: cuando el sujeto se ve interferido en el uso de una defensa habitualmente eficaz o cuando es despojado de sus avenidas normales de satisfacción.

Por ejemplo, una persona de la cual depende o es promovida a un puesto en que se le exige que actúe en forma más responsable en el éxito económico, fracasa en sus negocios, etcétera.

- 3) Intensificación de procesos defensivos. Cuando las tendencias neuróticas que protegen al individuo de su angustia tienen que ser intensificadas, el conflicto entre ellas aumenta en tanto que la satisfacción de otras necesidades decrece.

Un trauma pueda ser definido como un estímulo que no puede ser manejado por el sujeto porque ocurre en un punto en que su desarrollo ha sido detenido. Pequeñas amenazas

resultan traumáticas para aquel que no ha aprendido a manejar ese tipo particular de situaciones. Es frecuente encontrar un parecido entre la situación que precipita una reacción neurótica y una situación temprana que no pueda ser dominada por el individuo. En general, puede decirse que una neurosis no puede producirse por la simple represión de deseos; requiere el reforzamiento de deseos que han sido reprimidos en conflictos más viejos, no resueltos.

Podemos resumir el concepto de neurosis que hemos desarrollado en páginas anteriores: La neurosis representa los intentos ineficaces e irracionales de obtener integración intra e interpersonal en circunstancias difíciles. Cuando las capacidades constitucionales de un sujeto se van expuestas a dificultades ambientales tempranas, conducen a la formación de pautas rígidas de la personalidad. Cuando posteriormente esa personalidad es sujeta a situaciones de exigencia o apremio, resulta la neurosis.

#### Ansiedad Histérica.

La angustia "flotante", es decir, la angustia desligada de contenidos ideológicos y acompañada de su cortejo sintomático, constituye en este caso el núcleo patológico. En tanto que en la sintomatología de otras neurosis son indiscernibles los intentos de evitar el desequilibrio por la

participación de mecanismos defensivos secundarios, aquí se trata del desequilibrio en sí mismo.

Como hemos dicho en otra parte, la angustia es la respuesta psicofisiológica característica de los seres humanos cuando confrontan una situación en que alguno de sus valores vitales está amenazado. Aunque esencialmente se trata de una reacción protectora, cuando alcanza cierta intensidad, resulta paradójicamente no sólo ineficaz, sino paralizante y desintegradora. La angustia se diferencia del miedo en que en ésta hay una amenaza externa tangible, en tanto que en aquélla la amenaza es interna; existe, pero está fuera del campo de advertencia del sujeto. De ahí que en la angustia el sentimiento de impotencia sea mayor, pues la amenaza se percibe vaga e indefinida o no se percibe del todo. En la angustia, lo que el sujeto teme es su desorganización interna y lo expresa en términos de miedo a la locura, a actuar irracionalmente o a la muerte. El enfermo está siempre dispuesto a relacionar sus síntomas con algún supuesto padecimiento orgánico, lo que le permite sustituir lo desconocido que lo aterra por algo tangible y susceptible de ser remediado por medios materiales.

Los síntomas en la angustia neurótica son el resultado de la descarga masiva o bien de la descarga fraccionada del sistema nervioso, particularmente del sistema autónomo (generalmente con predominio de la división simpática): taquicardia, arritmias, disnea, náuseas, diarrea, sensación

vertiginosa subjetiva, sentimiento de irrealidad, etc., son síntomas que suelen presentarse en forma de crisis diurnas o nocturnas. En los intervalos entre las crisis y en los casos crónicos, los síntomas se hacen más difusos y vagos.

Después de la primera crisis, el enfermo permanece aprensivo y temerosos de que la experiencia aterrizante pueda repetirse.

Psicodinamia: Las investigaciones psicoanalíticas han puesto de manifiesto que la angustia histérica se produce cuando impulsos irracionales (agresivos o sexuales) reprimidos amenazan con irrumpir en la conciencia, ya sea debido a que ciertas situaciones externas refuerzan las tendencias reprimidas, o bien debido a una disminución de la capacidad integradora de la personalidad, consecutiva a circunstancias psicológicas (fracasos repetidos, pérdida de seguridad, etc.) o fisiológicas (debilitamiento del organismo por una infección, intoxicación, etc.) En ambos casos, lo que ocurre es la ruptura del equilibrio entre las fuerzas represoras y las reprimidas con ventaja para las segundas.

En la angustia, los síntomas no expresan nada específico en relación con el conflicto; sólo indican su existencia.

Como cualquier estado de desequilibrio, el estado de angustia tiende a su resolución, De ahí que esta condición

neurótica sea transitoria en su forma aguda. Con el tiempo, desaparece gradualmente o evoluciona hacia el estado fóbico o hacia una condición hipocondriaca.

### Estado Fóbico.

En la angustia neurótica, la represión de los impulsos o tendencias objetables puede verse reforzada por la utilización de otro dinamismo protector: el desplazamiento. Cuando esta defensa es puesta en juego, el sujeto queda libre de aprensiones y angustia salvo cuando se encuentra en presencia de ciertos objetos o situaciones específicas, siempre las mismas, relacionadas simbólicamente con su conflicto original y ante las cuales la angustia emerge.

A este temor irracional y recurrente a una situación u objeto específico se le denomina fobia. Dando a la angustia un objeto específico se la localiza en parte se la neutraliza.

Algunas de las fobias más frecuentes sugieren una connotación universal: claustrofobia (miedo a los espacios confinados tales como elevadores, salas de espectáculos, etcétera), agorafobia (miedo a los espacios abiertos), misofobia (miedo al polvo y a la suciedad), acrofobia (miedo a las alturas). A través de experiencias individuales, casi cualquier objeto o situación puede relacionarse simbólicamente con algún conflicto y convertirse en fobia es

precedido por un período de ansiedad flotante, en otros, este último se presenta en forma de episodios recurrentes con remisiones. En ocasiones, las fobias muestran una tendencia gradualmente invasora, que se manifiesta por su propensión a extenderse a un número cada vez mayor de objetos y situaciones.

Psicodinamia: La fobia representa un intento de circunscribir la angustia inherente a un conflicto interno, localizándolo y dándole un objeto que pueda ser evitado. El enfermo fóbico es un sujeto que pueda ser evitado. El enfermo fóbico es un sujeto que evade alguno de los problemas de la vida adulta e independiente (sexo, madurez, responsabilidad, maternidad, problemas en su ocupación etc,) sustituyendo su miedo por un miedo simbólico. En algunas fobias, el impulso inaceptable está directamente representado. por ejemplo: se envía la cercanía de objetos cortantes que se teme usar con fines agresivos.

El origen de algunas fobias puede relacionarse con la ocurrencia simultánea en la infancia de un estado emocional de miedo intenso y de un objeto o situación determinada. En otras se trata de la repetición de miedos infantiles (miedo a la oscuridad, a estar solo, la ser abandonado, etc.), los cuales son reactivados por situaciones presentes.

La tendencia de las fobias a extenderse depende de su carácter irracional. Puesto que el individuo ignora la

naturaleza real de la amenaza se ve obligado a ampliar cada vez su área de protección, con el resultado de una creciente restricción en sus actividades.

### Conversión Histérica.

La angustia resultante de un conflicto puede ser difusa, flotante, o bien fija y circunscrita. Además, la angustia puede ser eliminada de la conciencia, es decir, ser reprimida y convertida en síntomas.

La histeria conversiva tiene una larga historia. Hipócrates la consideró exclusiva de las mujeres y atribuyó los síntomas a las emigraciones del útero, apuntando así en dirección de una etiología sexual, que fue postulada por S. Freud, siglos después P. Janet la concibió como un trastorno de la síntesis mental. Freud observó que se trata de procesos comprensibles en términos de motivaciones inconscientes y demostró que subyacente al síntoma se encuentra un conflicto que está en relación simbólica con él.

En la histeria, los síntomas ocurren en órganos inervados por el sistema de la vida de relación: ceguera, sordera, trastornos motores tales como contracturas, temblores, convulsiones, parálisis, etc., o bien consisten en perturbaciones de la conciencia tales como bloqueos, amnesia, sonambulismo, etc. Otros síntomas resultado de la

utilización de los canales normales de las inervaciones expresivas, pero en circunstancias inadecuadas: risa o llanto inmotivados y persistentes. El vómito es un síntoma frecuente que parecería contrario al principio de que los síntomas histéricos conversivos se presentan únicamente en el terreno del sistema nervioso voluntario. Esta excepción es sólo aparente, puesto que el vómito forma parte de una función compleja cuya primera fase es voluntaria.

Algunas características son comunes en los síntomas histéricos

- a) El síntoma afecta órganos que mantienen contactos con el mundo exterior
- b) La distribución del trastorno es más que anatómica, conceptual. Esto quiere decir que lo que se encuentra afectado es el concepto de la función corporal, el cual es disociado de la conciencia. Este carácter se observa claramente en las anestésias y en las hemiplejías.
- c) Ausencia de preocupación ante la enfermedad (belle indifférence), que se explica por la represión del conflicto.
- d) En algunos casos, el enfermo copia sus síntomas de otras personas con quienes se ha identificado.

El enfermo histérico es siempre una persona que tiene dificultad para expresar afectos reales, de ahí su tendencia a asimilar y a dramatizar las emociones que realmente no puede sentir.

Psicodinamia: Como en otras neurosis, el síntoma representa en la histeria la satisfacción sustitutiva de un impulso reprimido y al mismo tiempo una defensa contra dicho impulso. El síntoma histérico es de naturaleza simbólica; representa una transacción y un intento de resolución del conflicto. El significado del símbolo está con frecuencia individualizado, de tal manera que sólo resulta inteligible cuando se lo relaciona con alguna experiencia del sujeto.

Freud penso que la predisposición a la conversión histérica depende de la detención del desarrollo psicosexual a un nivel genital. El histérico se ha quedado detenido en la situación de Edipo, porque su tendencia incestuosa ha sido reprimida pero no sublimada y le ha faltado una identificación adecuada con el padre del mismo sexo. Puesto que para el histérico todo impulso sexual continúa siendo incestuoso, necesita ser reprimido (frigidéz en las mujeres histéricas). El síntoma es siempre el resultado de una transacción en la que al impulso se le concede una satisfacción simbólica. Los siguientes factores influyen en la selección del síntoma: a) La experiencia del órgano en relación con el conflicto. por ejemplo. impulso a golpear, parálisis de la mano. b) Capacidad del órgano para

expresarse simbólicamente, por ejemplo, ceguera ante situaciones que no se pueden ver; vómito en situaciones que producen repugnancia. c) Imitación, por identificación con una persona enferma, por ejemplo, convulsiones que imitan grotescamente los síntomas epilépticos que el enfermo ha visto o cuya descripción ha escuchado. d) Un órgano débil o previamente enfermo puede determinar la localización de ciertos síntomas, por ejemplo, afonía consecutiva a una tonsilectomía; cojera funcional prolongada después de una intervención o un traumatismo en una pierna.

Los síntomas son precipitados por situaciones tales como el incremento de los impulsos sexuales durante la adolescencia, un intento de seducción, la necesidad de actuar más autónomamente, etc. que activan el conflicto latente y que alteran el equilibrio entre las fuerzas represoras y los impulsos reprimidos. Aunque cualquier impulso instintivo puede dar lugar a síntomas histéricos, los sexuales parecen predominar. Las guerras recientes han demostrado que muchos varones pueden utilizar el mecanismo conversivo en un intento de escapar a una condición de apremio intolerables de eludir responsabilidades.

El síntoma histérico tiende a persistir en virtud de que proporciona el enfermo una satisfacción disfrazada, al mismo tiempo que una experiencia punitiva que neutraliza su sentimiento de culpabilidad. La tendencia del síntoma a persistir se ve reforzada por la "ganancia secundaria", es

decir, el beneficio adicional que le proporciona al sujeto al estar enfermo.

#### Neurosis Obsesivo-Compulsivo.

Los síntomas consisten en pensamientos y acciones ritualistas, cuya recurrencia el enfermo no puede evitar, a pesar de reconocer su naturaleza irracional. Una obsesión es un pensamiento parásito que tiende a ingresar en la conciencia en forma repetida y contra la voluntad del sujeto. Una compulsión es un impulso a la acción que tiene la misma tendencia irracional a la repetición.

Cuando el enfermo intenta rechazar el pensamiento o resiste al impulso, experimenta angustia.

Son muy comunes entre las ideas obsesivas las que expresan temor a la contaminación, a las cuales se intenta neutralizar por el lavado repetido de las manos y por otras medidas que tienen por objeto evitar cualquier posible contacto con lo sucio. Son también frecuentes las ideas de automutilación, tales como la compulsión de arrancarse costras o cabellos y las ideas de violencia, como el impulso y el temor de matar a los seres queridos. En general puede decirse que si en estas neurosis la hostilidad y la violencia son caracteres siempre discernibles. También lo son las ideas de culpabilidad que se expresan en la

exagerada autodisciplina y en los impulsos autopunitivos y de purificación.

Los niños pasan normalmente durante su desarrollo por una fase formalista en que utilizan pautas rígidas que tienen un matiz obsesivo. Esto se manifiesta en el carácter ritualista de sus juegos y en ciertos hábitos como el de golpear con el pie los objetos que se encuentran en el camino, la necesidad de no pisar las rayas del embaldosado, la de tocar los postes con la mano, etcétera.

En las neurosis obsesivas es muy notable la presencia simultánea de síntomas y rasgos de carácter.

Las personas obsesivas son generalmente rígidas, convencionales, frugales, parsimoniosas, pedantes, tercas, exactas. Su fervor por la limpieza, la puntualidad y el orden son exagerados. Es fácil discernir en su carácter una marcada hostilidad. Su moralidad, que es usada como racionalización de su sadismo, tiene mucho de hipócrita. Una estructura caracterológica como la descrita es capaz de absorber y satisfacer en alto grado los impulsos objetables. Puede decirse que es solamente cuando el carácter falla, cuando se hacen necesarios los síntomas.

Aparentemente, la pauta obsesiva tiene su origen en la pugna entre el niño y la autoridad de sus padres. Freud y Abraham Ham enfatizado la relación entre el carácter anual y la fase en el desarrollo infantil en que se establecen los

hábitos de limpieza, manifestado por la terquedad y las tendencias oposicionistas y el de conformación, manifestado por la adhesión exagerada a la disciplina, el orden y la limpieza. Una condición importante en el carácter obsesivo es la ausencia de verdadera emoción. El enfermo manipula palabras y objetos, por no experimenta afecto genuino.

Psicodinamia: en las neurosis obsesivas, la represión es ineficaz y los impulsos objetables aparecen sin distorsión al lado de los intentos neutralizadores. Puede decirse que existe un equilibrio entre los impulsos agresivos. criminales, incestuosos. sacrílegos, etc., y las virtudes con que se intenta neutralizarlos. Quien está sucio se lava inmediatamente, quien hiere (toca) tiene que deshacer lo hecho, al quien tiende al desorden se defiende reglamentándolo todo, etcétera.

La duda, la indecisión y la ambivalencia que se manifiestan en la necesidad de deshacer lo hecho, constituyen el núcleo central de esta neurosis. Los pensamientos violentos e inmorales pueden ser aceptados porque aparecen encapsulados, como extraños al ego.

#### Depresión Neurótica.

La depresión, una de las reacciones psicopatológicas más frecuentes, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde interés en las

situaciones externas. El deprimido tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones.

Psicodinamia: La depresión es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo. Es normal cuando la reacción ocurre claramente en relación con circunstancias extremas y sólo persiste hasta que el sujeto logra un nuevo ajuste o transacción. Su psicodinamia nos difiere básicamente de la del luto o el duelo. En la depresión neurótica, la pérdida de confianza, el desaliento, el desinterés, la perturbación del apetito, del sueño y de la capacidad para el trabajo aparecen como desproporcionadamente intensos en relación con una situación frustrativa que no es tan obvia o que ni siquiera es discernible. Lo que ocurre es que por circunstancias interna, la pérdida actual tiene implicaciones más graves para el sujeto.

#### Hipocondriasis.

El término se aplica a situaciones en que predomina un estado de preocupación ansiosa con el propio cuerpo y un temor de sufrir enfermedades. Frecuentemente acompaña a ciertos estados de depresión o los sustituye como un equivalente.

Psicodinamia: La hipocondriasis expresa la necesidad profunda de sufrir, derivada de un sentimiento de culpabilidad inconsciente. La preocupación con una parte del cuerpo supuestamente enferma es una excusa eficaz para retirar el interés del mundo exterior y para concentrarlo en uno mismo (narcisismo). Puesto que la excusa implica sufrimiento, sirve para aliviar el sentimiento de culpabilidad. La hipocondriasis permite localizar la angustia a un área circunscrita, teniendo en este sentido una función semejante a la de la fobia. La retirada narcisista común a ambas explica porqué la hipocondriasis sustituye o acompaña con frecuencias a las depresiones.

#### La Personalidad Psicopática.

La personalidad psicopática puede ser entendida como una neurosis en la que el paciente actúa su conflicto neurótico en la vida diaria. Se manifiesta por un modo recurrente de conducta resultante antisocial que no es influido por las normas culturales.

El sujeto vive en pugna tanto con la sociedad como consigo mismo y realiza actos que acusan una deficiencia en su sentido de responsabilidad. Su conducta es socialmente destructiva o bien autodestructiva o ambas cosas a la vez. En ocasiones se ve claramente una sucesión que consiste en actuar en forma destructiva e inmediatamente después en forma que se conduce al castigo. El carácter

inexorablemente repetitivo de los actos es característico. No desafortunadamente se ha denominado imbéciles morales a estos individuos incapaces de rectificar su conducta a pesar de los castigos y reprimendas; carentes de la capacidad de aprender por experiencia, se arrepienten superficialmente, reconocen sus yerros y los repiten en corto plazo.

A diferencia de otras neurosis que se manifiestan por síndromes específicos circunscritos, la psicopatía se expresa en todas las actividades del sujeto: en su trabajo, en su vida, familiar, en su filosofía de la vida, etc. En tanto que los síntomas neuróticos son experimentados por el sujeto como cuerpos extraños, aquí las tendencias destructivas se expresan en armonía con el ego de tal modo que el sujeto las experimenta como propias.

A diferencia del psicótico, el psicópata distingue claramente entre lo bueno y malo. La psicopatía tiene más parecido con las perversiones y con las neurosis impulsivas, de las que difiere en que la conducta antisocial no se limita a ciertos actos sexuales o destructivos.

Es conveniente distinguir entre el psicópata criminal y el criminal ecológico. La diferencia estriba en que la conducta del psicópata está determinada por sus fuerzas instintivas, las que operan sin relación con situaciones o personas. Es conducta impráctica y sin sentido realista. El psicópata criminal es en general un ofensor solitario que

difícilmente puede asociarse con otros criminales porque para él no hay "honor entre ladrones". El criminal ecológico es un producto de su comunidad; roba por lucro o por ganar la aprobación de su grupo; sus ofensas son realistas; sus crímenes le representan un beneficio, tienen sentido y están planeados flexiblemente de acuerdo con las circunstancias.

Psicodinamia: Para comprender la conducta psicopática es necesario tener en cuenta la estructura caracterológica de estos individuos.

Si en el caso de las neurosis obsesivas señalamos que las obsesiones y compulsiones se desarrollan como exageraciones del carácter, el cual les sirve de fondo e indica la predisposición a ellas, en el caso del psicópata, el carácter es su neurosis.

En el psicópata hay una falta la característica de normas sociales o morales. Carece de la capacidad de experimentar sentimientos de responsabilidad social. Para él, la gente es un objeto que se encuentra al servicio de sus necesidades instintivas.

Algunos psicópatas, no todos, muestran a través de su conducta autopunitiva la presencia de culpabilidad inconsciente. Otros, por el contrario, parecen no tener la capacidad de sentirse culpables aunque verbalmente reconocen sus falta. En los primeros casos, la conciencia moral falla

en su función preventiva, pero actúa como una fuerza disciplinaria una vez que el mal ha sido hecho.

Es de admitirse que la letiología depende de los factores que influyen en la formación de la conciencia moral. Se supone que factores constitucionales juegan un papel prominente.

La histeria infantil se caracteriza con frecuencia por dificultades con padres crueles. inconsecuentes, con ninguno de los cuales puede el niño identificarse. El niño a quien le han faltado oportunidades para identificarse sigue sus propios impulsos sin prestar atención al mundo. La falta la experiencia de intimidad con otras personas y por ello no aprende a ser considerado con ellas. Las tendencias autopunitiva, como si vinieran de fuera, son inefectivas y no ejercen influencia sobre la conducta.

Son difíciles de tratar estos enfermos en quienes no hay reacción afectiva, ni experiencia real de conflicto, ni voz interna.

### Esquisofrenias.

Comparación del psicótico con el neurótico.

El síndrome de la esquisofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinámica, su etiología y su curso

clínico. Los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos presentarán cuadros clínicos totalmente diferentes.

Esta variabilidad ha concurrido a la comprensión de la esquizofrenia no como una sola entidad, sino como un grupo de entidades clínicas.

El paciente esquizofrénico padecer trastornos en diversas áreas de la función psicológica.

La dificultad más aparente puede comprender patrones de conducta y relaciones interpersonales manifiesta procesos mentales subjetivos o incluso regulación fisiológica; por ejemplo, un paciente presenta un retraimiento social extremo, permaneciendo en la cama por semanas enteras, otro con episodios de despersonalización y sentimientos de estar controlado por fuerzas externas y otro pueda tener una anorexia pronunciada y pérdida grave de peso. El esquizofrénico presenta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos y emociones, así como todo un grupo de trastornos manifestados por perturbaciones características del pensamiento, ánimo y conducta. Las perturbaciones del pensamiento están marcadas por alteraciones en la formación de conceptos, lo cual puede conducir a una mala interpretación de la realidad y algunas veces ilusiones y alucinaciones, las que frecuentemente aparecen como psicológicamente protectoras.

### Signos y Síntomas de la esquizofrenia:

#### Síntomas fundamentales.

- A. Trastornos de la asociación: Las asociaciones lógicas que normalmente conducen de un pensamiento al otro aparecen relajadas.
  
- B. Aurismo: Es una forma de ideación en la cual el contenido mayor es principalmente subjetivo y endógeno, el paciente está preocupado con ideas provenientes de ensueños o fantasías, aún alucinaciones o ideas delirantes, conforme aumenta la ideación autista se presenta una interferencia correspondiente en la realidad y la prueba de la realidad.
  
- C. Incongruencia Afectiva: Las respuestas emocionales puede ser inadecuadas al contenido del pensamiento. El estado afectivo a menudo es inconsistente y exagerado. El trastorno afectivo puede incluir indiferencias, frivolidad, constricción, imposibilidad o afecto obtuso.
  
- D. Ambivalencia: El esquizofrénico encubre sentimientos contradictorios, actitudes, deseos e ideas hacia un objeto determinado, persona o situación que se contraponen el uno contra el otro. Síntomas Accesorios:

- A. Alucinaciones: (precepciones sensoriales que ocurren un respuesta a estímulos externos). Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial-auditiva, visual, táctil gustativas u olfatorias, sin embargo las auditivas son las más comunes.
- B. Ideas Delirantes: Una idea delirante es una creencia falsa inadecuada para el grado educativo y social del paciente y que no es influenciada por la evidencia lógica contradictoria.
- C. Ilusiones: Interpretación indebida de una percepción sensorial actual.
- D. Ideas de Referencia: Una impresión inquietante de que la conversación o los gestos de otras personas tienen relación con uno.
- E. Despersonalización: La sensación de sentirse dividido de su propia personalidad; la sensación de que la propia identidad o personalidad se está desintegrando o perdiendo.

F. Negativismo: El paciente hace lo opuesto de lo que se le pide que haga, todas sus ideas desembocan en el mal resultado de cualquier acción que se le sugiere.

G. Automatismo: Se ejecutan acciones sin el consentimiento consiente del paciente. El paciente siente que no es él quien está realizando sus propias acciones.

H. Ecolalia: Repetición de la conversación de otro.

I. Manerismo: Gusto iteractivos u otras formas de expresión.

J. Estereotipia: Repetición persistente sin sentido de cualquier acción.

K. Impulsividad: Acciones ejecutadas inesperadamente, sin suficiente reflexión y sin consideración de toda personalidad.

L.- Apatía: Disminución de todas las funciones psíquicas, con la torpeza resultante para manejar cualquier situación complicada o insólita.

Bajo este nombre se agrupan todos los casos en que existe una detención del desarrollo de las facultades psíquicas que no llegan a alcanzar su nivel normal.

La oligofrenia es un síndrome orgánico que se caracteriza por una falta global de desarrollo de las funciones cerebrales superiores, con predominio en la esfera intelectual y que coloca al individuo en franca desventaja para la lucha por la vida y la adaptación general a los requerimientos sociales.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

1. Tomando en consideración que tanto en la Ley Federal del Trabajo como en los Códigos Penales de estudio en ésta tesis se estipula en una sola forma y bajo la misma denominación de "ENAGENACION MENTAL", a todas las enfermedades Psíquicas, existe en consecuencia una omisión, puesto que no todas las enfermedades de la mente humana pueden ser catalogadas como "ENAGENACION MENTAL", ya que las mismas no afectan de igual forma el comportamiento humano.
2. Este estudio como muchos otros nos hace tomar conciencia sobre la importancia que tiene el Derecho para la protección jurídica del ser humano, por tal motivo se estima subsanar la laguna que se encuentra tanto en la Ley Federal del Trabajo como en los Códigos Penales en estudio en relación a las enfermedades Psíquicas, para una real protección de las personas que hayan sido afectadas por una lesión Psíquica como consecuencia de alguna enfermedad profesional o de un delito.
3. Cabe hacer mención que en este trabajo de tesis no pretende ser tan pretencioso para que de aquí se desprenda una tabulación o clasificación de lesiones psíquicas, sino sólo se desea dar la pauta para que estas

sean creadas por peritos expertos en las materias tales como psiquiatría, Medicina del trabajo, Medicina Forense así como de un cuerpo de Abogados que trabajando mediante un staff pueda llegar a una tabulación real tanto de indemnizaciones como de sanciones para las personas que se encuentren afectadas o relacionadas con este tipo de lesiones psíquicas.

4. Del estudio de esta tesis se desprende que el bien jurídico que se pretende sea protegido es la integridad tanto física como psicológica del ser humano, en virtud de que a la fecha y durante las reformas que ha sufrido nuestra Ley Federal del Trabajo así como los Códigos Penales en cuestión, se ha descuidado un tanto el aspecto psicológico apreciando que a la fecha no se ha dado una estructuración completa que contenta una clasificación real de las enfermedades psíquicas que algunos trabajadores y personas presentan debido al desempeño de sus funciones o por la comisión de algún delito.
5. El modesto estudio que se realizó pretende tener como finalidad poner a su consideración que en las enfermedades psíquicas de la mente humana sean tratadas en forma especial y no genérica, teniendo como consecuencia que sea protegido el ser humano en el mayor ámbito posible dentro del marco jurídico y que exista una clasificación real a cada enfermedad psíquica, con el

objeto de tener como resultado una indemnización o una sanción acorde con el grado de afectación que cada persona tenga según la tabulación que para el caso se haya creado para tales efectos.

6. Es conveniente que se modifique la legislación actual tanto en el aspecto laboral como en el legal, en lo que se refiere a las enfermedades psíquicas, pues bien tanto en los ordenamientos del orden laboral como penales, se pretende con pocos articulados y en algunas ocasiones con unas palabras tratar un problema tan complejo como lo son las lesiones psíquicas. Un ejemplo claro de esto se demuestra en el análisis comparativo del artículo 292° del Código penal vigente para el Distrito Federal en donde con dos palabras tales como "ENAGENACION MENTAL", se pretende encuadrar todas las lesiones psíquicas que una persona pueda sufrir y a diferencia del artículo 514° de la Ley Federal del Trabajo nos percatamos de que desglosa de una manera sistemática y ordenada cada una de las lesiones físicas que se pueden sufrir así como una indemnización acorde a cada lesión que se presenta, tratando al renglón de las lesiones psicológicas de una manera muy somera y escueta.

**BIBLIOGRAFIA**

**BIBLIOGRAFIA**

Aldape Barrera, Fernando. 1976, Nociones de Anatomía Humana, México, D.F. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, I.P.N.

Balthazard, Víctor. 1960 Manual de Medicina Legal. Ed. Nacional, México, 405 p.

Bonnet, Pablo Federico Emilio. 1975. Lecciones de Medicina Legal. Buenos Aires. Ed. López Libreros. 223 p.

Buckinham W.B. 1975 Propedéutica Clínica, Fernando Aldape Barrera-Editor 335 p.

Camps Francis E. 1969. Reent Advances en Foresic Pathology Ed. J.A. Churchill, 224 p.

Chatain Ves, 1975, terminología Anatómica, Fernanda Aldape Barrera-Editor. 320 p.

Debout E. Dr., 1973, Diccionario de Medicina, Ed. Nacional, México 775 p.

Fernández Pérez Ramón. 1975. Elementos Básicos de Medicina Forense, México., Secretaria de Gobernación.

Fort, J.A. 1975. Compendio de Anatomía Descriptiva. Fernando Aldape Barrera-Editor, 260 p.

Hidalgo y Chrpio L. 1879 Estudio sobre la clasificación Médico Legal de las heridas y otras lesiones corporales, Imp. por el Gobierno del Estado. 52 p.

Martínez Murillo, Salvador, 1977. Medicina Legal Ed. Librería de Medicina. 41.p.

Quiroz Cuarón, Alfonso. 1977. Medicina Forense Ed. Porrúa, México. 1049 p.

Rojas Nerio, A. 1976. Medicina Legal. Ed. El ateneo, Argentina, 508 p.