

134  
Zejeu



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**"EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEY"**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**p r e s e n t a**

**ROCIO YOLANDA LUNA AGUILA**



Director de Tesis: Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez

México, D. F.

1995

**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.

## AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO ESPECIALMENTE A MI DIRECTOR DE  
TESIS LA LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ,  
POR SU CONSTANTE Y GENEROSA AYUDA EN LA  
REALIZACION DE ESTA TESIS.

A LA LIC. CORINA CUEVAS, POR SU DESINTERESADA  
COLABORACION, ORIENTACION Y AYUDA EN LA  
REALIZACION DE LA PARTE ESTADISTICA DE  
ESTA TESIS, MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO.

A TODOS MIS MAESTROS QUE CON SUS CONOCIMIENTOS Y  
ENSEÑANZAS ME PERMITIERON FORMARME PROFESIONALMENTE

A MI UNIVERSIDAD

A MI FACULTAD

AL HONORABLE JURADO  
AL MAESTRO LUCIO CARDENAS RODRIGUEZ, A LA LIC. ALMA  
MIREYA LOPEZ ARCE, LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ,  
A LA LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA Y A LA LIC. ALMA  
TREVINO NOGUEIRA POR SU TIEMPO Y DEDICACION EN LA  
REALIZACION DE ESTA TESIS.

**A MI PADRE**

**EL SR. JOSE LUIS LUNA ESTRADA,**  
que con su cariño, apoyo y comprensión me ha enseñado que, sean cuales fueren los errores o decepciones de la vida, tan sólo es necesario mantener el optimismo y la alegría que me permita amar y comenzar nuevamente como si fuera la primera vez. Gracias por eso y mucho más, pero sobre todo por ser un excelente padre y por tener siempre confianza en mí.

**A LA MEMORIA DE MI MADRE**

**LA SRA. ALICIA AGUILA DE LUNA,**  
que aunque pase el tiempo, siempre la recordaré como si estuviera aquí conmigo, dándome su apoyo, su confianza, sus consejos, su estímulo para seguir adelante y sobre todo por darme su amor en todo momento.

**A MIS HERMANOS**

**JOSE LUIS, MARIO ALFONSO, GUADALUPE HORTENCIA, Ma. DEL PILAR Y ALMA PATRICIA,**

por su cariño y apoyo moral que me brindaron en todo momento, en honor a los años compartidos durante nuestra niñez y juventud y sobre todo por el apoyo que me brindaron durante mi carrera profesional.

**A MIS SOBRINOS**

**EDGAR DAMIAN, MARIO YOHAN, Ma. DE JESUS LIZBETH, JOSE MAURICIO, JOSE LUIS, JOSUE DAVID, ALICIA NAYEHLI Y ALICIA MONSERRAT.**

Con cariño y respeto, por que siempre sigan el camino del bien, logren sus metas trazadas y con el deseo de poder ayudarles siempre, los quiero mucho.

CON ESPECIAL CARIÑO Y AGRADECIMIENTO  
AL SR. JOSE LUIS CUEVA,  
SR. AMADEO VAZQUEZ CUEVA,  
SRA. DOLORES CASILLAS,  
SRA. Ma. EUGENIA AMADOR,  
SRA. LOURDES DE AMADOR  
SR. NOEL MORALES.

A todos ellos que en algún momento, me brindaron su apoyo moral y me motivaron para seguir adelante, sobre todo por tener confianza en mí.

C. OLVERA MONZALVO.

Que compartió conmigo los momentos más tristes y difíciles de mi vida, así como también compartimos buenos ratos y que en todo momento me brindó su apoyo y motivación, y sobre todo su amor incondicional.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS  
LA LIC. CAROLINA SANTOYO HERNANDEZ,  
LIC. SANDRA IRASEMA ZAMUDIO SALAS,  
LIC. JOSE ABELARDO GUERRERO HUESCA.

Por los buenos y malos ratos que compartimos durante nuestra formación profesional, por su cariño, comprensión y sobre todo por la amistad que nos une.

A MIS AMIGAS

Ma. DOLORES GARCIA MENDEZ Y  
PATRICIA PEDROZA OLVERA.

Por el cariño y apoyo que me brindaron en todo momento, sobre todo por su amistad y porque siempre luchemos por estar unidas.

**A LA MEMORIA DE**

**CHRISTOFER ALEJANDRO VILCHIS**

Con afecto y admiración, por las ganas de salir adelante, por dejar atrás el pasado y que por las circunstancias adversas no pudiste cumplir, siempre te recordaré.

**A HUGO BENJAMIN**

Por el gran amor que te tengo, para mí eres una persona muy importante en mi vida, a la cual no olvidaré; gracias por lo que me enseñaste, por los momentos que pasamos juntos, te deseo lo mejor de la vida.

**A MIS TIOS**

**SRA. CONCEPCION LUNA, SR. FIDEL AGUILA,  
SR. FEDERICO AGUILA, SR. ALFONSO AGUILA,  
SRA. Ma. LUISA IBARRA VDA. DE AGUILA,  
SRITA. BEATRIZ EUGENIA AGUILA IBARRA,  
A LA MEMORIA DE MI ABUELITA LA SRA. Ma.  
LUISA DELGADO, DE MI TIO SR. RODOLFO  
AGUILA Y MI TIO SR. JOSE AGUILA.**

Por el cariño y apoyo que me brindaron en todo momento.

**A MIS PADRINOS**

**C.P. SALVADOR BAUTISTA CADENA  
Y A SU ESPOSA LA SRA. Ma. DE  
LOURDES GOMEZ DE BAUTISTA.**

Por el apoyo y motivación que me brindaron en todo momento.

**CON ESPECIAL AFECTO Y AGRADECIMIENTO  
A ALEJANDRO HERNANDEZ Y RAUL SILVA.**

Por permitirme plasmar en esta tesis algunos de sus poemas.

A MIS FAMILIARES  
Y AMIGOS

Por el cariño y amistad que nos ha unido.

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO AL  
DR. BENJAMIN GUSTAVO GARCIA  
NATARET DIRECTOR DE LA UNIDAD  
MEDICA DEL RECLUSORIO  
PREVENTIVO SUR, AL SR. ENRIQUE  
RENTERIA, JEFE DEL ARCHIVO  
CLINICO DEL RECLUSORIO SUR Y A  
LA SRA. CANDE.

Por todas las facilidades que me  
proporcionaron y por su generosa ayuda  
en la realización de esta tesis.

A TODOS LOS INTERNOS QUE POR ALGUN  
MOTIVO SE ENCUENTRAN RECLUIDOS EN  
LOS CENTROS DE READAPTACION SOCIAL  
Y EN ESPECIAL A LOS INTERNOS DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

Por su valiosa colaboración en la  
realización de esta tesis.

A TODOS LOS ENFERMOS METALES  
QUE POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA  
DE LA VIDA LOS LLEVO A PREFERIR  
LA INCONGRUENCIA, EL DELIRIO Y  
LA ALUCINACION A LA REALIDAD DE  
LA VIDA.

A MAX.  
POR TODO EL APOYO QUE ME BRINDASTE, QUIERO  
QUE SEPAS QUE SIEMPRE GUARDARE UN BUEN  
RECUERDO DE TI.

**A MIS AHIJADAS: TANIA Y BRENDA PADILLA,  
Con cariño y deseo de poder ayudarles  
siempre.**

**A TODAS AQUELLAS PERSONAS  
QUE DE UNA U OTRA MANERA  
COLABORARON EN LA REALIZACION  
DE ESTA TESIS MI MAS SINCERO  
AGRADECIMIENTO.**

**GRACIAS A TODOS**

**ROCIO YOLANDA.**

**" EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEY "**

# INDICE

	Página
RESUMEN .....	1
INTRODUCCION .....	2

## CAPITULO I

### HISTORIA Y CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

- Historia.....	5
- Concepto.....	10

## CAPITULO II

### ALGUNOS TIPOS DE ENFERMEDADES MENTALES Y TOXICOMANIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL

#### ESQUIZOFRENIA

- Concepto .....	15
- Etiología.....	15
- Sintomatología.....	20

#### Tipos de Esquizofrenia

- Esquizofrenia Simple .....	28
- Esquizofrenia Hebefrénica.....	29
- Esquizofrenia Catatónica .....	31
- Esquizofrenia Paranoide.....	31

	página
<b>PSICOSIS AFECTIVAS</b>	
- Definición .....	32
- Etiología .....	33
- Sintomatología .....	33
<b>TIPOS DE PSICOSIS AFECTIVAS</b>	
<b>PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO MANIACO ( MANIA MONOPOLAR )</b>	
- Definición .....	34
- Edad de Aparición .....	35
<b>SINTOMATOLOGIA</b>	
- 1. Hipomanía .....	35
- 2. Manía Aguda .....	35
- 3. Manía con ideas Delirantes .....	36
- 4. Manía con Delirio .....	37
<b>PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO DEPRESIVO ( DEPRESION MONOPOLAR )</b>	
- 1. Humor Depresivo .....	37
- 2. Dificultad para Pensar .....	38
- 3. Retardo Psicomotor .....	38
- 4. Trastornos Somáticos .....	38
<b>CUADRO DEPRESIVO</b>	
- 1. Melancolía simple .....	39
- 2. Forma Estuporosa .....	39
- 3. Melancolía Gravis .....	39
- 4. Melancolía Paranoide .....	39
- 5. Melancolía Fantástica .....	40
- 6. Melancolía con Delirio .....	40

**PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO CIRCULAR**

**PSICOSIS REACTIVAS**

- Características .....41
- Causas .....41
- Síntomas .....42

**TIPOS DE PSICOSIS REACTIVAS**

- 1. La Psicosis Reactiva depresiva o Reacción Depresiva Psicótica .....42
- 2. La Excitación Reactiva .....43
- 3. La Confusión Reactiva .....43
- 4. La Psicosis Paranoide Aguda .....44
- 5. La Psicosis Reactiva No Especificada .....44

**RETARDO MENTAL**

- Concepto.....45
- Causas.....45
- Clasificación.....46

**TOXICOMANIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL**

- Definiciones.....50

**MARIGUANA**

- Efectos Farmacológicos en el Hombre .....52

**DROGAS ESTIMULANTES**

- Clasificación .....53

**ANFETAMINAS**

- Dependencia a las Anfetaminas .....54
- Síntomas de Dependencia .....55

	página
<b>DROGAS DEPRESORAS</b>	
- 1. Hipnóticas .....	56
- 2. Sedantes .....	57
- Sustancias Inhalantes .....	58
<b>DROGAS ALUCINOGENAS</b>	
- Reacciones .....	59
- Efectos Malignos Provocados por el LSD25 .....	60
- Mescalina.....	60
<b>NARCOTICOS</b>	
- Morfina .....	60
- Codeína .....	61
- Heroína .....	61
<b>ALCHOLISMO</b>	
- Definición .....	62
- Tipo de alcoholismo.....	62
- Frecuencia.....	64
- Causas.....	64
- Efectos Fisiológicos.....	65
- Síndrome de abstinencia o de Supresión.....	65
- Tratamiento y rehabilitación de los Enfermos Mentales.....	67

**C A P Í T U L O    I I I**  
**EL PROCESO LEGAL EN MEXICO**

**Determinación Jurídica de las Personas en el Derecho Civil Mexicano**

- Concepto de Persona.....	71
- La Persona en el Derecho Romano.....	71
- La Persona en el Código Civil Vigente.....	72

	página
Persona Física	
- Concepto.....	73
- Atributos de la Persona Física.....	73
- Tutela.....	76
Codigo de Procedimientos Civiles para el D.F.....	79
- Estado de Interdicción.....	80
Disposiciones En el Codigo Penal; Respecto al enfermo Mental.....	82
- Codigo Penal (1991).....	83
- Codigo de Procedimientos Penales para el D.F.....	90
- Derechos de los Enfermos Mentales.....	92
- Carta de Derechos de los Enfermos Mentales.....	93
- Ley General de Salud en Relación con los Enfermos Mentales.....	95

**C A P I T U L O   I V**  
**CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD**

- Concepto de Imputabilidad .....	99
- Concepto de Inimputabilidad .....	104

**C A P I T U L O   V**  
**EL DELITO**

- Frecuencia del Delito.....	108
- Factores que fomentan la Criminalidad.....	111
- Prevención y Tratamiento de la Delincuencia.....	112

**C A P I T U L O   V I**  
**M E T O D O**

- Planteamiento del Problema .....	115
<i>Planteamiento de Hipótesis</i>	
- Hipótesis Principal .....	115
- Hipótesis Secundarias .....	115
- Definición de Variables .....	116
- Definición de Población .....	117
- Tipo de Muestra .....	117
- Escenario .....	118
- Tipo de Estudio .....	118
- Diseño .....	118
- Procedimiento .....	118
- Procedimiento Estadístico .....	119
RESULTADOS .....	121
TABLAS.....	127
CONCLUSIONES .....	141
APORTACIONES Y SUGERENCIAS.....	145
LIMITACIONES .....	148
ANEXO .....	149
CEDULA DE CAPTACION DE DATOS.....	150
GRAFICAS .....	151
BIBLIOGRAFIA.....	168

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue dar a conocer, de manera más amplia, el proceso legal que se lleva a cabo cuando un enfermo mental comete un acto ilícito, y tiene que intervenir la ley, para poder emitir un juicio si el sujeto es un enfermo mental que carece de la capacidad de querer y entender y, por lo tanto, se declara inimputable, por lo que se le sigue un juicio especial, en el cual se le declara infractor de la norma jurídica, haciéndose acreedor a cumplir con una medida de seguridad, tiempo en el cual recibirá tratamiento médico-psiquiátrico.

En el caso contrario, es decir, cuando es un enfermo mental, pero tiene la capacidad de querer y entender en el momento de cometer el acto ilícito, se le declara imputable y tiene que cumplir con una condena basada en el grado del ilícito cometido.

En la presente investigación se utilizó un estudio transversal observacional, por medio de la revisión de los expedientes de sujetos-internos en el pabellón psiquiátrico de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Sur, con la finalidad de conocer las enfermedades mentales más frecuentes en sujetos inimputables y sujetos imputables. Así como también, cual es el proceso legal que se lleva a cabo en este tipo de población cuando cometen actos ilícitos.

La población utilizada fue del sexo masculino y los expedientes que se revisaron en el Archivo Clínico de la Institución fueron de sujetos que ingresaron al pabellón psiquiátrico durante el periodo del 1° de julio de 1992 al 30 de junio de 1993.

Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron que sí existen diferencias en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos imputables y sujetos inimputables, que padecen algún trastorno o enfermedad mental.

## INTRODUCCION

En México se viven una serie de cambios en todos los sectores. Siendo una sociedad numerosa, con diferentes y múltiples problemas; y uno de estos problemas es la situación actual que está viviendo el enfermo mental ante la ley, es decir, cuando éste comete un acto ilícito, si es procesado, cumple con una condena o es diagnosticado dentro de alguna de las enfermedades mentales existentes, es atendido o canalizado adecuadamente en alguna institución para controlar su enfermedad.

Es de gran importancia la situación legal del enfermo mental que se vive en nuestro país, en donde actualmente existen instituciones, las cuales se encargan de estas personas, tales instituciones son psiquiátricos y centros de readaptación social; encargándose de diferenciar las patologías que se presentan con mayor frecuencia y las cuales llevan a las personas a cometer actos ilícitos.

Actualmente la atención que se les brinda a las personas que se encuentran dentro de éstas instituciones ha mejorado " en parte " con respecto a la atención médica psiquiátrica, así como también con lo que respecta a lo legal, ya que si se sospecha que padecen o presentan alguna enfermedad mental, este es motivo de observación, para evaluar si existe o no, para con esto proporcionarle el juicio o condena basado en el tipo de enfermedad mental que presente y para este fin se utiliza el término inimputabilidad el cual nos permite, diferenciar cuando una persona tiene derecho a tal o cual juicio legal, ya que las personas que cometen un acto ilícito bajo la influencia de su misma enfermedad y no cuentan con la capacidad de querer y entender se les declara inimputables y sólo cumplen con una medida de seguridad.

No así las personas que tienen la capacidad de querer y entender y aún padeciendo alguna enfermedad mental pero que el acto se haya cometido en un momento lúcido, es decir, tengan la capacidad de automotivación.

Tampoco tienen derecho a este tipo de juicio las personas que al ingerir algún tipo de tóxico ( alcohol, marihuana, solventes, etc.) voluntariamente, hayan cometido un delito bajo la influencia del tóxico. A este tipo de personas se les declara imputables y se les sigue un juicio o condena basado en el grado del ilícito cometido.

El término de inimputabilidad va ligado muchas veces al de interdicción, el cual se refiere, cuando las personas están incapacitadas mentalmente o no cuentan con la mayoría de edad para responder a sus derechos y obligaciones como miembro de una sociedad.

Anteriormente nuestra leyes, tanto penales como civiles, al referirse a medidas de seguridad y a los procedimientos aplicables a enfermos mentales usaban una terminología psiquiatría; puede decirse que era inadecuada, como lo refleja el artículo 68 del Código Penal (locos, imbeciles, idiotas), o bien palabras como inconsciencia de los actos; varios de estos artículos ya han sido modificados.

## CAPITULO

### I

## **HISTORIA Y CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.**

**Dedicado**

**a la persona humana**

**Rocio Yolanda Luna Aguilá.**

**Nunca me cansará mi oficio de hombre.  
Hombre he sido y seré mientras exista.  
Hombre, no más: proyecto entre proyectos,  
boca sedienta al cántaro adherida,  
pies inseguros sobre el polvo ardiente,  
espíritu y materia vulnerables  
a todos los oprobios y las dichas.....**

**Nunca me sentiré rey destronado  
ni ángel abolido mientras viva,  
sino aprendiz de hombre eternamente,  
hombre por los que van por las colinas  
hacia el jardín que siempre los repudia  
hombre con los que buscan entre escombros  
la verdad necesaria y prohibida,  
hombre entre los que labran con sus manos  
lo que jamás hereda un alma digna,  
porque de todo cuanto el hombre ha hecho  
la sola herencia digna de los hombres  
es el derecho de inventar su vida.**

**Jaime Torres Bodet.**

## CAPITULO I

### HISTORIA Y CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

#### HISTORIA

Se tiene gran evidencia de que, en los tiempos prehistóricos, los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, y de manera específica en la influencia de los espíritus de los antepasados del clan.

La trepanación en probables casos de epilepsia u otras expresiones de conducta violenta podía entenderse como un intento de liberar al paciente atormentado de los espíritus demoniacos que se encontraban en su cabeza. Aparte de los amuletos y talismanes, que reflejan la creencia en la influencia de espíritus, no existen otros hallazgos paleontológicos relacionados directamente con las enfermedades mentales o nerviosas.

El sistema mágico-religioso que influye la filosofía de los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades, socialmente esperadas, de la experiencia psicológica del hombre primitivo, aparentemente caótica.

Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesiones demoniacas.

La noción de lo patológico se inició en el mundo como un intento de comprensión de tipo mágico. El sujeto anormal patológico fue visto como distinto de los miembros de la comunidad. A veces era el pecado de los padres, otra el enviado de los dioses; fue considerado como presagio de algo, ya favorable o desfavorable. En Esparta, los niños que nacían deformes o enfermos eran despeñados para preservar la proporción y la belleza de su raza. Al epiléptico, término que viene del griego epilambanein que es caer bruscamente y perder la conciencia como si fuera tocado por un rayo, se le creyó por eso, que era poseído por los dioses.

La comprensión protocientífica de lo patológico, se desarrolló de acuerdo a dos criterios:

1) El Mesopotámico que asoció la enfermedad al castigo que los dioses mandaban al hombre por sus pecados; por eso el médico al penetrar al recinto del enfermo, lo inducía ante todo a arrepentirse de sus faltas.

2) El otro criterio floreció en Grecia. Hipócrates, padre de la medicina, pensó que no había ninguna acción divina o demoniaca que produjera la enfermedad sino que era de origen natural. De acuerdo a su filosofía, el organismo, la naturaleza la Physis era armonía y equilibrio. La enfermedad por el contrario, era desarmonía y desequilibrio. La misma enfermedad se concebía como un esfuerzo de la propia naturaleza para lograr el nuevo equilibrio (Freedman 1979)

## ERA GRECORROMANA Y EDAD MEDIA

Los comienzos de la actitud humanitaria que hoy en día se refleja en el área de la psiquiatría social, se vieron ya en épocas tan antiguas como en el año 860 a. de C., cuando los sacerdotes griegos complementaban los encantamientos y los exorcismos para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se emplearan actividades físicas y recreativas.

En el siglo VI a. de C., se efectuó un avance significativo cuando el interés de los curanderos griegos se volvió hacia la observación y la experimentación; estos fueron los primeros pasos científicos dentro de la ciencia biológica.

Este primer movimiento científico se observa principalmente en los escritos de Hipócrates (460-375 a. de C.), quien clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis.

En los países árabes prevalecía una actitud más humanitaria hacia los enfermos mentales. Con base en esta actitud humanitaria estaba la creencia musulmana de que la persona enferma es querida por Dios y escogida particularmente por él para explicar la verdad. La diferencia entre enfermedad y posesión era mínima y los enfermos mentales eran con frecuencia adorados como santos.

Aunque otros siguieron la senda hipocrática, sin duda el punto culminante de la observación científica en el período grecorromano se alcanzó durante la vida del médico romano Galeno (130-200 d. de C.), quien con el enfoque científico, estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que expresaba dichos síntomas fueran la parte alterada. Galeno postuló la teoría del alma racional, que dividió en una parte externa y otra interna.

Dentro de este sistema, la primera constaba de los cinco sentidos; las funciones de la segunda eran la imaginación, el juicio, la percepción y el movimiento. Galeno concluyó, de acuerdo con el pensamiento de Platón y en contra de las ideas de Aristóteles, que el asiento del alma era el cerebro y no el corazón.

El problema de las enfermedades mentales también ocupó la atención de los filósofos griegos. Empédocles habló de la importancia de las emociones y señaló que el amor y el odio eran fuentes fundamentales que determinaban cambios en la conducta humana. Platón incluyó estos conceptos al hablar de Eros en la vida personal del hombre. Propuso la idea de que, para explicar la conducta adulta de cada individuo, podría escribirse una biografía psicológica que comenzara en sus primeros años y siguiera con las relaciones personales que tuvo con sus educadores. Platón también concibió la existencia de una alma tripartita, compuesta de una parte racional, una parte libidinal y una parte "espirituada", esta última con diversas cualidades animales. Algunos autores han comparado este concepto del alma con el concepto estructural de la personalidad propuesto por Freud. Así, el testimonio de los comienzos de una de las corrientes principales de la psiquiatría moderna, la psicodinámica, se encuentra en el periodo grecorromano; desapareció casi por completo en la etapa oscurantista; ocasionalmente emergió en los escritos filosóficos de la Edad Media y finalmente reapareció en el movimiento psicodinámico moderno que Sigmund Freud inició en 1900.

Johann Weyer (1515-1588), el médico que trabajó abiertamente contra las creencias de su época que explicaban los fenómenos mentales como una posesión supranatural; condenó a los que acusaban a las mujeres de brujería; dio explicaciones de las psicosis de masa, y describió que muchas de esas psicosis surgían de síntomas de melancolía que provenían del amor. Weyer opinó que es posible encontrar la patogenia de los fenómenos mentales si se obtiene una información detallada acerca del que sufre. Este médico trató con éxito a algunas personas acusadas de brujería, sentándose con ellas y sosteniendo pláticas durante largos periodos.

Francis Bacon y otros filósofos del siglo XVII, reconocieron que las funciones de la "mente" eran de importancia en el orden natural del universo.

Estos puntos de vista llegaron a tener una profunda influencia sobre el pensamiento médico. En esta época, el interés filosófico de Descartes y otros en la mente y sus funciones estableció una explicación dual de la conducta humana. La definición de la mente, se designaría como fisiológica a la reacción de algunas partes del organismo, mientras que se consideraría que la "mente" es la respuesta integrada del organismo ante las fuerzas fisiológicas, psicológicas y sociológicas que ejercen influencia sobre él. Por lo tanto, "la mente" es simplemente un aspecto (el psicológico) del funcionamiento biológico del organismo, y no una entidad metafísica con una existencia paralela a la del cuerpo.

## LA ERA MODERNA

En 1785, el Gran Duque empezó la construcción del Hospital Bonifacio. Se abrió tres años más tarde, bajo la dirección del joven médico Vincenzo Chiaruggi (1759-1820). El reglamento del hospital, evidentemente establecido bajo la supervisión de Chiaruggi, afirmaba de manera específica que "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco". Según este reglamento estaba prohibido aplicar la fuerza física o métodos crueles a los pacientes, excepto el uso ocasional de una camisa de fuerza, ideada de modo que no causara al paciente excesiva incomodidad. También se establecieron medidas higiénicas y de seguridad.

En 1793, Phillipe Pinel (1745-1826) se convirtió en super intendente del Bicetre (para pacientes masculinos) y, más tarde, de la Salpêtrière (para mujeres), que alojaban criminales, pacientes retrasados mentales y enfermos mentales. Una de las primeras acciones de Pinel en el Bicêtre fue liberar de sus cadenas a los enfermos mentales. Pinel es recordado por otras dos contribuciones importantes a la psiquiatría; su intento de analizar y clasificar síntomas y su aplicación al tratamiento moral. Pinel describió los síntomas clínicos de manera muy sencilla, pero con gran claridad. Se describieron cuatro tipos de locura.

la melancolía (alteración de la función intelectual);  
la manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él);  
la demencia (alteración de los procesos del pensamiento); y  
la idiocia (obliteración de las facultades intelectuales y afectos).

Por otra parte, Kraepelin supuso que las enfermedades mentales eran entidades patológicas definidas y análogas a las enfermedades físicas, que se distinguían por su etiología, sus síntomas, su evolución y su resultado final, lo que le obligó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar las causas físicas de las enfermedades mentales (Lawrence, 1950)

### CONCEPTO

Desde el siglo pasado el término de esquizofrenia ya era conocido, dándose numerosos y diversos nombres al estado patológico surgido en diferentes pacientes según su sintomatología más frecuente, fue el esfuerzo de Kraepelin, fundador de la actual nosología psiquiátrica, en su obra de 1887 a 1913, en la que denominó demencia precoz definió como: " Una serie de síndromes clínicos cuya característica común la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con la partición preferente de la afectividad y voluntad". Llamó la atención de Kraepelin y sus contemporáneos la edad temprana de aparición (precoz) y la frecuente terminación en un estado profundo deterioro intelectual (demencia). Distinguió tres formas clínicas principales: hebefrénica, catatónica y paranoide, que aún hoy subsisten. Se limitó a un estudio "descriptivo", no dando importancia a unos síntomas sobre otros y no admitiendo un "trastorno primario o fundamental". La considera expresión psíquica de una enfermedad orgánica.

La segunda etapa del estudio de la esquizofrenia comienza con E. Bleuler (1911), quien sustituye el nombre de "demencia - precoz" por el de esquizofrenia. Bleuler combina el estudio "descriptivo" con un esfuerzo "interpretativo", intentando penetrar la dinámica del proceso esquizofrénico. En 1911 se habían difundido los trabajos de Freud y de Jung, los cuales ejercieron notable influencia en el pensamiento de Bleuler para el cual existe un trastorno fundamental, cuya presencia decide el diagnóstico de esquizofrenia, y cuya ausencia lo elimina. Este "trastorno fundamental" se expresa con la propia palabra "esquizofrenia", que significa hendidura, escisión o disociación. Tal corte o ruptura del psiquismo sería el trastorno básico, y de él derivarían los síntomas primarios, de tipo negativo, defectual; y la respuesta del psiquismo a este déficit, a estos síntomas primarios, es lo que produce la abundante floración de síntomas secundarios de la esquizofrenia. Bleuler introdujo el término autismo, para expresar el retraimiento afectivo y el refugio en un mundo interior propio y la ruptura de contacto con la realidad, en los que el esquizofrénico se sumerge como consecuencia de su escisión o disociación del psiquismo.

Los conceptos actuales derivan de las ideas de Kraepelin y Bleuler que son puramente psicoanalíticas.

En la literatura psíquica actual, especialmente en la anglosajona, se abandona la esquizofrenia como entidad nosológica, hablándose de las formas de reacción esquizofrénicas o de las psicosis esquizofrénicas. Los criterios se dividen claramente en dos campos: organicistas y psicodinamistas. Los organicistas (casi todas las escuelas europeas) consideran la esquizofrenia como una auténtica "enfermedad-mental", es decir, con base orgánica (desconocida), de la que la sintomatología psíquica es la única expresión clínica importante.

Los psicodinamistas creen, por el contrario, que toda la enfermedad deriva de conflictos emocionales establecidos en los primeros meses de la vida, y aseguran que sus técnicas permiten interpretar la enfermedad y comprender las vivencias esquizofrénicas; la trasmisión hereditaria es un espejismo del contagio emocional dentro de la misma familia.

Otra posible modalidad de enfoque del problema de la esquizofrenia consiste en no considerarla "enfermedad", sino "modo de enfermar" y, en última esencia, una forma de "estar en el mundo".

Por otra parte, Langfeldt, en 1939, propuso dos grupos separados de enfermedades esquizofrénicas: la esquizofrenia procesual, con tendencia al deterioro del paciente, y las psicosis esquizofreniformes o esquizofrenias reactivas, que presentan buen pronóstico. No parecen existir pruebas acerca de si existen estos dos tipos cualitativos de esquizofrenia o de si los cuadros clínicos dependen tan sólo de la gravedad de un mismo tipo de proceso esquizofrénico. De acuerdo con la clasificación de los trastornos mentales la esquizofrenia es el nombre dado a reacciones funcionales de profundidad psicótica que se caracterizan por un trastorno de las relaciones con la realidad y de la formación de conceptos acompañado de otros trastornos afectivos, del comportamiento e intelectuales, en diversos grados y mezclas.

Por lo tanto se dice que Enfermedad Mental. Es cualquier trastorno de origen psíquico u orgánico persistente e incapacitante del equilibrio mental y emocional, generalmente manifestado a través de inadaptación persistente y de conducta y lenguaje irracionales, (Brussel y Cantzlaar, 1983).

C A P I T U L O

II

**ALGUNOS TIPOS DE ENFERMEDADES MENTALES Y TOXICOMANIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL**

Desilusionados, engañados, humillados,  
ofendidos, traicionados, desplazados...  
ya no encuentran salida alguna.

Analgésicos, calmantes, pastillas para  
dormir y en medidas cada vez mayores.

Las drogas traen alivio por corto  
tiempo, después se agrava la  
miseria y la desesperación.

¿ Por qué los hombres se ocasionan  
unos a otros, con tanta frecuencia,  
una tristeza tan irradicable ?

¿ Por qué los seres humanos no pueden  
ser siempre una alegría para sus  
semejantes ?

Piensa, por una sola vez, sobre esto  
y trata de ser con tu suavidad,  
tu bondad y tu ternura una bendición  
para quienes sufren y están solos,  
y en su inconsolable soledad buscan un  
semejante, una mano amiga, un corazón.

Y E I OCELOTL

## CAPITULO II

### ALGUNOS TIPOS DE ENFERMEDADES MENTALES Y TOXICOMANIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL. ALGUNOS TIPOS DE ENFERMEDADES MENTALES.

Las enfermedades mentales han sido una cuestión de gran interés tanto psiquiátrico como jurídico, en virtud de que ambas ramas se enfrentan a trabajar con personas que por alguna circunstancia caen dentro de una enfermedad mental.

El enfermo mental que trasgrede la norma es considerable por la ley penal, inimputable, debido a que su misma enfermedad le impide tener plena conciencia de sus actos y por lo tanto no es responsable de ellos.

Desde el punto de vista médico-legal, se suscitan determinadas formas de perturbación mental, así como también de enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales que se presentan con mayor incidencia delictiva son: La esquizofrenia, psicosis y toxicomanías (Manual de Medicina Legal, 1974).

En el presente trabajo es de gran importancia los tipos de enfermedades mentales, las cuales consideramos exponer a continuación, dando una breve explicación acerca de su concepto, etiología, incidencia, así como también otros factores importantes que intervienen en cada una de las patologías mentales.

## ESQUIZOFRENIA

### CONCEPTO

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la esquizofrenia como " un grupo de trastornos manifestados por trastornos característicos de la ideación, del talante y de la conducta. Los trastornos en la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos las cuales conducen a mal interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones, las cuales aparecen con frecuencia como autoprotectoras psicológicamente. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de la empatía con los demás.

Wolman (1972) argumentó que las llamadas condiciones reactivas con frecuencia implican prolongados periodos de confusión interior.

Para Ullman y Eck (1965), en la esquizofrenia los síntomas parecen disminuir rápidamente, aunque en ciertos casos surge un patrón de enfermedad más crónico.

Por otra parte, DSM-III (1986), la define como un grupo de trastornos, de diferentes etiologías.

### ETIOLOGIA

La etiología o causa de la esquizofrenia continúa siendo uno de los grandes enigmas de la psiquiatría.

No se ha descubierto una sola causa específica de la esquizofrenia y es posible que en la aparición de la enfermedad se hallen implicados cierto número de factores.

Las investigaciones han demostrado que la esquizofrenia es resultado de factores genéticos, incapacidades neurológicas, desordenes bioquímicos, dinámica familiar fallida y una interacción entre las predisposiciones heredadas y la tensión ambiental. Mencionaremos algunos factores importantes de la etiología de la esquizofrenia.

### HERENCIA

Las pruebas de una causa genética de la esquizofrenia son producidas en los estudios referentes a los gemelos, realizados por Kallman (1953, 1956, 1958). Este investigador encontró una tasa de concordancia del 86.2 % para los gemelos idénticos, del 14.5 % para los gemelos fraternos y del 7.1 % para los medios hermanos. Estos hallazgos contrastan con una cifra de incidencia de aproximadamente el 1 % para la población general. Estos estudios indican que con gran probabilidad los factores genéticos desempeñan un papel importante en la etiología de la esquizofrenia. Existen algunas teorías como las monogénicas, las de dos genes y las teorías poligénicas sobre el origen de la esquizofrenia. En la actualidad es más probable la teoría poligénica, en la cual el futuro paciente esquizofrénico hereda una predisposición a la enfermedad, siendo necesarios acontecimientos desencadenantes en el curso de su vida para que la enfermedad surja.

### CONSTITUCION

1. Constitución somática. (Kretschmer, 1888-1964). Psiquiatra alemán, observó que entre los sujetos que padecen esquizofrenia se daba una mayor incidencia de individuos con constitución asténica. Siendo esta la debilidad general o sensación de cansancio, es lo que se conoce como fatiga, son sensaciones físicas en gran parte motivadas por el estado de ánimo del individuo que las padece.
2. Personalidad. Las personalidades prepsicóticas más frecuentes son las que señalamos a continuación:

a) La personalidad esquizoide. Es retraída, reservada, poco afectiva y menos dada a participar en actividades comunes. Es muy sensitiva y debido a esta hipersensibilidad se define como tal.

b) La personalidad "tempestuosa" (Arieti). Los sujetos con una personalidad tempestuosa no se defienden, en las primeras etapas de su vida, mediante apartamiento emocional. Probablemente intenta múltiples maniobras para ajustarse a las presiones de la vida, como, por ejemplo: sumisión, agresión e incluso apartamiento esquizoide. La variedad de respuestas a los demás se halla probablemente influida por inconsistencia existente en los padres. Tales personalidades tempestuosas son muy vulnerables al stress y su vida está constituida por una serie de crisis. En ocasiones recurren a un uso excesivo de drogas y alcohol para apaciguar sus tempestades íntimas. No existe una relación entre el nivel de inteligencia y la tendencia a desarrollar una esquizofrenia.

#### FACTORES SOMATICOS

1. Algunos autores afirman que los pacientes esquizofrénicos presentan una mayor proporción de trazos electroencefalográficos anormales, pero esto, es a la vez dudoso.

2. Los hallazgos bioquímicos son contradictorios y resulta difícil de interpretar el significado de cualquier género de hallazgos anómalos. Mencionaremos algunos hallazgos e hipótesis importantes. R. Gjessing encontró, en 1939, una retención anormal de nitrógeno en ciertos estados catatónicos, afección designada como catatonía periódica. Algunos trabajos más recientes señalan la posibilidad de que un deficiente metabolismo de la adrenalina puede dar lugar a la formación de adrencromo, el cual, al igual que el ácido lisérgico y la mescalina, pueden producir trastornos semejantes a la esquizofrenia.

3. Otros autores surgieron la posibilidad de que en la etiología de la esquizofrenia, exista un desorden de la metilación, es decir, la carencia de una enzima desmetilante muy probablemente genéticamente determinada y que esta sea de gran importancia o una de las causas de la esquizofrenia.

4. Israelstam (1970), describió que los esquizofrénicos metabolizan la metionina en forma diferente.

5. La mayoría de las drogas alucinógenas del tipo LSD son derivados metilados de los neurotransmisores centrales, y estas drogas alucinógenas, pueden provocar en las personas normales psicosis aguda de tipo esquizofrénico, es decir, provocan trastornos de personalidad, del pensamiento, afectivas y de conducta. El grupo está principalmente integrado por la mescalina, la dimetiltriptamina, la psicolocibina y el LSD 25.

6. Axelrod (1957) descubrió en los tejidos de los mamíferos una enzima metilante N-metil, capaz de cambiar la triptamina en dimetil-triptamina.

7. Metabolismo de los aminoácidos: Se ha intentado relacionar a los síntomas esquizofrénicos con la producción de aminas anormales. (Vallejo-Najera, 1977).

#### *FACTORES PSICOLOGICOS*

No existen factores psicológicos específicos a los que pueda atribuirse el desarrollo de una esquizofrenia. Han realizado una gran cantidad de trabajos con la finalidad de intentar aclarar el papel que desempeñan los factores psicológicos en el origen de la esquizofrenia; ninguno de ellos resulta concluyente, pero consideraremos algunos aspectos importantes de estos estudios.

1. Adolf Meyer (1906), destacó la unidad del funcionamiento psicológico y biológico individual, prefirió estudiar a sus pacientes longitudinalmente en un sentido temporal, considerado a las enfermedades psicóticas como "reacciones". En 1906, propuso que la esquizofrenia podría ser un deterioro de hábitos".

2. Theodore Lidz en la Universidad de Yale, realizaron investigaciones acerca del medio ambiente intrafamiliar en el que se desarrollan los pacientes esquizofrénicos. Lidz, 1952, menciona al "cisma conyugal" y "desequilibrio conyugal" como dos tipos de patología existentes en los progenitores dentro de las familias estudiadas de esquizofrénicos.

3. G. Bateson en 1956, publicó un trabajo acerca de la hipótesis del doble vínculo en la esquizofrenia. Suponen que el ingrediente básico en una situación de doble vínculo en una familia es un progenitor que proporciona a un niño, simultáneamente, dos comunicaciones contradictorias. Se produce también una situación de doble vínculo cuando el contenido de lo que se dice se halla en conflicto con el componente afectivo de la comunicación.

4. El concepto de la "madre esquizofrenógena". Puede haber madres con fronteras no bien definidas de su Ego que consideren a su hijo como una prolongación de ellas mismas e intervengan en el mundo del hijo sin tener en cuenta las necesidades y deseos de éste.

#### **FACTORES SOCIOCULTURALES**

La esquizofrenia es una enfermedad que aparece en todos los países y todas las culturas. Esta enfermedad es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales y en zonas industriales que en las no industriales. Su mayor frecuencia entre emigrantes no tiene probablemente nada que ver con dificultades de adaptación a una nueva cultura, a no ser que el paciente se halle ya predispuesto de antemano.

Por otro lado podemos mencionar también, la relación madre-infante: Anna Freud empleó el término "objeto en necesidad de satisfacción" para describir la importancia de la madre para proporcionarle al infante su primera experiencia gratificadora en relación a un objeto externo.

En 1942 Kanner describió un síndrome, "autismo infantil" que afectaba a un grupo de infantes que al parecer nunca pudieron percibir a la madre como persona.

Margaret Mahler describió un segundo síndrome, "psicosis simbiótica infantil" en la cual la relación simbiótica precoz madre-infante está señalada, pero el niño halla dificultad para separarse de la madre y alcanzar individuación.

Por otro lado, en las familias en las cuales los progenitores se derogan y menosprecian uno al otro, el niño no puede emplear a un progenitor como modelo de identificación o como un objeto de amor sin antagonizar con el otro progenitor. Tales familias pueden mostrar una armonía razonable superficialmente, pero en cada matrimonio la psicopatología seria del progenitor dominante es aceptada o compartida por el otro. Según esta teoría existe una transmisión de lo irracional de los progenitores a los niños, provocando en el niño una enorme dificultad para establecer un sentido satisfactorio de su propia identidad.

Son enormes los problemas planteados por la investigación sobre la etiología de la esquizofrenia. En la actualidad no se ha encontrado aún una respuesta a este problema psiquiátrico. Es probable que intervengan múltiples factores. Parece ser que, en general, constituye una condición previa para que se desarrolle la enfermedad, la presencia de una predisposición hereditaria. La esquizofrenia, como entidad clínica, no se puede desarrollar a no ser que actúen uno o más de los factores etiológicos señalados.

## SINTOMATOLOGIA

La esquizofrenia es una psicosis endógena en la que se presentan una serie de trastornos los cuales presentamos a continuación (Vallejo-Najera, 1977).

a) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Se presenta un retraimiento de los contactos afectivos, sociales y de otra índole, con preferencia autista por la fantasía y la reserva introspectiva, es decir, el enfermo no comprende lo que le ocurre a él ni lo que pasa en torno suyo, por lo que se establece una ruptura de contacto con la realidad y el enfermo, incapaz ya de establecer relaciones adecuadas con el mundo externo, tiende a refugiarse más y más en su mundo interno, aislándose del ambiente. Si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad, se disocia, deja de haber integración y concordancia entre los pensamientos, los sentimientos y la acción o conducta. En los casos más leves podemos notar únicamente una falta de armonía, un "algo" inquietante, difícil de describir exactamente, un comportamiento excéntrico o incongruente, una afectividad anormal y desproporcionada con la situación real, y tendencia al pensamiento autístico, es decir, al pensamiento dirigido por factores personales. Por regla general la conciencia es clara y existe conservación de la capacidad intelectual.

b) TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO. Suele ser lento el curso del pensamiento, y algunos enfermos presentan el fenómeno de la interceptación del pensamiento que se refleja en toda la actividad del paciente, que por unos segundos o minutos queda inmóvil. El enfermo siente con frecuencia que sus pensamientos y sus sentimientos son compartidos por otros (robo del pensamiento). En otras ocasiones percibe que sus pensamientos son intervenidos, o bien que no le pertenecen, ya que en ellos participan otras personas y por lo tanto, conocen su manera de pensar (bloqueo del pensamiento, imposición de ideas). Las alucinaciones más comunes son las auditivas y de éstas las del habla, "las voces". Las alucinaciones auditivas, cuando se presentan con plena conciencia, generalmente son de origen esquizofrénico. En ocasiones el enfermo oye sus propios pensamientos, oye voces alucinatorias de sujetos que conversan unos con otros, que discuten y se refieren a él en tercera persona, o bien, voces alucinatorias que critican su conducta (pensamiento sonoro o eco del pensamiento). A veces aparecen delirios explicativos que señalan cómo entran en acción fuerzas naturales o sobrenaturales para influir sobre sus pensamientos y acciones (ideas delirantes de influencia). Este tipo de ideas delirantes no pueden originarse sin que desaparezca la estructura lógica del pensamiento.

- Alteraciones del juicio y raciocinio. El pensamiento esquizofrénico hace que, incluso los enfermos coherentes, sin ideas delirantes, tengan fallas graves del juicio y raciocinio, que se califican de falta de crítica, es decir, será incapaz de valorar la diferencia entre dos cosas o bien dará una diferencia simple, sin apreciar las diferencias esenciales. Naturalmente, las ideas delirantes trastornan aún más las capacidades de juicio y raciocinio, que no podemos ya ni valorar en el enfermo con pararrspuestas, disgregación o incoherencia. Por la disgregación intermitente del pensamiento esquizofrénico, por la escisión de su personalidad, en algunos enfermos se presentan demostraciones aisladas de buen juicio y raciocinio, alterando con muestras evidentes de profundo deterioro de estas funciones.

- Ideas Delirantes. Las ideas delirantes propiamente esquizofrénicas son primarias, con sus caracteres de falsa, patológica, irrefutable, incomprendible psicológicamente y no derivada de otros síntomas ni vivencias. Tienen el sello de extravagancia y absurdidad típica de todo lo esquizofrénico. Es característico que las ideas delirantes primarias aparezcan en la mente del enfermo repentinamente, como una intuición o una inspiración, y desde ese momento el paciente queda convencido de su realidad absoluta.

La interpretación delirante primaria o percepción delirante primaria es una idea delirante primaria que atribuye un significado absurdo a cualquier hecho u objeto; el significado "nuevo"; el patológico, lo vive el enfermo con aplastante realismo. En la intuición delirante primaria no existe ningún objeto externo que dé lugar a una interpretación, sino que la idea aparece como una pura inspiración.

- El Delirio Esquizofrénico es Insistematizado. El enfermo no intenta demostrar la realidad de sus ideas, no las racionaliza. Generalmente las ideas delirantes del mismo enfermo son variadísimas, sin relación alguna entre ellas.

- El Temple Delirante es el trastorno fundamental del que emerge el delirio esquizofrénico; se le ha calificado de "estado de ánimo patológico", de "alteración existencial del estar-en-el-mundo", de "dis-estar", etc. Consiste esencialmente en el encontrar lleno de significado nuevo, manifiesto e inconfundible a cuanto le rodea, y a sus propias vivencias internas.

c) TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD. Existe tendencia al apartamiento, a los caprichos, a la irritabilidad. Con frecuencia la expresión de un determinado estado de ánimo se realiza con mímica inadecuada, carente de expresividad y resonancia afectiva, lo que da el típico aspecto insípido. En las fases avanzadas, parece como si desaparecieron las emociones; se les observa inexpresivos, encorvados, indiferentes, existe embotamiento afectivo. En los casos leves la indiferencia puede estar ausente o disimulada. Independientemente de la inversión de afectos, en la esquizofrenia se presentan pararrespuestas afectivas, en las que se recibe alegremente una tragedia y con expresión de pena un motivo de alegría.

Dentro de este cuadro general de pobreza afectiva aparecen reacciones afectivas violentas, de ira o angustia, seguidas o no de las lógicas reacciones de agresión o huida.

En ocasiones el bloqueo afectivo es sólo aparente y enfermos catatónicos, que no dan ninguna respuesta, parecen estatuas aisladas de cuanto en torno suyo ocurre; tienen, sin embargo, una aguda sensibilidad para el trato que se les da, captan hasta los menores detalles y cuando pasa el episodio catatónico y pueden expresarse, relatan el intenso sufrimiento o alegría que les produjeron todos aquellos estímulos a los que no dieron ninguna respuesta externa.

- La memoria, inteligencia y atención no están afectadas, aunque sí pueden estar bloqueadas y, por lo tanto, al no poder ponerla en función, dan la sensación de que el esquizofrénico está demenciado, lo que es sólo aparente.

- Alucinaciones. Las alucinaciones presentan los caracteres de claridad y corporeidad. Son nítidas y precisas, con absoluta sensación de realidad para el enfermo. Suelen ser aisladas (fonemas, visión de un objeto, etc.), en una conciencia-lúcida, y no escenográficas, múltiples y cambiantes como las de las psicosis tóxicas. Las más frecuentes son las auditivas, del tipo fonemas de varia índole (fonema imperativos, fonemas en tercera persona, eco del pensamiento, etc.). Las visuales, dotadas con corporeidad, suelen referirse a la de una persona u objeto (Dios, la virgen, un pariente fallecido, etc.) y puede tener el carácter de alucinación extracámpina. Son características de la esquizofrenia las alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal, con los rasgos más fantásticos, y en las que en ocasiones resulta difícil precisar qué es alucinación y qué es idea delirante. Las alucinaciones olfatorias y gustativas suelen estar vinculadas a ideas delirantes (de envenenamiento).

- Alteraciones de los instintos. Algunas pueden interpretarse como regresiones a etapas infantiles del psiquismo (mutismo, posturas fetales, enuresis, etc.); otras que son comprensibles únicamente como consecuencia de la escisión del psiquismo de esquizofrénico que alcanza los estratos profundos (instintivos y afectivos) de su personalidad. Con frecuencia se presentan intentos de suicidio, automutilaciones, la ingestión de elemento inadecuados (tierra, mechones de pelo, estropajo, alambres, vidrios rotos, etc.).

d) TRASTORNOS DE LA IDENTIFICACION DEL YO. Suele depender de las ideas delirantes y tienen marcado carácter de absurdidad (ejemplo: "soy un caballo", "estoy muerto", etc. ). También aquí puede coexistir la doble orientación, normal y patológica (ejemplo: "me llaman Juan Hernández, pero soy Pedro el de las Barbas").

El enfermo no suele racionalizar su falta identificación, de la que no intenta dar pruebas o las reduce a afirmaciones como "porque sí", "porque lo soy", etc.

e) TRASTORNOS DEL GOBIERNO DEL YO. Uno de los síntomas más precoces, y casi patognomónico de la esquizofrenia, es la sensación de "desgobierno de la actividad psíquica", que puede ser total o de alguno de los sectores de su psiquismo, y que suele expresarse afirmando que "le roban los pensamientos" o le meten ideas a la fuerza", o le hacen "sentir lo que no quiere de su familia", etc.

- Despersonalización. El trastorno fundamental de la escisión de la personalidad provoca, juntamente con la sensación de desgobierno de la actividad psíquica, la extrañeza del Yo, con la que el individuo se siente "distinto de antes", "cambiando", "raro"; cuando se analiza a sí mismo; y proyectando hacia el exterior estas mismas sensaciones al analizar lo que le rodea, con la vivencia de extrañeza del mundo, encontrando las personas y cosas "cambiadas" y "raras", pero identificándolas correctamente.

Otro fenómeno es el desdoblamiento de la personalidad y doble personalidad y al acentuarse el "extrañamiento", la "enajenación", se llega a la desidentificación de la personalidad y de ella a la "identificación" o personificación, en la que el esquizofrénico se identifica con los seres u objetos más inverosímiles (ejemplo: "soy el Espíritu Santo", "soy el que hace los terremotos", "soy la serpiente amarilla", etc.

f) TRASTORNOS DEL ESQUEMA CORPORAL. Son la expresión en la vertiente somática de los trastornos de despersonalización y personificación, interviniendo en ellos las alucinaciones cenestésicas, tan características en esta enfermedad. Los trastornos del esquema corporal son claros, permanentes y sin lesión neurológica que los explique, son también exclusivos de la esquizofrenia.

Abarcan todos los tipos posibles: percepción de elementos extra, pérdida de elementos, desplazamiento, etc.; adquiriendo en ocasiones la expresión más pintoresca y absurda que podamos imaginar; "mis piernas son de humo, y cuando hacen viento desaparecen", "soy transparente", "he perdido el hígado", etc.

Algunas de estas alteraciones se combinan con alteraciones dinámicas de la cenestesia y alucinaciones cenestésicas, dando lugar a las sensaciones de "robo de vísceras", "robo de sangre o de semen", y las sensaciones de ser violado, etc.

- Conciencia de enfermedad. Aunque en algunos casos el enfermo admite tener una enfermedad mental, lo más frecuente es que reconozca únicamente una enfermedad somática o que niegue estar enfermo en absoluto.

- Abordabilidad. En distintos esquizofrénicos, y aún en el mismo en diversos momentos, puede darse los diferentes trastornos de la abordabilidad, desde verborrea hasta mutismo.

- Morfología del lenguaje. El amaneramiento general del esquizofrénico se manifiesta en su tono artificiosos y la búsqueda de palabras alisonantes. En un grado más intenso aparecen las estereotipias verbales que junto al amaneramiento, producen el llamado estilo esquizofrénico.

Son muy característicos los neologismos, que son palabras nuevas que inventa el propio enfermo, y que pueden deberse a:

- 1) Alucinaciones auditivas que le "suministran" neologismos.
- 2) El lenguaje normal resulta inadecuado al enfermo para expresar sensaciones nuevas y distintas a todo lo que conoció antes de enfermar.
- 3) Pueden aparecer independientemente de su voluntad, como una manifestación más del gobierno de la actividad psíquica.
- 4) Las ideas delirantes le inducen a hablar en un lenguaje misterioso, "en clave".

El amaneramiento no se manifiesta solamente en la elección de las palabras, sino también en el tono de voz, dando lugar a la misitación, en la que habla siempre en voz muy baja casi imperceptible.

La disgregación aparece en diferentes grados de intensidad. Cuando es poco acentuada el enfermo contesta coherentemente a preguntas breves y concretas, y se disgrega cuando habla solo o cuando, habiendo contestado a una pregunta, continúa ya hablando espontáneamente.

Al acentuarse el trastorno, la disgregación es continua y el enfermo tiende a verbigerar.

El grado máximo de deterioro lleva al enfermo a la producción exclusiva de sonidos guturales. Son muy característicos de la esquizofrenia las pararrespuestas, en las que el enfermo está coherente, pero contesta frases sin ninguna relación con las preguntas.

- La escritura manifiesta los mismos trastornos que la palabra y además amaneramientos en el tipo de letra, distribución de las líneas en la página, intercalamientos de estereotipias gráficas, simbolismos, etc. Es frecuente que enfermos mutistas accedan a contestar por escrito alguna pregunta, especialmente su nombre.

- Los dibujos de los esquizofrénicos son estereotipados, incluyen elementos de sus ideas delirantes, condensaciones y simbolismos, represiones a normas infantiles de dibujo, pero con intención figurativa, es rarísimo el arte abstracto en la esquizofrenia. En general, las pinturas y producciones plásticas carecen de valor estético y la enfermedad rebaja el nivel artístico previo del individuo, aunque existe alguna excepción, como es el caso de VAN GOGH.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La clasificación en formas clínicas es un tanto artificial y hay casos mixtos que es muy difícil encasillar, pues presentan mezclas de los rasgos de las distintas formas, pero en general, en cada esquizofrénico domina un determinado tipo de síntoma sobre los demás (rara vez son exclusivos), y según los síntomas dominantes se diagnostica una u otra forma clínica.

### ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Se inicia en la adolescencia o principio de la vida adulta, y está caracterizada por: a) reducción de intereses y contactos externos; b) apatía; c) indiferencia; d) pérdida de cualquier espíritu de competencia; e) aislamiento; f) incapacidad para satisfacer las exigencias de la sociedad; g) no se presentan ideas delirantes ni alucinaciones, la enfermedad por lo tanto, es menos psicótica que los otros tipos de esquizofrenia y h) evolución indolente y lenta.

Ocasionalmente, presentan alucinaciones e ideas delirantes, es entonces cuando en la mayoría de los casos los enfermos son internados, interrumpen el estudio o el trabajo. Progresivamente, una vez debilitada la voluntad, al empobrecer socialmente el enfermo pasa a un estado de vagancia, su vida carece de objetivos y permanece ocioso, ya que no aprecia los valores estéticos y morales, terminando sus vidas como vagos, irresponsables, delincuentes, prostitutas o limosneros.

La esquizofrenia se caracteriza por aumento de la gravedad de los síntomas durante periodos muy prolongados y generalmente se piensa en un deterioro mental.

Al cabo de algunos años el sujeto está dominado por su apatía e indiferencia a todo, que es incapaz de valerse por sí mismo y acaba su vida en una institución hospitalaria si no se logra la remisión.

En la exploración destacarán la hipotimimia, el amaneramiento, el embotamiento afectivo, las paratimias, la falta de sintonización afectiva, la desorientación apática y la ausencia de iniciativa, el pensamiento insípido y falta de crítica y de sentido de la realidad, con tendencia muy marcada al autismo. Esta forma clínica de la esquizofrenia es la menos frecuente.

### ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA

Es también una forma precoz y de comienzo lento. Se inicia entre los 15 y 25 años de edad. Presenta los síntomas de la forma simple (empobrecimiento y alteración cualitativa de los afectos y apatía), pero añadidos a ellos otros síntomas "activos", fundamentalmente de trastornos del pensamiento y del lenguaje. En los primeros estudios domina la sensación de "desgobierno de la actividad psíquica", que el sujeto percibe como "dificultad para estudiar, distrabilidad, etc." y poco después aparece claramente la sensación de haber perdido el control de la propia vida psíquica, y el enfermo queda pasivo, entregado a su fantasía patológica. Suelen añadirse pronto síntomas de despersonalización, como extrañeza del yo, extrañeza del mundo, y las vivencias de disolución de la personalidad, vivencia catastrófica, desdoblamiento de la personalidad, desidentificación del yo, personificación, etc., acompañados de trastornos del esquema corporal. El curso del pensamiento en las etapas precoces se caracteriza por la interceptación del pensamiento, y en los estudios más avanzados por la escisión y desorganización del pensamiento, con su expresión verbal en la disgregación, incoherencia, estereotipias verbales, neologismos y pararrespuestas.

En otros enfermos aparecen síntomas de perseveración, bloqueo del pensamiento, verbigeración.

El juicio y raciocinio suelen estar profundamente alterados, aun en los casos en que no existe incoherencia, alternando el enfermo respuestas certeras y agudas con otras absurdas. Tiene una pérdida del sentido de la realidad y de la capacidad de relación normal con sus semejantes.

Las ideas delirantes, cuando existen, están desorganizadas, brotan de estímulos momentáneos, y el enfermo salta de una a otra sin conexión, no comportándose de acuerdo con el contenido de sus ideas.

Las alucinaciones, cuando se presentan, suelen estar en relación con las alteraciones del pensamiento (eco del pensamiento, fonemas imperativos) y de los síntomas de despersonalización y alteraciones del esquema corporal (ven su cara "cambiada", las manos "más grandes que antes", "todo el cuerpo lleno de agua", etc.).

La afectividad no presenta un estado fundamental del ánimo típico, aunque si domina la "euforia insípida" y este carácter de insulsez, inadecuación y estereotipia tiene las manifestaciones afectivas del hebefrénico. En los periodos precoces se percata de la transformación de su vida afectiva, con las siguientes sensaciones de embotamiento afectivo y de inversión de los afectos. Toda su conducta lleva el sello de la inadecuación o de la absurdidad.

Si la enfermedad progresa aún más, la personalidad del enfermo pierde su unidad, se disocia, deja de haber integración y concordancia entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta, la que se torna excéntrica e incongruente.

## ESQUIZOFRENIA CATATONICA

La catatonía pura es un bloqueo de la actividad voluntaria, conservándose la automática. De los enfermos esquizofrénicos es el catatónico el que da una sensación más viva de aislamiento de la realidad, de ruptura con las formas normales de relación. En los casos leves domina el amañamiento, las estereotipias de movimiento, estereotipias verbales y posturales. El enfermo tiende a permanecer en el mismo lugar y en idéntica postura, orinándose y defecándose, repitiendo sus actos un día y otro de modo fotográfico; el lenguaje, cuando no existe mutismo, se reduce a la repetición monótona de un círculo de ideas.

El síndrome psicomotor puede desglosarse en dos formas: hipocinética e hiperkinética. En la hiperkinética domina la reducción de movimientos, pérdida de toda iniciativa, hasta los grados de conservación de las posturas impuestas y de la flexibilidad cénica, acompañados generalmente de mutismo.

El síndrome hiperkinético catatónico puede ser local, con la producción de movimientos con alguna parte del cuerpo o en general, con episodios de intensa agitación, que suele revestir un carácter semiautomático, sin realizar, actos intencionales y sin salir el paciente de un espacio reducido (por ejemplo, un catatónico comienza repentinamente a girar, saltar, grita y hace gestos amenazadores, todo ello en un rincón de la habitación, sin salir de allí).

## ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

La forma paranoide está caracterizada por la presencia de ideas delirantes primarias y secundarias y alucinaciones, formando los tres síntomas el núcleo de la esquizofrenia paranoide. su comienzo es, en ocasiones, paulatino escondiendo el paciente durante meses o años sus ideas patológicas y comportándose en apariencia de modo normal.

Es frecuente el comienzo brusco, en el que un individuo, hasta entonces sano, en días u horas cambia de conducta y afirma que están intentando envenenarle, que le persiguen por la calle, que le corresponde una fortuna que le quieren robar, etc. Frecuentemente las ideas de envenenamiento, persecución, etc., van acompañadas de alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, etc., que confirman al paciente sus ideas delirantes.

En general, al ir avanzando la enfermedad, se acentúa la falta de sistematización del delirio, que puede llegar a hacerse totalmente disgregado e incoherente.

En los últimos periodos aparecen progresivamente otros síntomas esquizofrénicos, como los trastornos del pensamiento, del lenguaje, el esquema corporal, del gobierno del yo, etc (caso, 1989).

## PSICOSIS AFECTIVA

### DEFINICION

Es una psicosis caracterizada por depresión intensa que se presenta por primera vez después de los 40 años de edad, es decir, en la edad de la involución o el climaterio. El proceso mental y la acción se tornan lentos y se observan autoacusación y despecho. Se acompaña de angustia, que siempre es un síntoma predominante.

Son frecuentes las ideas paranoídes, agitación, delirio de pobreza, ideas de desgracia inminente, sentimientos de culpa molestias somáticas, insomnio grave, trastornos perceptivos (ilusiones auditivas e interpretaciones erróneas) y tendencias al suicidio.

## ETIOLOGIA

Las psicosis afectivas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. En proporción de 3 a 1. La edad de inicio en las mujeres es de 51 a 60 años de edad y en los hombres de 61 a 65, según algunos autores, otros dicen de 40 a 55 en la mujer y de 50 a 65 en el hombre. Es decir, resulta una depresión tardía (de los 40 a los 65 años) y que aparece en la época climática, edad de la vida fisiológica que está unida a ciertas fallas de actividad funcional de las glándulas endocrinas, especialmente de las sexuales. Algunos psiquiatras (Noyes y Kolb 1968), piensan que estos cambios fisiológicos no son tan importantes como los cambios psicológicos que implican: pérdida de funciones biológicas que se estima demasiado e inminencia del proceso de envejecimiento. Esto es indudablemente importante, principalmente si se toma en cuenta la personalidad previa: caracterizada por sentimientos de inseguridad personal, deficiencia general que provoca excesos de escrupulosidad, tenacidad y precauciones: perfeccionismo, rigidez, duda excesiva, carencia de sentido del humor, tendencia al autocastigo, vida sexual reprimida, etc. Las psicosis se presentan en una edad en que no son fáciles las adaptaciones a situaciones y circunstancias nuevas. Es la edad en que es difícil reparar los viejos errores. En ocasiones, la vida sexual eficientemente reprimida hasta esta edad surge en forma perturbada.

## SINTOMATOLOGIA

El comienzo de esta afeción, por lo general, es insidioso. El enfermo pasa de los 40 años de edad. Al paciente le encontramos ansioso, aprensivo, temeroso, con cefalea de tensión, quejándose de su mala salud y del insomnio que ha venido teniendo durante semanas o meses. Progresivamente se van instalando los síntomas depresivos, a menudo con fuerte componente paranoide.

Rechazan la comida, pierden el interés, duermen muy poco, el insomnio es grave, se agitan con frecuencia mencionan sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas. Los delirios paranoídes y de pobreza son frecuentes; se torturan constantemente pensando en desgracias inminentes; la conciencia permanece clara y la orientación se conserva. La mayoría de los enfermos tiene ideas o intento de suicidio, todos sus pensamientos giran alrededor de su desgracia. Los enfermos se atormentan por sus culpas; la angustia llega a ser muy acentuada y junto con la depresión, influye en forma definitiva sobre su espíritu, su pensamiento y su voluntad. Algunos enfermos se muestran hostiles y reservados. En ocasiones indiferentes, su única salida es la soledad y el aislamiento.

### TIPOS DE PSICOSIS AFECTIVAS

1. Psicosis maniaco-depresiva, tipo maniaco (mania monopolar)
2. Psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo (depresión monopolar)
3. Psicosis maniaco-depresiva, tipo circular (psicosis afectiva bipolar)

### PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO MANIACO (MANIA MONOPOLAR)

#### DEFINICION

Es una psicosis caracterizada por cursar en fases, entre las cuales, la persona generalmente se restablece y tiene un buen funcionamiento social.

Las fases psicóticas se acompañan de alteración primaria y grave del talante, bien en el sentido de la exaltación (exuberante alegría e inestabilidad del humor, logorrea, mayor actividad mental y corporal) o bien en el sentido de la depresión (humor gravemente deprimido y retardo e inhibición mental y motor). La enfermedad es más frecuente en las mujeres que en los hombre.

## EDAD DE APARICION

Aunque la enfermedad puede iniciarse antes de los 15 años de edad y después de los 70 (Bumke, 1946; Wertham, 1929), lo frecuente es que la mayoría de los casos ocurran entre los 20 y los 30 años. Los primeros brotes maniacos se observan en individuos más jóvenes (Winokur, G., 1969).

## SINTOMATOLOGIA

Tanto los síntomas de la depresión como los de la manía fueron descritos magistralmente por los psiquiatras de finales del siglo XIX. Las descripciones de Kraepelin (1921) revividas recientemente por Winokur, Clayton y Reich (1969), siguen siendo las mejores. Kraepelin divide los síntomas de la manía según su severidad en: 1) Hipomanía, 2) Manía aguda, 3) Manía con ideas delirantes y 4) Manía con delirio.

1. HIPOMANIA El talante es de euforia, al enfermo se le ve alegre y jovial. Está seguro del éxito que tiene en todo lo que hace y dice, aunque su trabajo carezca de provecho y sus razonamientos de lógica. La relación es característica, existe excitación emotiva caracterizada por mayor actividad mental y corporal. Sin embargo, la actividad es dispersa y se acompaña de verborrea o logorrea que se pone de manifiesto por abundancia de palabras, generalmente inútiles; el enfermo habla profusa y seguidamente y es difícil interrumpir su palabrería. La fuga de ideas es discreta, es decir, las asociaciones son superficiales y se realizan algunas veces por asonancia. El deseo sexual generalmente está aumentado.

2. MANIA AGUDA La forma de inicio es brusca. El enfermo presenta todos los síntomas que hemos descrito en la hipomanía pero aumentados en severidad. Presenta gran euforia, ideas delirantes de grandeza, aunque no sistematizadas. Su atención se encuentra gravemente alterada, el paciente se encuentra absorto en sus pensamientos que son ideas delirantes, por lo general el tipo grandioso. El enfermo se considera un genio o una persona con dotes muy especiales.

La actividad mental y corporal son tremendas; ríe y grita en forma estrepitosa e injustificada; es frecuente que los enfermos maníacos destruyan los muebles, rompan o desgarran la ropa, interfieran con todo el mundo, sin dar la menor muestra de cansancio, a pesar que generalmente comen y beben poco. Su juicio está seriamente dañado y tiene numerosos conflictos con la familia, compañeros de trabajo o la policía. El maniaco agudo por lo común baila, canta, es obsceno, indecente, sin pudor, licencioso, picante, picaresco, pornográfico, erótico, impúdico, lujurioso, promiscuo. No permite que le interrumpan; y si alguien lo intenta, se irrita y mallrata a quienes le rodean, manifestando gran inquietud motora, usa frases grotescas y externando intensas carcajadas. El curso del pensamiento es rapidísimo e ilógico, con rimas, asociaciones de palabras y juego con las mismas, tomando cuenta el sonido, más que el significado. Es decir, piensa más en la fonética de las palabras, que en el significado de éstas. Los estímulos ambientales con frecuencia cambian el curso del pensamiento y ocasionan la fuga de ideas. El curso del pensamiento es desviado por estímulos externos, por lo intensamente distraible que se encuentra el enfermo; en forma demasiado rápida el paciente altera su lengua por la enorme reseptibilidad sensorial que tiene y la debilidad de su atención. Al dar más importancia al sonido que al significado de las palabras, el maniaco cambia constantemente el significado de ésta y por lo tanto, altera el discurso por asociaciones asonánticas. Es decir, pierde su meta, "y se extravía por caminos laterales". Es frecuente la coprolalia, el enfermo emplea un lenguaje grosero y algunas veces obsceno. El maniaco agudo siempre es hiperactivo, duerme poco, es frecuente que se lesione. En ocasiones es violento y agresivo, principalmente cuando se interfieren sus deseos y caprichos. Su buen humor puede cambiar en forma brusca por ira y deseos de pelear.

3. MANIA CON IDEAS DELIRANTES. Se caracteriza por alegría, que puede cambiar a lágrimas. Hiperactividad, inquietud. El paciente es intrigante, curioso, entrometido. La percepción se encuentra alterada; son frecuentes las ilusiones; las alucinaciones auditivas y visuales son ocasionales. Las ideas delirantes consisten fundamentalmente en ideas de grandeza con evidente oposición a la realidad, pero acompañadas de una convicción inquebrantable por parte del enfermo. El enfermo se atribuye riquezas, poderes divinos o bien se considera un personaje de política o del mundo artístico. La excitación, generalmente, no es muy intensa y más bien su hiperactividad se manifiesta por cantos, discursos, sermones, juegos, etc.

4. MANIA CON DELIRIO. El principio es muy brusco. La agitación psicomotora es intensa y progresiva. La ansiedad alucinatoria es muy activa. El enfermo no duerme. Posteriormente, uno o dos días después, se presentan las alteraciones de la conciencia: se alteran las funciones intelectuales, en especial la orientación en el tiempo, hay confusión, los estímulos sensoriales son percibidos con dificultad; para hacer que el enfermo comprenda una pregunta, es necesario sacudirlo y levantar mucho la voz; el enfermo piensa sin claridad y con lentitud; su atención es vaga y capta el ambiente en forma incompleta e inexacta; hay ansiedad, temor o en ocasiones, pánico intenso o labilidad emocional; se producen ilusiones, alucinaciones e ideas delirantes y la deshidratación es rápida. Existe amnesia subsecuente, casi total, en la mayoría de los casos. La actividad psicomotora es cambiante en esta etapa: puede presentar excitación o bien estupor con expresión facial fija, la mirada no traduce ninguna reacción intelectual ni afectiva hay inmovilidad; en ocasiones negativismo y prevalece resistencia a tomar alimentos. Es decir, puede haber cambios de la excitación al estupor.

#### PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA, TIPO DEPRESIVO (Depresión Monopolar)

La depresión, debe ser considerada como un síndrome y representa uno de los modos de reacción fundamental y frecuente de la persona humana (Caso, 1971).

El síndrome depresivo se caracteriza por los siguientes síntomas primarios; 1) Humor esencialmente depresivo. 2) Dificultad para pensar (inhibición de la ideación). 3) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o agitación. 4) Trastornos somáticos, ideas delirantes y tendencia a las remisiones y recurrencias.

1. HUMOR DEPRESIVO. El enfermo se siente triste, deprimido, sombrío. En ocasiones abrumado por la tristeza y la desesperanza. Es frecuente que tenga ideas de acabar con su vida. Tiene falta de esperanza en el futuro y acentuado pesimismo; puede mostrarse angustiado o indiferente.

4. MANIA CON DELIRIO. El principio es muy brusco. La agitación psicomotora es intensa y progresiva. La ansiedad alucinatoria es muy activa. El enfermo no duerme. Posteriormente, uno o dos días después, se presentan las alteraciones de la conciencia: se alteran las funciones intelectuales, en especial la orientación en el tiempo, hay confusión, los estímulos sensoriales son percibidos con dificultad; para hacer que el enfermo comprenda una pregunta, es necesario sacudirlo y levantar mucho la voz; el enfermo piensa sin claridad y con lentitud; su atención es vaga y capta el ambiente en forma incompleta e inexacta; hay ansiedad, temor o en ocasiones, pánico intenso o labilidad emocional; se producen ilusiones, alucinaciones e ideas delirantes y la deshidratación es rápida. Existe amnesia subsecuente, casi total, en la mayoría de los casos. La actividad psicomotora es cambiante en esta etapa: puede presentar excitación o bien estupor con expresión facial fija, la mirada no traduce ninguna reacción intelectual ni afectiva hay inmovilidad; en ocasiones negativismo y prevalece resistencia a tomar alimentos. Es decir, puede haber cambios de la excitación al estupor.

#### PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA, TIPO DEPRESIVO (Depresión Monopolar)

La depresión, debe ser considerada como un síndrome y representa uno de los modos de reacción fundamental y frecuente de la persona humana (Caso, 1971).

El síndrome depresivo se caracteriza por los siguientes síntomas primarios; 1) Humor esencialmente depresivo. 2) Dificultad para pensar (inhibición de la ideación). 3) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o agitación. 4) Trastornos somáticos, ideas delirantes y tendencia a las remisiones y recurrencias.

1. HUMOR DEPRESIVO. El enfermo se siente triste, deprimido, sombrío. En ocasiones abrumado por la tristeza y la desesperanza. Es frecuente que tenga ideas de acabar con su vida. Tiene falta de esperanza en el futuro y acentuado pesimismo; puede mostrarse angustiado o indiferente.

El enfermo se siente solo, llora con facilidad. El mismo dice que ha perdido el interés y el entusiasmo. Es fácil observar en ellos que han perdido la capacidad de sentir placer por algo; en su vida no puede encontrar nada bueno en el pasado, el presente o el futuro. Es incapaz de divertirse.

2. DIFICULTAD PARA PENSAR. La ideación es pobre, inhibida, la indecisión domina el pensamiento y provoca ansiedad. Son frecuentes los pensamientos obsesivos de tipo egocéntrico. Los enfermos se quejan de dificultad para concentrarse, al ver un simple programa de televisión, o leer un periódico. No puede retener lo visto, oído o leído.

3. RETARDO PSICOMOTOR. La iniciativa se encuentra inhibida. Los enfermos ejecutan los movimientos con lentitud. Se cansan fácilmente, salen poco de casa y cuando lo hacen es en forma forzada. Muchas veces dejan de trabajar. Hablan en voz lenta, en ocasiones con monosílabos. Otros hablan únicamente de sus molestias, siempre con su voz quejumbrosa. Algunas veces se presenta agitación psicomotriz.

4. TRASTORNOS SOMATICOS. Son diversos, pero los principales son dos: trastornos del sueño y trastornos del apetito. Los enfermos tienen dificultad para conciliar el sueño, despiertan temprano, en ocasiones despiertan a las pocas horas de haber dormido y tienen gran dificultad para conciliar el sueño otra vez.

El apetito se altera, generalmente se pierde; la inapetencia le lleva al enfermo a una notable pérdida de peso, pero en ocasiones puede haber bulimia y gran aumento de peso. Son también frecuentes, las cefaleas, trastornos reumatoides, dolores en los miembros, las articulaciones, la nuca, etc., palpitaciones, bradicardia, taquicardia, trastornos respiratorios, sensaciones de ahogo y de opresión, trastornos digestivos, sequedad de la boca, sensación de represión gástrica, náusea constipación, trastornos menstruales, pérdida de la libido, impotencia, etc. Por lo general, los enfermos indican que la mañana es el peor momento de la jornada, que todo les cuesta trabajo, que han perdido el interés y que, presos de gran indecisión, han perdido la ambición, desean morir.

Las ideas delirantes, cuando se presentan, están subordinadas al humor de el paciente. Son muy frecuentes las fases depresivas de la psicosis maniacodepresiva; son de tipo hipocondríaco, de pobreza, de culpa. Los enfermos se sienten responsables de la desgracia de sus familiares, aun cuando tengan con qué vivir piensan que pronto estarán en la miseria. Sienten que han cometido pecado imperdonable. Por lo común, la gran intranquilidad interna que provocan las ideas delirantes producen agitación psicomotora.

Kraepelin (1921), según la severidad del cuadro depresivo, describió los siguientes grupos:

#### CUADRO DEPRESIVO

1. Melancolía simple. Se caracteriza por tristeza profunda, fobias, sentimientos de culpa, escepticismo, insomnio, pérdida de peso, inapetencia, etc.

2. Forma estuporosa. En este tipo las actividades físicas y mentales están reducidas al mínimo. El enfermo tiene dificultad para captar lo que se le dice o pregunta. Puede permanecer mudo en la cama, la expresión facial es fija, la mirada no traduce ninguna reacción intelectual ni afectiva, prevalece resistencia a tomar alimentos, cuerpo encorvado e inmóvil; frente arrugada, mirada fija y hacia abajo, pérdida de interés, actividad psicomotora muy retardada o ausente.

3. Melancolía grave. En la que el enfermo se encuentra alucinado, por ejemplo, puede ver "los espíritus de sus familiares". Presenta tremendas ideas de pecado. En ocasiones, tiene ideas delirantes de persecución. Los trastornos somáticos son graves y generalmente se acompañan de tremendas ideas hipocondríacas.

4. Melancolía paranoide. Se caracteriza por alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución. Los enfermos se sienten vigilados. Se quejan de prejuicios morales. Sus pensamientos y sentimientos son tenebrosos, sombríos, oscuros, francamente depresivos.

5. Melancolía fantástica. Caracterizada por numerosas ideas delirantes y alucinaciones de tipo fantástico: apariciones sobrenaturales, fantasías irrealizables, espectros; se acompañan de sentimientos de culpa e ideas delirantes de tipo hipocondríaco graves, por ejemplo, de que alguna parte de su cuerpo está deteriorada, destruida, irreparable. La conciencia en este tipo de depresión generalmente está alterada. De no mediar un tratamiento adecuado la evolución es habitualmente mala.

6. Melancolía con delirio. En esta forma la conciencia por lo general está gravemente alterada. El enfermo experimenta numerosas y terroríficas alucinaciones, puede estar mudo e inaccesible y al igual que en la forma anterior, el tratamiento debe ser inmediato para evitar una evolución desastrosa que termine en la muerte.

#### PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO CIRCULAR

Este tipo de psicosis incluye casos que han presentado formas maniacas y depresivas, ya sea alternadas o separadas por un intervalo de normalidad. La fase maniaca es menos frecuente que la depresiva.

La enfermedad ha recibido también los nombres de psicosis alternante, psicosis circular, ciclotimia, reacción maniacodepresiva de tipo circular y psicosis afectiva bipolar.

Se ha descrito (Perris, 1966), que en los pacientes con psicosis maniacodepresiva tipo circular, la enfermedad se inicia más tempranamente. En forma especial, si el primer episodio es la manía, acontece en el sexo masculino o si es de depresión en el sexo femenino (caso, 1989).

#### PSICOSIS REACTIVAS

En la psicosis reactivas, se agrupan aquellos trastornos mentales agudos o subagudos, que se presentan de improviso o al cabo de un período de latencia y que pueden atribuirse a una experiencia en la vida.

## CARACTERISTICAS

A este grupo de psicosis pertenecen las designadas por Kraepelin (1921), con el nombre de psicosis de relación. Se caracterizan por:

- a) Ser generalmente de curso breve.
- b) Predominan en ellas síntomas tumultuosos: confusión, excitación, depresión, agitación, síntomas paranoides, agitación angustiosa e incluso síntomas histéricos.
- c) Mejoran especialmente con el cambio de ambiente y psicoterapia; la que debe procurar ayudar al enfermo a mejorar o solucionar la desadaptación creada por la situación causante del trastorno.

## CAUSAS

1. CAUSAS PREDISPONENTES: Causas ambientales (privación cultural), que generalmente provocan un retardo mental discreto; la pobreza y la incultura, que en numerosas ocasiones repercuten en los ciudadanos prenatales, en el consejo genético, en el trauma obstétrico, etc.

Infecciones prenatales (embriopatía rubeólica, sífilis congénita, infecciones bacterianas agudas durante el tercer trimestre, tuberculosis, hepatitis infecciosa, sarampión, meningitis; traumatismos o agentes físicos prenatales como irradiaciones, asfixia fetal subsiguiente a anoxia, anemia o hipotensión maternas); trastornos metabólicos y endocrinos, anormalidades cromosómicas, prematuridad, ausencia de ambiente psicosocial apropiado, etc. Predisposición psicológica, pérdida de los padres a temprana edad, soledad, pérdida del apoyo afectivo en personas inseguras.

2. CAUSAS DESENCADENANTES, infecciones virales, desnutrición, medicamentos; factores ambientales; antecedente inmediato de pérdida de algo amado por el sujeto como alguna persona, dinero, prestigio, salud, etc. El duelo es una de las causas más frecuentes encontradas. La pérdida de un ser querido, padre, madre, cónyuge, hijos, amigos, generalmente provoca diversas alteraciones que pueden ser consideradas como normales durante un lapso de 4 a 6 semanas.

Los síntomas pueden ser: alteraciones somáticas, recuerdo obsesivo del ser querido y que ha desaparecido para siempre, sentimientos de culpa, por no haber evitado la muerte, por no haber sido mejor con la persona que ha muerto, etc.; inquietud, dificultad para efectuar las labores que normalmente se llevaban a cabo en forma rutinaria. (Linderman, 1944). Los cambios de situación en la edad avanzada pueden favorecer o desencadenar una psicosis reactiva. Es frecuente que las personas de edad presenten síntomas depresivos: insomnio, pérdida de interés, disminución de la concentración, se retiran de la sociedad, hipocondriasis, etc.

Estudios realizados en México muestran que las psicosis reactivas son más frecuentes que la psicosis maniaco-depresivas, principalmente en las mujeres.

## SINTOMAS

Las psicosis reactivas pueden manifestarse por diversos síntomas, pero siempre aparentemente provocados por estrés aflictivo.

## TIPOS DE PSICOSIS REACTIVAS

### 1. LA PSICOSIS REACTIVO-DEPRESIVA O REACCIÓN DEPRESIVA PSICÓTICA

Se caracteriza por un síndrome depresivo: humor esencialmente depresivo, dificultad para pensar, retardo psicomotor, inhibición de la iniciativa o agitación y alucinaciones (auditivas y visuales) e ideas delirantes principalmente depresivas, de culpa y de prejuicio. Son frecuentes los trastornos somáticos: la pérdida de apetito y el insomnio. También se observan a menudo: pérdida de peso, angustia, dolores en los miembros, articulaciones y nuca, disnea, taquicardia, trastornos digestivos, sequedad de boca, trastornos menstruales, pérdida de la libido, impotencia, etc.

La reacción depresiva psicótica difiere de la psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo en:

- a) falta de antecedentes de depresiones repetidas o de acentuadas oscilaciones ciclotímicas del talante;
- b) frecuencia grande de factores precipitantes (estrés aflictivo).

## 2. LA EXCITACION REACTIVA

Es una psicosis muy semejante al tipo maniaco de la psicosis maniacodepresiva, pero causada por tensión emocional. La elación, al igual que en la manía aguda, es particular, existe excitación emotiva, caracterizada por mayor actividad mental y corporal. Verborrea que se acompaña de abundancia de palabras, generalmente inútiles. La fuga de ideas es grande. Se presenta euforia y se acompaña generalmente de ideas delirantes de grandeza. En muchas ocasiones el enfermo baila, canta, ríe, tutea, usa frases grotescas. Manifiesta gran inquietud motora, molesta, insulta. El curso del pensamiento es rápido e ilógico. Los estímulos ambientales, con frecuencia cambian el curso del pensamiento. Es frecuente encontrar al enfermo agresivo y violento, principalmente cuando se interfiere con sus deseos y absurdos caprichos. La agitación psicomotora puede ser intensa y progresiva.

## 3. LA CONFUSION REACTIVA

Es una psicosis que se caracteriza por expresión facial de sorpresa y extravío; la mente del enfermo no es clara; los estímulos sensoriales son percibidos con dificultad (umbral de percepción aumentado); el enfermo piensa sin claridad y lentamente; la atención del enfermo es vaga y capta el ambiente en forma incompleta e inexacta; la reflexión y el juicio se hacen imposibles o son incompletos y engendran bosquejos inconexos y desordenados; prevalece disolución más o menos completa de la conciencia y hay desorientación.

Únicamente se hará el diagnóstico de confusión mental reactiva, cuando la psicosis sea manifiestamente provocada por tensión emocional.

La confusión es un síndrome que puede ser causado por agentes tóxicos, infecciones o traumatismos; también puede presentarse en la histeria, en el tipo disociativo y en enfermos epilépticos. Es de subrayar que en la actualidad, se observa frecuentemente la confusión mental provocada por drogas.

#### 4. LA PSICOSIS PARANOIDE AGUDA

Es una psicosis de duración breve y aparición súbita, favorecida por factores desencadenantes, tensiones emocionales que el enfermo interpreta erróneamente como un ataque personal o una amenaza. Se observa como reacción a un ambiente extraño, principalmente en prisioneros e inmigrantes. Se manifiesta en especial por alucinaciones auditivas, ideas delirantes de referencia, perjuicio, grandeza, trastornos de conducta, interpretaciones e ilusiones. Se le conoce también con el nombre de bouffé délirante.

#### 5. LA PSICOSIS REACTIVA NO ESPECIFICADA

También se le conoce como psicosis psicógena; es una psicosis causada por tensión emocional que se pone de manifiesto por diversos síntomas: alucinaciones auditivas y visuales, algunas veces ideas delirantes discretas de perjuicio, referencia y grandeza, ideas depresivas, trastornos de conducta, etc. (Caso, 1989).

Se han realizado varias investigaciones en México, acerca de las psicosis reactivas. En la investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez", de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre los años 1967 a 1974, se encontró que un gran porcentaje de pacientes estudiados, eran mujeres, mientras que se registró un menor porcentaje en hombres estudiados (Caso, 1989).

## RETARDO MENTAL

### CONCEPTO

El retardo mental o deficiencia mental consiste, esencialmente, en una déficit intelectual que se origina y se manifiesta durante el periodo de desarrollo. Está caracterizado por dificultad en el aprendizaje e inadecuada adaptación social y, en ocasiones, por ambos.

Según la edad el retardo mental se hace aparente: antes de la edad escolar porque el niño muestra atraso en caminar, hablar, comer solo, en fin, en ser útil a sí mismo; cuando el niño crece tiene dificultades para aprender y en la vida adulta es incapaz de ser independiente. La incapacidad está en relación con el ambiente y el déficit intelectual.

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental define a la deficiencia mental como todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general, que se origina durante el periodo de desarrollo, asociado con la alteración de la conducta de adaptación. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la deficiencia mental consiste en 2 categorías: 1)- la debida a causas ambientales sin alteración del SNC (retardo mental) y 2)- la debida a padecimientos del SNC (deficiencia mental), (Solomon- Patch, 1976).

### CAUSAS PRINCIPALES

Se encuentran varios factores en la etiología tan variada del retardo mental. Ciertas enfermedades maternas, oblétricas o fetales o trastornos al igual que factores genéticos desempeñan la parte más importante.

Hoy día sabemos que el retardo mental, la microcefalia, algunas lesiones del corazón, la sordera y las cataratas pueden ser causadas por la rubeola materna, durante los tres primeros meses del embarazo. Cuando la madre adquiere la enfermedad en el primer trimestre del embarazo, el 15% de los casos terminan en abortos espontáneos y muchos otros productos nacen con defectos. También han sido observados serios trastornos neurológicos en los niños infectados después del primer trimestre. Otro trastorno es la sordera que es causada por un desarrollo defectuoso del órgano de Corti. El momento más crítico del desarrollo de la vía coclear (auditiva). La rubeola causa tremendas lesiones del sistema nervioso del feto en el 81% de los casos. El déficit mental puede ser a veces el único signo de la enfermedad; (caso, 1989).

## CLASIFICACION DEL RETARDO MENTAL

Afortunadamente los conceptos previos de deficiencia retardo mental en términos de entidades diagnósticas basadas en impresiones clínicas y observaciones empíricas han sido descartadas. Los términos "cretino", "loco", "imbécil" e "idiota" ya no son muy usuales y en la actualidad pueden ser confusos.

La deficiencia o retardo mental no se clasifican por su causa sino por el grado de déficit intelectual. Según el DSM-III, 1986, los clasifica en subtipos, y menciona que hay cuatro subtipos, que reflejan el grado de déficit intelectual y son los siguientes:

Subtipos de retraso mental	Valores del CI (intervalos)
Leve	50-70
Moderado	35-49
Grave	20-34
Profundo	inferior a 20

### RETARDO MENTAL LEVE

El retraso mental leve es equivalente a la categoría pedagógica de "educable". Este grupo reúne a un amplio segmento de la población afectada por este trastorno (al rededor del 80%). Los individuos con este nivel de retraso mental pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar (edad de 0 a 5 años). Tienen un mínimo deterioro en las áreas sensoriomotoras, que a menudo no se distingue del desarrollo de los niños normales hasta una edad más avanzada. Los adolescentes que padecen este tipo de retraso pueden aprender habilidades académicas hasta el nivel de sexto curso y, durante la etapa adulta, pueden adquirir fácilmente habilidades sociales y laborales adecuadas para una independencia mínima. No obstante pueden necesitar orientación y asistencia cuando se encuentren sometidos temporalmente a situaciones de estrés social o económico.

## RETARDO MENTAL MODERADO

El retraso mental moderado equivale a la categoría pedagógica de "modificable". Este grupo reúne al 12% de la población afectada de retraso mental. Los que tienen este nivel de retraso mental durante el período preescolar pueden conversar o aprender a comunicarse, pero su grado de atención hacia las normas sociales es pobre.- Pueden beneficiarse del entrenamiento laboral, e incluso pueden valerse por sí mismas con una adecuada supervisión. Durante la etapa escolar pueden aprovechar el entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales, pero resulta improbable que progresen más allá de segundo curso en lo relacionado a temas académicos. Pueden aprender a viajar solos en los lugares que le son familiares. Durante la etapa adulta pueden ser capaces de contribuir a su propio mantenimiento, realizando un trabajo semiespecializado, bajo una estrecha supervisión en talleres protegidos. Necesitan de orientación y supervisión cuando se encuentran bajo un ligero estrés social o económico.

## RETARDO MENTAL GRAVE

Este grupo reúne el 7% de la población con retraso mental. Durante la etapa preescolar hay pruebas de un desarrollo motor pobre y de una expresión mínima del lenguaje y, por tanto, desarrollan poco o nada del lenguaje comunicacional. Durante el período escolar, pueden aprender a conversar y pueden ser encaminados a desarrollar los hábitos básicos de higiene. Generalmente, son incapaces de aprovecharse del entrenamiento laboral. Durante la fase adulta pueden ser capaces de realizar tareas simples bajo una estrecha supervisión.

## RETARSO MENTAL PROFUNDO

Este grupo reúne a menos del 1% de la población de individuos con retraso mental. Durante el período preescolar estos niños muestran una mínima capacidad para el funcionamiento sensoriomotor. Requieren de un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constante.

## RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICAR

Esta categoría debería utilizarse cuando hay una fuerte sospecha de retraso mental, aunque no sea detectable a través de los tests de inteligencia convencionales. Este puede ser el caso de los niños, adolescentes o adultos con un deterioro importante o que son poco cooperadores para ser evaluados. En el caso de los niños más pequeños, los tests disponibles como el Bayley, Cattell y otros, no admiten valores numéricos del CI, por lo que estos casos pueden incluirse aquí cuando haya un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio. En general, cuando más joven es el individuo, más difícil resulta hacer un diagnóstico de retraso mental, excepto en aquellos casos de profundo deterioro.

## TOXICOMANIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL

El abuso de las drogas es un grave problema que nuestra sociedad debe tratar de resolver. Es cierto que en nuestro país es menos grave que en otros, pero no por esto debemos ignorar los diversos factores que han intervenido hasta el momento, al incremento del consumo de las drogas capaces de originar dependencia. Con todo fenómeno social, el de la farmacodependencia es complejo, ya que intervienen diversas energías: físicas, químicas, biológicas y psicológicas.

El problema social de la farmacodependencia va íntimamente ligado al de la adolescencia pues un gran número de jóvenes están insatisfechos con el mundo en que viven y esto les lleva al hedonismo, a la búsqueda de los sentimientos agradables y a la huida de los desagradables. El adolescente de nuestra época, además de tener que ajustarse a una serie de cambios, propios de su edad, tiene otros inherentes a nuestro tiempo. Uno de ellos es la independencia. Los adolescentes contemporáneos parecen ser menos conservadores que sus padres y más francos y sinceros.

A la juventud es fácil corromperle. Al margen de la ley existe una multitud de traficantes adultos, deseosos de hacer grandes negocios al vender las drogas. A la juventud, es difícil enseñarle a adquirir experiencia a través del estudio y del esfuerzo personal. La ausencia de esa enseñanza es la principal causa de la inquietud y desintegración de la juventud (Caso, 1989).

En la actualidad se sabe, por diversos estudios realizados en nuestro país, del incremento en el problema de la dependencia a las drogas, particularmente entre los jóvenes. En los últimos años ha aumentado el abuso de marihuana, inhalantes, barbitúricos y drogas alucinantes entre los jóvenes mexicanos: de 10 a 15 % de estudiantes de secundaria del Distrito Federal, utilizan una o varias drogas; en la Universidad Nacional 10.45 utilizan marihuana, el 10.7 solventes inhalados, 10 % anfetaminas, el 9 % barbitúricos y el 2.4 % diversas drogas alucinantes (De La Fuente R., 1972).

## DEFINICIONES

Antes de iniciar el estudio de la dependencia a las drogas, trataremos de precisar algunos términos.

La farmacodependencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1969 es "el estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprende un impulso irreprímible a tomar fármacos en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".

Por abuso, debe entenderse a la automedicación de drogas, por individuos que las han obtenido de manera ilícita o tomadas sin supervisión médica y sin ninguna sanción de la sociedad.

Las drogas, se definen como sustancias que, introducidas al organismo vivo, pueden modificar una o más de sus funciones, no necesariamente con fines terapéuticos.

Los medicamentos, son agentes o sustancias, simples o compuestas, que se administran siempre con objeto terapéutico, es decir, en beneficio del individuo.

El término habituación, frecuentemente empleado al hablar de farmacodependencia, significa aumento de la tolerancia a una droga, cuando es desarrollada por su administración repetida. es equivalente al de dependencia psíquica, es decir, se refiere al uso compulsivo de la droga, sin desarrollo de dependencia física, pero que implica un serio peligro para el individuo (O.M.S., 1966).

El término dependencia física, desde el punto de vista farmacológico (equivalente al de adicción), consiste en un estado de adaptación biológica, que cuando se suspende bruscamente la droga (síndrome de abstinencia) se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos.

A continuación se mencionan algunas de las drogas más frecuentes que se encuentran asociadas a la enfermedad mental.

#### MARIGUANA (CANNABIS)

La marihuana es una planta conocida como cañamo de la India, su nombre científico es *Cannabis sativa*. También se le conoce entre los jóvenes farmacodependientes como: "yerba", "yesca", "mota", "pasto", "de la verde", "grifa", "piloncillo", "Atizapan".

El principio activo de la marihuana o sustancia responsable se llama tetrahidrocannabinol y en las flores es donde se encuentra más concentrada. En las hojas es menor la concentración (caso, 1968).

## EFFECTOS FARMACOLOGICOS EN EL HOMBRE

Las reacciones que provoca la marihuana dependen del adicto y del ambiente en que se encuentre, de las dosis y el tipo de la droga consumida, señalaremos los principales efectos que se han observado.

Los efectos físicos que siguen al consumo de un cigarrillo de marihuana son: los ojos se inyectan (congestión vascular de la conjuntiva); el pulso se acelera; sequedad de la boca; tos (su uso crónico puede producir enfisema); somnolencia; mucho apetito, especialmente para los dulces; mareo, náusea y ocasionalmente vómito. No se presentan cambios en la frecuencia respiratoria, en el tamaño de las pupilas y en los reflejos osteotendinosos.

Los efectos subjetivos de la droga son: El pensamiento se vuelve confuso y semejante al de los sueños; es decir, el sujeto sufre de un delirio onírico, sobre un fondo confusional; el adicto vive en estado de vigilia escenas animadas como las que surgen en el sueño; este delirio les lleva a creer "que piensan mejor", o "que captan más la música; la percepción del tiempo se altera, presentan distorsión del espacio y la perspectiva; los objetos cercanos pueden aparecer como distantes. Cuando las dosis son altas y la marihuana potente, el sujeto presenta alucinaciones; percibe colores muy vivos que, generalmente describe como "muy bonitos" o "muy bellos". Existen, por lo general, grandes alteraciones del talante. Los más frecuentes es que los sujetos se sientan extraordinariamente bien: estados de alegría, de júbilo, de regocijo, de gozo, hilarante, con explosiones súbitas de risa (principalmente cuando el adicto se encuentra en un grupo de intoxicados por marihuana); en muchas ocasiones, a este estado de euforia, le sigue el de la depresión. Cuando el sujeto se encuentra solo, es frecuente que esté quieto y somnoliento.

Algunos jóvenes han reportado que durante la intoxicación con marihuana los domina un estado de temor. Cuando se inhalan grandes dosis son frecuentes los estados de pánico, así como las ilusiones.

La marihuana puede provocar psicosis tóxicas muy severas, caracterizadas por pánico, ideas delirantes de persecución, cambios profundos de la personalidad (despersonalización, disminución de la conciencia, pérdida de la conciencia de identidad y disminución de las costumbres adquiridas social y culturalmente). El porcentaje de enfermos con psicosis tóxicas provocadas por marihuana es alto.

La marihuana, como otros alucinógenos, es peligrosa para la sociedad ya que está ampliamente demostrado que provoca disminución de la productividad, pérdida del sentido de responsabilidad, alejamiento de la realidad e inducción a usar drogas más potentes. Un estudio doble ciego ha demostrado que la marihuana provoca en los no adictos a esta droga disminución en la eficacia de la realización de las pruebas de inteligencia y psicomotoras (Weil, 1969). La droga afecta el desarrollo de la personalidad del joven. Desgraciadamente es fácil conseguirla en México, en donde se produce y se trafica con ella en abundancia.

#### DROGAS ESTIMULANTES

Una droga debe de ser considerada como estimulante cuando produce cualesquiera de las siguientes reacciones:

- Amplía el estado de vigilia
- Provoca: anorexia, elación, altíves, soberbia, euforia, insomnio, irritabilidad, aprensión, ansiedad, agitación.
- Provoca: fuga de ideas, verborrea, hipomanía o delirios transitorios.
- Provoca: psicosis tóxica.

Clasificación de las drogas estimulantes.

#### ANFETAMINAS:

Sulfato de anfetamina	(Benzedrina (R))
Fosfato de anfetamina	(Rafetamina (R))
Dextroanfetamina	(Dexedrina (R))
Matanfetamina	(Desbutal, (R) Ambar (R))

A las drogas estimulantes se les usa en las depresiones discretas, en la narcolepsia, en los síndromes de hiperactividad infantil asociados a daño cerebral mínimo, para provocar anorexia, para prolongar el estado de vigilia y hasta hace pocos años eran de las drogas más empleadas en la juventud por sus efectos euforizantes. Las aminas simpatomiméticas producen estimulación de la actividad que va seguida de depresión cortical y el resultado final es el agravamiento de las reacciones depresivas. Las dosis moderadas de anfetaminas en las personas normales provocan, generalmente, discreta elevación del talante, aumento del estado de alerta y de la energía y disminución del apetito. Cuando las dosis son elevadas los estimulantes provocados efectos indeseables (caso, 1989).

#### DEPENDENCIA A LAS ANFETAMINAS

El abuso de las anfetaminas (automedicación de drogas, por individuos que las han obtenido de manera ilícita o tomadas sin supervisión médica y sin ninguna sanción de la sociedad) siempre va asociado a la habituación (aumento de la tolerancia o dependencia psíquica), es decir, al uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física intensa. Sin embargo, cuando el individuo suspende bruscamente la ingestión de anfetaminas desarrolla depresión. La tolerancia (disminución de la efectividad con el uso repetido de la droga) es muy intensa con las anfetaminas, al igual que la tolerancia hacia la morfina.

Generalmente, la dependencia a las anfetaminas se inicia en la juventud, los principales motivos que han sido mencionados son: por ansiedad y depresión; por prescripción médica, a sujetos con personalidad sociopática; por "necesidad", por el tipo de trabajo (para no dormir durante la noche y ampliar los periodos de vigilia); por sentirse deprimido e ir en busca de una euforia, que su personalidad no es capaz de proporcionarle; por influencia de los amigos o del ambiente; por ir en busca de sensaciones espectaculares (vía parenteral) o bien en la iniciación de una enfermedad mental, que con frecuencia es esquizofrenia.

Las anfetaminas provocan a menudo un cuadro psicótico parecido al de la esquizofrenia del tipo paranoide y con menos frecuencia, psicosis de tipo maniaco, que pueden ser difíciles de distinguir de dichas enfermedades. El diagnóstico puede establecerse con seguridad por la presencia de anfetaminas en la orina, examen que en la mayoría de los hospitales no se practica.

#### SINTOMAS DE LA DEPENDENCIA A LAS ANFETAMINAS

El principio es insidioso, el enfermo pierde peso y se le observa nervioso, inquieto; presenta taquicardia, palpitaciones; insomnio pertinaz, el que trata frecuentemente de corregir con el abuso de barbitúricos u otros sedantes. El cuadro psicótico es siempre de tipo paranoide, pero en algunos casos existen elementos confusionales (Palavicini, 1960). Al enfermo se le observa irritable y con grave suspicacia y muy a menudo, agresivo. En otros casos, cuando el enfermo padece de esquizofrenia, sufre una exacerbación de los síntomas.

La gran sobreactividad provocada por las anfetaminas, la exaltación de la personalidad y las ideas de persecución más o menos fundadas, les lleva a cometer a estos enfermos actos delictivos.

Las anfetaminas provocan diversas alteraciones sexuales: exaltación; retardo en la eyaculación durante largos periodos (algunos toxicómanos los emplean especialmente con este objeto); impotencia y disminución del deseo sexual; exhibicionismo, aumento de la masturbación, etc.

El uso de las anfetaminas por vía endovenosa en altas dosis, provoca en general severas reacciones psicóticas agudas y en una tercera parte de los casos se observan déficits de la memoria y disminución del poder de concentración. Los adictos a la anfetamina intravenosa son "hippies", neuróticos de clase media y adictos a la heroína. La mayoría de los enfermos que abusan de la anfetamina, consumen también grandes cantidades de barbitúricos y de alcohol (Caso, 1968).

## DROGAS DEPRESORAS

Una droga debe ser considerada como depresora sobre el sistema nervioso central cuando produce cualesquiera de los siguientes efectos: tiene un efecto calmante, es decir, mejora los estados de tensión emocional o de ansiedad; puede provocar, dependiendo de la dosis que se emplee: sedación, somnolencia, sueño, estupor, anestesia general o coma.

Eleva el umbral del dolor y deprime el estado de ánimo o talante; provoca una pérdida de la agilidad mental.

A las drogas depresoras se les clasifica para su estudio en dos grandes grupos: (Caso, 1989).

1. Hipnóticas
2. Sedantes.

### 1. HIPNOTICAS

Es conveniente clasificarlas en A) barbitúricos y B) no barbitúricos.

#### A) Barbitúricos

Los barbitúricos fueron de gran utilidad, durante toda la primera mitad de este siglo, para disminuir la actividad espontánea, cuando el reposo era aconsejable; para el alivio sintomático de la angustia; para inducir o estimular el sueño; en la anestesia y preanestesia y como anticonvulsivos. Los barbitúricos y sus sales sódicas siguen siendo de gran utilidad, como anticonvulsivos y para el tratamiento del estado de mal epiléptico. Su principal inconveniente es que crean dependencia.

## SINTOMAS Y SIGNOS DEL ABUSO

Al igual que el alcohol los barbitúricos provocan dependencia psíquica, física y tolerancia.

Tanto el abuso agudo como el crónico de los barbitúricos recuerdan el cuadro de la intoxicación por alcohol.

El sujeto que ha abusado de barbitúricos muestra: pereza, dificultad para pensar, palabra lenta, prolongación en el tiempo de reacción, disminución de la capacidad intelectual, labilidad emocional, memoria pobre, disminución de la atención, exageración de los rasgos básicos de la personalidad. Es frecuente que el enfermo presente morosidad, lentitud. Algunos enfermos se tornan irritables y pendencieros y otros pueden presentar crisis de llanto y risa sin provocación alguna. Los signos tóxicos resultantes de una dosis excesiva de barbitúricos son: ataxia, nistagmo, dificultad de acomodación y vértigo. Los reflejos osteotendinosos, las respuestas pupilares y la sensibilidad no se alteran.

#### B) Hipnóticos no barbitúricos

De los hipnóticos no barbitúricos, producen un efecto sedante magnífico, sin producir farmacodependencia.

## 2. SEDANTES

Debe considerarse que una droga es sedante cuando tiene las siguientes características: 1) controla la angustia, 2) no afecta otras emociones, como el temor, 3) no altera el estado de alerta, 4) no altera la habilidad física y mental y 5) no provoca dependencia. El meprobamato es un buen sedante y es eficaz para promover el sueño; farmacológicamente es algo similar a los barbitúricos, en particular el fenobarbital, pero de acción más corta (Domino, 1962). Los estudios sobre los efectos del meprobamato en relación a la dependencia física y a los síntomas de supresión en el hombre han demostrado: fenómenos de tolerancia y de supresión. El síndrome típico de la supresión en el hombre consiste en: insomnio, vómito, temblores sacudidas musculares, ansiedad, anorexia y ataxia; en ocasiones alucinaciones, ansiedad y temblores parecidos a los del delirium tremens y en ocasiones crisis de tipo gran mal (Haizlip, y Ewing, 1958). Las crisis ocurren de 24 a 48 horas después de la última dosis.

Las benzodiazepinas: clordiazepóxido (Librium (R)) y diazepam (Valium (R)). Las benzodiazepinas tienen 5 aplicaciones terapéuticas:

- 1) reducen la ansiedad y la agitación;
- 2) son de utilidad en algunas psicosis alcohólicas;
- 3) por su efecto miorrelajante, son de utilidad en los padecimientos que se acompañan de tensión muscular;
- 4) son de utilidad en los estados convulsivos y,
- 5) algunos son útiles, como hipnóticos.

Se han señalado síntomas de supresión que van desde la agitación y el insomnio hasta crisis convulsivas de tipo gran mal. Con la práctica se ha demostrado que este raro tipo de dependencia mejora con psicoterapia y con la sustitución de la benzodiazepina por antipsicóticos a pequeñas dosis, que son muy efectivas como sedantes.

## SUSTANCIAS INHALANTES

Los productos caseros contiene hidrocarburos volátiles alifáticos y aromáticos, incluyendo benceno, tolueno, xileno, tetracloruro de carbono, cloroformo, acetona, acetato de amilo, alcohol etílico y alcohol isopropílico. Los síntomas que provocan estas sustancias son: ebriedad, discreta euforia, somnolencia, temblores, despreocupación, se perturban el juicio y la percepción de la realidad; es frecuente la ataxia y después cefalea, vómito. Pueden provocar convulsiones y muerte. El problema es que estas sustancias inhalantes son fáciles de conseguir y además baratas. Se ha observado con gran frecuencia verdaderas psicosis tóxicas por dependencia al thinner y al cemento. En las clases económicamente débiles, desgraciadamente, en la Ciudad de México es frecuentemente que se usen las inhalaciones de thinner y de cemento con cierta frecuencia, ya que en forma aislada o en combinaciones nefastas con el alcohol y la marihuana (Caso, 1989):

**INHALANTES:** Productos caseros que pueden producir farmacodependencia.

Cemento

Diversos solventes

Disolventes como Thiner

Líquidos para frenos y encendedores

Gasolina

Líquidos para quitar manchas.

## DROGAS ALUCINOGENAS

Se describirán las drogas alucinógenas de consumo mas frecuente. El uso de las drogas alucinógenas no es nada nuevo. Hoy en día los modernos medios audiovisuales de información han contribuido grandemente a dar a conocer el nombre del LSD 25.

Los primeros en utilizarlas en el tratamiento de las neurosis fueron Busch y Johnson, 1950, quienes encontraron que el LSD25 era especialmente útil para recordar y revivir los eventos "traumáticos del pasado o sucesos de la niñez.

## REACCIONES QUE PROVOCAN LAS DROGAS ALUCINOGENAS

Ahora se mencionaran algunas de las reacciones que provocan las drogas alucinógenas (Caso, 1989).

1. Desorientación respecto al tiempo y al espacio.
2. Pérdida de la conciencia, estados confusionales.
3. "Estados de ensueño", en los que se reviven eventos "traumáticos" del pasado o sucesos de la niñez.
4. Alteraciones de la percepción sensorial, como ilusiones visuales, cenestesia, distorsión del espacio y la perspectiva.
5. Incoordinación motora.
6. Trastornos del talante y la afectividad, por ejemplo, provocan angustia, euforia, hipomanía, éxtasis, autismo.
7. Fugas de ideas, ideas de referencia, disminución de la concentración y de la inteligencia.
8. Trastornos de la personalidad, como despersonalización, disminución de la conciencia, pérdida de la conciencia de identidad.
9. Dependencia psíquica, es decir, uso compulsivo de la droga.
10. Psicosis pasajeras y psicosis crónicas.
11. Puede provocar alteraciones cerebrales orgánicas crónicas.

## EFFECTOS MALIGNOS PROVOCADOS POR EL LSD 25

1. Cambios en la personalidad, los sujetos que la emplean se alejan más de la realidad; un nivel de conciencia más débil y menor responsabilidad.
2. Provoca intentos de suicidio.
3. Provoca ideas delirantes sistematizadas.
4. Reacciones de pánico.
5. Estados alucinatorios persistentes.
6. Descompensación psicótica persistente.
7. Dependencia.

## MESCALINA

La mescalina puede provocar tremendos estados de ansiedad en los enfermos esquizofrénicos.

La mescalina (5mg/kg) en un individuo normal produce: ansiedad, hiperreflexia de los miembros, temblor estático y numerosas alucinaciones.

La embriaguez mescalínica se acompaña de alucinaciones, generalmente visuales, notables por su luminosidad y riqueza de su colorido; consisten en luces coloreadas, figuras geométricas, animales y en ocasiones personas. No hay síndrome de abstinencia y la tolerancia es más lenta en comparación a la provocada por el LSD 25 y la psilocibina.

NARCOTICOS (opio y sus derivados: morfina, codeína, heroína).

### Morfina

Es un alcaloide obtenido del opio y junto con la codeína constituyen los únicos narcóticos importantes del grupo del fenantreno de los alcaloides del opio. El sulfato de morfina es la sal más utilizada en el comercio como analgésico. Como se sabe es un excelente remedio para cualquier tipo de dolor: aumenta el umbral y altera la reacción hacia éste. Deprime el centro respiratorio, el que se vuelve tolerante en los morfínómanos. Retiene el bióxido de carbono y aumenta la presión intercraneal. En algunas personas provocan excitación y vómito.

Provoca miosis; intenso estreñimiento; tiene una acción constrictoria sobre las fibras lisas de las vías biliares. Tienen también un efecto constrictor sobre el músculo liso bronquial (algunos asmáticos han muerto, después de una inyección de morfina). Provoca intensa dependencia psíquica y física. Síndrome de abstinencia: lagrimeo, rinorrea, bostezo y sudor y como a las 13 horas sueño inquieto; posteriormente: carne de gallina, pupilas dilatadas, agitación y temblores; más tarde, es común observar: debilidad, insomnio, escalofríos, calambres, vómitos, diarrea, dolores musculares, sudación intensa, etc. La tolerancia que provoca la morfina es muy marcada (De La Fuente, 1972).

#### Codeína

La metilmorfina o codeína, se le ha empleado como antitusivo y analgésico durante muchos años.

Es frecuente que los farmacodependientes encuentren la codeína en los medicamentos que la contienen: jarabes o tabletas para la tos o el dolor; con frecuencia se trata de Endocodan o Hicodan. La codeína produce una tolerancia mucho más lenta y causa menos dependencia que la morfina.

#### Heroína

La diacetilmorfina o heroína es euforizante y analgésica. Los efectos psicofisiológicos de la heroína son similares a los de la morfina, pero más intensos.

La privación es muy intensa, incluso llega a la psicosis. La deshabitación es muy difícil. Los heroínómanos son en extremo ingeniosos para agenciarse la droga, muchos por este motivo terminan en traficantes.

## ALCOHOLISMO

### DEFINICION

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol, es tal cantidad, que va en pérdida o daño de su salud o de sus funciones sociales o cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento sociocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, con su lugar en la sociedad o con su ajuste económico.

### TIPOS DE ALCOHOLISMO

Tanto la Asociación Psiquiátrica Americana, como la Organización Mundial de la Salud, distinguen tres tipos de alcoholismo: 1. Exceso alcohólico episódico, 2. Excesos alcohólicos habituales, y 3. Adicción al alcohol.

#### 1. Exceso Alcohólico Episódico (bebedor excesivo episódico)

Este tipo consiste en intoxicaciones, provocadas por consumo excesivo de alcohol, y que se presentan con una frecuencia de cuatro a doce veces por año. Se debe considerar como intoxicación alcohólica, un estado en el que el individuo presenta charla incoherente o balbuciente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos (ataxia). Además, la alteración de la conducta es patente durante la intoxicación alcohólica.

Los accesos pueden durar varios días o semanas, se describen dos tipos: a) los asociados con tensión (estrés) física o mental y b) los precipitados por cambios en el humor (cíclicos).

#### a) Exceso Alcohólico Asociado con Tensión (estrés) física o mental

No cabe la menor duda que tanto el alcoholismo como otras toxicomanías pueden representar la defensa del individuo contra tensiones, problemas y estados de ansiedad que se manifiestan en forma muy diversa: sensación de susto sin causa aparente; nerviosidad o agitación por dentro; sensación de miedo sin motivo; sensación de tensión muscular, taquicardia, temblores, dificultad para conciliar, o mantener el sueño; dolores musculares, dolores en el corazón o en el pecho, sudores, dificultad para respirar, sensación de flojera o escasa energía, desvanecimientos o mareos, cefaleas (dolor de cabeza crónico), sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia, inseguridad en sí mismo, suspicacia de otros, etc.

#### b) Excesos Alcohólicos precipitados por cambios cíclicos de humor

En ocasiones es posible relacionar los excesos alcohólicos con los cambios del talante; esto es, puede atribuirse a un trastorno subyacente del humor, por ejemplo, en las psicosis maniaco-depresivas de tipo maniaco. Numerosos estudios han demostrado la fuerte asociación de este tipo de psicosis con el abuso del alcohol. Tanto el estudio de Mayfield y Coleman (1968), como el recientemente publicado de Reich, (1974), han puesto de manifiesto la íntima asociación que existe entre el abuso de alcohol y la psicosis maniaco-depresiva, predominio en la fase de manía.

#### 2. Excesos Alcohólicos Habituales (bebedor excesivo habitual)

Se caracteriza este tipo de alcoholismo por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año; en otras ocasiones se trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

#### 3. Adicción Al Alcohol

Este tipo de alcoholismo también ha sido llamado alcoholismo crónico; dependencia al alcohol y dipsomanía. Puede decirse que hay adicción al alcohol cuando la ingestión de éste, en fuertes cantidades, se sostiene durante tres meses o más.

Otra manifestación de adicción es que, al cesar la ingestión de alcohol, se presentan síntomas que pueden ser graves.

Se han descrito los siguientes: temblor, debilidad, sudación, náusea, vómito, diarrea, hiperreflexia, fiebre, presión arterial elevada, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens. La intensidad de los síntomas dependen del grado de intoxicación y su duración. Es decir, en la adicción al alcohol existe tanto una dependencia emocional como física. Además, el alcohólico crónico presenta el fenómeno de tolerancia; el consumo del alcohol cada vez es mayor. Ahora bien, está establecido que la ingestión crónica de alcohol provoca una tolerancia farmacodinámica. Por lo tanto, el sujeto que ha desarrollado tolerancia necesita concentraciones mayores de alcohol en la sangre, para llegar a la intoxicación, que el que no ha desarrollado dicha tolerancia. El uso crónico del alcohol provoca, además, un aumento de la capacidad para metabolizar éste (Mendelson, 1965).

## **FRECUENCIA**

La enfermedad es más frecuente de los 35 a los 39 años de edad; predomina en los sujetos pobres y poco preparados, principalmente artesanos.

Según Roiz y Morfin (1975), del Centro de Salud para la Rehabilitación de alcohólicos de la S.S.A., el porcentaje por sexo es de 95 % en los hombres y 5 % en las mujeres.

## **CAUSAS**

Algunas ya han sido mencionadas como son: angustia, tensión emocional, psicosis maniaco-depresiva y costumbres (factores socio culturales). Además, deben ser mencionados los factores hereditarios. Se sabe que el alcoholismo es mucho más frecuente entre los parientes cercanos de los alcohólicos (Amark, 1951).

Sin embargo, las causas del alcoholismo permanecen ignoradas. Se calcula que alrededor de 70 millones de adultos ingieren bebidas alcohólicas en nuestra sociedad contemporánea y que únicamente el 6 % de los que beben, desarrollan adicción al alcohol.

El alcohólico es casi siempre un insatisfecho con él mismo y con el mundo que lo rodea; es incapaz de enfrentarse a las tensiones y a sus problemas con éxito; para el alcohólico el beber constituye en muchas ocasiones un escape a las demandas de la vida; depende del alcohol para alejarse del estrés.

## **EFECTOS FISIOLÓGICOS**

El alcohol se absorbe por todas las mucosas del organismo. Cuando se le ingiere, su absorción ocurre en la porción superior del tubo gastrointestinal y es llevado por la sangre al hígado donde se escinde (oxida) en otras sustancias. Parece ser que en la parte superior del intestino delgado la absorción es más rápida que en las paredes del estómago; por esto después de que un sujeto ha sido gastrectomizado, adquiere una gran sensibilidad a las bebidas alcohólicas y pequeñas cantidades, (LO INTOXICAN) rápidamente.

## **SÍNDROME DE ABSTINENCIA O DE SUPRESIÓN**

Cuando el alcohólico, por diversas razones: falta de dinero para comprar bebida, disgusto consigo mismo, colapso, etc., suspende en forma brusca la ingestión de bebidas alcohólicas, se presenta el llamado Síndrome de Abstinencia o de Supresión, que se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Agitación o nerviosismo; confusión, trastorno de memoria; en ocasiones ideas delirantes.
- Irritabilidad.
- Debilidad, ataxia, calambres musculares.
- Sudación, pupilas dilatadas, taquicardia.
- Náusea y vómito, pérdida de apetito, diarrea.
- Fiebre.
- Presión arterial elevada.
- Insomnio; el enfermo vive sus sueños, pesadillas tremendas.

*Algunas veces se pueden presentar:*

- Crisis convulsivas: epilepsia inducida por el alcohol. Las crisis suelen ser generalizadas tonicoclónicas o mioclónicas epilépticas bilaterales, en frecuentes ocasiones ambas son fotosensibles. En otras ocasiones las crisis no son inducidas por el alcohol sino que se presentan cuando a un periodo de ebriedad crónica sigue una abstinencia relativa o absoluta. Generalmente estos ataques se presentan de 12 a 36 horas después de la interrupción de la bebida. Puede presentarse un solo ataque, pero lo general es que se presenten en grupos de dos a seis e incluso puede llegar a desarrollarse un estado de mal epiléptico. Se trata de crisis generalizadas acompañadas de pérdida de la conciencia. En ciertas ocasiones las crisis convulsivas preceden al delirium tremens (Bustamente, 1974).

## EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES

Si bien es importante proteger a los enfermos mentales de los abusos y garantizar que la calificación de enfermedad mental no sea una excusa para limitar inadecuadamente los derechos de las personas, es importante también proteger a los enfermos mentales del abandono y garantizar que se satisfagan sus necesidades de atención y tratamiento.

Hoy en día, un mayor número de estos enfermos son tratados en servicio externos de hospitales generales o centros de salud, sin separarlos de su familia y su medio social y la hospitalización de las personas que requieren de ella, tiende a ser de corta duración la mayor parte de las veces.

Ya no se requiere mantener confinados a los enfermos hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad. La restitución parcial del juicio de realidad y de la conciencia de enfermedad, hacen posible hoy en día el manejo personalizado y la rehabilitación de pacientes que en el pasado eran difícilmente abordables con estos fines por la dificultad para establecer con ellos una relación significativa.

Sin embargo, las condiciones de vida de una proporción de enfermos crónicos siguen siendo insatisfactorias y a veces deplorables, y son objeto de gran preocupación.

Se reconoce que el viejo hospital psiquiátrico de tipo asilar, pasivo e impersonal, ha sido y es un factor determinante de que una proporción de enfermos mentales crónicos se deslicen hacia un síndrome de deterioro progresivo que no es el resultado ineludible de su enfermedad sino de su adaptación a un régimen que limita sus vidas a la satisfacción de las necesidades más primarias.

Uno de los mayores retos que confronta actualmente la psiquiatría en todos los países, es mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales que la requieren de manera continua. Abordar a fondo este problema, requiere mayor participación de las familias y de la sociedad. No es solamente un asunto técnico sino de solidaridad humana y equidad social.

Para alcanzar esta meta, el ambiente físico y humano que rodea a cada enfermo, en cualquiera de los escenarios en que reciba atención médica, deberá responder a sus necesidades y estimular sus potencialidades para una vida más saludable.

En la actualidad, un hospital psiquiátrico ha de contar con las instalaciones, los servicios, los programas y el personal que se requiere para mejorar substancialmente el manejo terapéutico y humano de este sector de la población psiquiátrica.

La indiferencia del Estado ante las condiciones de vida de estos enfermos es inaceptable. En el mundo desarrollado, son los propios psiquiatras quienes han promovido los cambios en favor de los enfermos mentales y han propuesto y desarrollado mejores programas y alternativas para su atención.

La rehabilitación es un proceso de larga duración que se reconoce en grados, y en el cual se correlacionan los objetivos con las posibilidades. Algunos enfermos pueden alcanzar niveles similares a los que tenían antes de enfermar, otros, pueden mejorar parcialmente, y otros más permanecen con discapacidades importantes por el resto de su vidas. No sólo la magnitud del daño sino las circunstancias, señalan los límites de la restauración.

Un eje del proceso rehabilitativo es ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima, mejorar su funcionalidad, y suscitar en ellos la esperanza de lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

En el manejo de los enfermos mentales crónicos, el tratamiento médico y la rehabilitación psicosocial son complementarios e inseparables. El tratamiento farmacológico está orientado a corregir los síntomas de la enfermedad, en tanto que las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias están dirigidas a ayudarle a alcanzar una vida familiar y social más activa.

Generalmente se acepta que la rehabilitación rinde mejores frutos si se inicia tan pronto como el estado del enfermo lo permite, en el escenario hospitalario o extrahospitalario que responda mejor a sus necesidades de cuidado y protección. Para cumplir esta tarea se requiere de un servicio estructurado y personal adiestrado y dispuesto a dedicar a ella el tiempo necesario.

La operación de un servicio de rehabilitación requiere psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y personal voluntario, todos ellos bajo la dirección de médicos profesionalmente calificados.

Los fármacos neurolepticos son eficaces para eliminar síntomas, por ejemplo, las alteraciones de la percepción y del pensamiento; los delirios y las alucinaciones, y restablecer total o parcialmente el contacto de la persona enferma con la realidad, lo cual le hace accesible a la psicoterapia tanto individual como en grupo, el adiestramiento en habilidades sociales y la modificación conductual.

Un programa general de rehabilitación debe adaptarse a las necesidades y las posibilidades individuales de cada enfermo y requiere muchas horas de atención personal. El término "cuidado continuo" es apropiado para designar a este proceso.

Cada enfermo que ha de sujetarse a un programa de rehabilitación, ha de ser evaluado tanto en sus aspectos deficitarios como en las funciones de su personalidad que permanecen sanas. Es claro que diferentes clases de enfermos requieren programas adaptados a sus necesidades (Comisión de Derechos Humanos, 1988).

CAPITULO

III

**EL PROCESO LEGAL EN MEXICO**

## DE TODOS MODOS

Las personas son irrazonables, ilógicas y egocéntricas.

Amélas, de todos modos.

Si haces el bien, la gente puede dudar de tus motivos.

Haz el bien de todos modos.

El bien que hagas hoy, puede ser olvidado mañana.

Haz el bien de todos modos.

La honestidad y transparencia te hacen vulnerables.

Sé honesto y transparente de todos modos.

Aquello que te llevó años construir, puede ser destruido en una noche.

Construye de todos modos.

Las personas que realmente necesitan ayuda pueden atacarte si las ayudas.

Ayúdalas de todos modos.

Dale al mundo lo mejor que tienes y quizás resultes herido.

Dáله lo mejor de todos modos.

Si dices lo que piensas, la gente te puede rechazar.

Dilo de todos modos.

Si haces cosas que van de acuerdo con tu corazón y tu conciencia te pueden criticar.

Hazlas de todos modos.

Si empiezas algo nuevo, algo que nunca haz hecho, tendrás miedo.

Empíezalo de todos modos.

Si luchas por tus convicciones e ideales a lo mejor te quedarás solo.

Lucha de todos modos.

El camino al éxito está pavimentado por los fracasos.

Busca el éxito de todos modos.

El abejorro, tiene el cuerpo demasiado pesado y las alas demasiado pesadas para volar.

NO SABE LEER... y vuela de todos modos.

Ante la realidad de esta guerra, nos llenamos de frustración, impotencia y rabia.

Convierte estos sentimientos

en amor hacia tu prójimo

e irradia paz

DE TODOS MODOS

### CAPITULO III

#### EL PROCESO LEGAL EN MEXICO

#### DETERMINACION JURIDICA DE LAS PERSONAS EN EL DERECHO CIVIL MEXICANO

El proceso legal en México es un tema muy amplio, pues desde que se nace hasta que se muere, el ser humano tiene derechos y obligaciones, a continuación daremos algunos conceptos básicos del código civil mexicano.

#### CONCEPTO DE PERSONA

El significado etimológico de persona se desconoce, no se sabe si su raíz proviene del latín, etrusco, griego o sácrito, pero el término persona termina por indicar al individuo humano.

#### LA PERSONA EN EL DERECHO ROMANO

El sujeto de derecho, debía reunir tres elementos:

- 1) Ser libres, no esclavos.
- 2) Ser romanos no, extranjeros.
- 3) Ser independientes, no sujetos a la patria potestad.

La noción de "sujeto de derecho" se encuentra ligado al concepto de hombre; así todo sujeto de derecho es un hombre, pero no todo hombre es sujeto de derecho.

La palabra persona en el derecho, denota los diferentes papeles jurídicos que desempeñan los hombres, así como los diferentes estados que legalmente puede encontrarse como son:

- A) Estado de padre
- B) Estado de hijo
- C) Estado de tutor

El hombre puede desempeñar distintos papeles jurídicos y por ello tener varias personas ( moral, física, etc. ), pero por el contrario si no realiza ningún papel jurídico, si no tienen estado, no es persona. En este sentido la persona no designa un sujeto, sino un atributo; no es una entidad sino una cualidad.

Conforme a las leyes de la naturaleza, el hombre tiene derechos por el solo hecho de ser hombre y su capacidad se deriva de la naturaleza. Cuando el derecho positivo priva al hombre de capacidad jurídica, se violan las leyes naturales; o sea que dentro del derecho natural todos los hombres son iguales.

El derecho para proteger y garantizar la ejecución de los fines del hombre, así como a las colectividades, produce el concepto de personalidad para permitir su actuación como sujeto de las relaciones jurídicas.

## LA PERSONA EN EL CODIGO CIVIL VIGENTE

Existen dos tipos de personas que son; físicas y morales y el hombre constituye la persona física, también llamada persona jurídica individual, persona real.

### 1. Persona física constituida por el hombre:

- a) persona jurídica individual
- b) persona de existencia visible
- c) persona natural

### 2. Personas morales, creadas por el derecho:

- a) personas jurídicas colectivas
- b) personas ficticias

- c) personas ideales
- d) personas sociales
- e) personas abstractas
- f) personas incorpóreas

## 1. LAS PERSONAS FISICAS

Debido al tema que estamos tratando solo nos interesa las personas físicas, de las cuales daremos a continuación algunos puntos importantes.

a) Concepto de persona física. El Código Civil, en su artículo 22, establece: "La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código".

b) Atributos de las personas físicas

- Capacidad. Aptitud jurídica de una persona para ser sujeto de derechos y obligaciones y de ejercitar sus derechos y cumplir sus obligaciones por sí misma y para tal efecto existen dos clases que son:

1) La capacidad de goce. Aptitud de toda persona para ser titular de derechos y obligaciones y es una cualidad indispensable en todo ser humano mientras existe, desde el momento del nacimiento hasta el de la muerte y esta capacidad es parte integrante de la personalidad esta capacidad de goce subsiste en las personas físicas aún cuando éstas no posean la capacidad de ejercicio.

2) Capacidad de goce y personalidad. La personalidad es la proyección del ser humano en ámbito jurídico, en la posibilidad abstracta para actuar como sujeto activo o pasivo en las relaciones jurídicas; en tanto que la capacidad de goce alude a situaciones jurídicas concretas.

- Comienzo de la personalidad individual. Se da con el nacimiento y termina con la muerte ( art. 22 del Código Civil ). El nacimiento natural, se da con el desprendimiento del feto del seno materno y para que este nacimiento cause efectos jurídicos, es necesario que permanezca vivo 24 horas a partir de la rotura del cordón umbilical, o se presente con vida al registro civil ( art. 337 del Código Civil ).

El acta de nacimiento es el documento público por el cual se acredita al nacimiento de la persona física.

- Situación jurídica del concebido pero no nacido. El momento de la concepción no atribuye la personalidad, sino que es el nacimiento el que lo determina, si se nace y se cumple de que nazca vivo y viable; en ese momento se le tiene por nacido desde que fue concebido y en el momento de la concepción se adquieren los efectos civiles que tenga a su favor.

Si el concebido no es persona, no se puede hablar de su personalidad, de su capacidad o de su representación.

- Extinción de la capacidad y de la personalidad. El derecho positivo solo admite y reconoce la pérdida de la vida como causa extintiva de la capacidad y por lo tanto de la personalidad individual; siempre y cuando se acredite la muerte de la persona y entonces se expedirá el acta de defunción, siempre y cuando presente los siguientes signos de muerte ( art. 37 de la ley General de salud ).

- A) Ausencia completa y permanente de conciencia.
- B) Ausencia permanente de respiración espontánea.
- C) Falta de percepción y respuesta a estímulos externos.
- D) Ausencia de reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.
- E) La atonía de todos los músculos.
- F) El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- G) El paro cardíaco irreversible.
- H) Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

- Grados de la capacidad de goce. El menor de edad a partir desde el momento que es desprendido enteramente del seno materno, viva 24 horas o sea presentado vivo ante el registro civil; hasta antes de cumplir los 18 años de edad, tiene una capacidad de goce con las siguientes restricciones:

I) Para contraer matrimonio: en la mujer antes de cumplir catorce años y en el hombre antes de tener dieciséis años como edad mínima según (art. 148 del Código Civil).

II) Para ser tutor: Según la fracción I del artículo 503 del Código Civil.

III) Para reconocer hijos extramatrimoniales: los menores que pretendan el reconocimiento de sus hijos nacidos fuera del matrimonio, es necesario tener la edad mínima para contraer matrimonio más la edad del hijo que va a ser reconocido (artículo 361 del Código Civil).

IV) Para legitimar a los hijos: El artículo 354 del Código Civil expone que el matrimonio subsecuente de los padres, hace que tengan como nacidos de matrimonio a los hijos habidos antes de la celebración.

V) Para testar: Los que tengan menos de dieciséis años tanto hombres como mujeres, según la fracción I del artículo 1306 del Código Civil.

- La capacidad de ejercicio: Aptitud jurídica que tienen determinadas personas para ejercitar sus derechos y cumplir sus obligaciones por sí mismas. La capacidad de ejercicio necesariamente supone la de goce.

- Comienzo de la capacidad de ejercicio: Se adquiere con la mayoría de edad, que comienza a los dieciocho años cumplidos (artículo 647) y cuando dispone libremente de su persona y de sus bienes. (artículo 647 del código civil).

Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, los sordomudos que no saben leer ni escribir, los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente consumen drogas enervantes; no poseen capacidad de ejercicio; pero puede hacer valer sus derechos y cumplir sus obligaciones por medio de sus tutores o representantes legales.

- Grados de capacidad de ejercicio: El grado mínimo corresponde a las personas que al nacer vivan 24 horas o sean presentados con vida al registro civil y los mayores de edad faltos de sanidad mental".

El artículo 23 del Código Civil dice: "La menor de edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

Son incapaces los mayores de edad que no se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales, es decir, privados de inteligencia. Estas personas caen dentro de la llamada incapacidad de ejercicio que impide al sujeto hacer valer sus derechos, celebrar en nombre propio actos jurídicos, contraer y cumplir sus obligaciones o ejercitar sus acciones.

En esta situación de incapacidad se encuentran quienes previa comprobación de su anormalidad en un juicio de interdicción, no están en aptitud de gobernarse por sí mismos, tal ocurre con aquellos que sufren enfermedades mentales que los priven de inteligencia o quienes padecen idiotismo o imbecilidad, así como los que hacen uso inmoderado de drogas enervantes y los alcohólicos e igualmente se encuentran los sordomudos que no saben leer ni escribir.

Las personas incapaces necesitan de la patria potestad, y esta representación es la tutela.

La tutela es una institución supletoria de la patria potestad, creada por la ley, para la representación, protección, defensa y asistencia de los que no son capaces de gobernarse por sí mismos.

Las disposiciones relativas a la tutela son de orden público: ni los convenios particulares ni el Poder Judicial pueden modificar su estatuto legal.

La tutela es permanente, porque subsiste mientras perdure la incapacidad del pupilo, o mientras no se produzca alguna causa de cesación de la persona del tutor, es unitaria, ya que ningún incapaz puede tener más de un tutor. Es general, porque comprende tanto el cuidado de la persona, como de los bienes del incapaz y es obligatoria porque no se permite a quien es llamado a su desempeño negarse a asumirla o una vez asumida renunciarla sin causa legítima.

Tiene incapacidad natural y legal; los menores de edad y los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aun cuando tengan intervalos lucidos, los sordomudos que no saben leer ni escribir, los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes.

La tutela es un cargo de interés público del que nadie puede eximirse, sino por causa legítima y la tutela se desempeñara por el tutor con intervención del curador, del juez de lo familiar y del Consejo local de tutelas, en los términos establecidos.

Los cargos de tutor y de curador de un incapaz no pueden ser desempeñados al mismo tiempo por una sola persona. Tampoco pueden desempeñarse por personas que tengan entre sí parentesco en cualquier grado de la línea recta o dentro del 4o. grado.

Ninguna tutela puede conferirse sin que previamente se declare, en los términos que disponga el Código de Procedimientos Civiles, el estado de incapacidad de la persona que va a quedar sujeta a ella.

El cargo del tutor del demente, idiota, imbecil, sordomudo, ebrio consuetudinario y de los que habitualmente abusen de las drogas enervantes, durara el tiempo que subsiste la interdicción.

La interdicción no cesará sino por la muerte del incapacitado o por sentencia definitiva, que se pronunciará en juicio seguido conforme a las mismas reglas establecidas para el de interdicción.

El juez de lo familiar del domicilio del incapacitado, y si no lo hubiere, el juez menor, cuidara provisionalmente de la persona y bienes del incapacitado, hasta que se nombre tutor.

En el capítulo IV del Código Civil, se establece de la tutela legítima de los dementes, idiotas, imbeciles, sordomudos, ebrios y de los que habitualmente abusan de las drogas.

El marido es tutor legítimo y forzoso de su mujer, y esta lo es de su marido. Los hijos mayores de edad son tutores de su padre o madre viudos.

Cuando haya dos o mas hijos, será preferido el que viva en compañía del padre o de la madre; y siendo varios los que estén en el mismo caso, el juez elegirá al que parezca más apto.

Los padres son de derecho tutores de sus hijos, solteros o viudos, cuando éstos no tengan hijos que puedan desempeñar la tutela, debiéndose poner de acuerdo respecto a quien de los dos ejercerá el cargo.

Entre las obligaciones que tiene que desempeñar el tutor esta:

- Alimentar y ayudar al incapacitado.
- A destinar de preferencia los recursos del incapacitado a la curación de sus enfermedades o a su regeneración si es ebrio consuetudinario o abusa habitualmente de las drogas enervantes.
- Hará su inventario de los bienes del incapacitado que forman su patrimonio.
- Administrar el caudal de los incapacitados.
- A representar al incapacitado en juicio y fuera de el en todos los actos civiles, con excepción del matrimonio, del reconocimiento de hijos, del testamento y de otros estrictamente personales, si son menores de edad.
- A solicitar oportunamente la autorización judicial para todo lo que legalmente no pueda hacer sin ella.

Son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio: La embriaguez habitual, la morfomanía, la eteromanía y el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes. La impotencia incurable para la cópula; la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas e incurables, que sean además contagiosas o hereditarias, el idiotismo y la imbecilidad.

Son causas de divorcio: Padecer enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente.

Están incapacitados para testar: Los menores que no han cumplido dieciséis años de edad, ya sean hombres o mujeres y los que habitual o accidentalmente no disfrutaran de su cabal juicio.

Es válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez si el tutor y en su defecto la familia de aquél, presenta por escrito una solicitud al juez que corresponda. El juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y dictaminen acerca de su estado mental. El juez tiene obligación asistir al examen del enfermo, a fin de cerciorarse de su capacidad para testar. Si éste fuera favorable, se procederá desde luego a la formación de testamento ante notario público, con todas las solemnidades que se requieren para los testamentos públicos abiertos.

Firmarán el acta, además del notario y de los testigos, el juez y los médicos que intervinieron para el reconocimiento, poniéndose al pie del testamento razón expresa de que durante todo el acto el paciente conservó perfecta su lucidez de juicio y sin este requisito y su constancia, será nulo el testamento. Para juzgar de la capacidad del testador se atenderá especialmente al estado en que se halle al hacer el testamento.

#### CODIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL D. F.

Fundamenta en sus artículos del 902 al 914 el procedimiento mediante el cual una persona se declara incapaz.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## INTERDICCION

Una persona puede ser declarada en estado de interdicción, cuando siendo mayor de edad, se encuentre: privada de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tenga intervalos de lucidez, sordomudez sin saber leer ni escribir, los ebrios consuetudinarios y haciendo uso habitual e inmoderado de drogas enervantes.

Debido a este estado de interdicción es necesario que se le nombre un tutor, para que éste se pueda hacer cargo tanto de él como de sus bienes.

Para que el tutor pueda ser nombrado, es necesario que el estado de interdicción de la persona sea previamente declarado por la vía judicial.

La declaración de interdicción debe promoverse en Jurisdicción Voluntaria ante un Juez de lo Familiar.

**Como diligencias prejudiciales, deberán practicarse las siguientes:**

I. Recibida la demanda de interdicción, el Juez ordenará las medidas tutelares conducentes al aseguramiento de la persona y bienes del señalado como incapacitado, ordenará que la persona que auxilia a aquél de cuya interdicción se trate, lo ponga a disposición de los médicos alienistas en el plazo de 72 horas para que sea sometido a examen; ordenará que el afectado sea oído, personalmente o representado durante este procedimiento; y que la persona bajo cuya guardia se encuentra el indicado como incapaz se abstenga de disponer de los bienes del incapacitado, siempre que, a la demanda se acompañe certificado de un médico alienista o informe fidedigno de la persona que lo auxilia u otro medio de convicción que justifique la necesidad de estas medidas.

II. Los médicos que practiquen el examen deberán ser designados por el Juez y serán de preferencia alienistas.

Dicho examen se hará en presencia del Juez, previa citación de la persona que hubiere pedido la interdicción y del Ministerio Público.

III. Si en el dictamen pericial resultare comprobada la incapacidad, o por lo menos hubiere duda fundada acerca de la capacidad de la persona cuya interdicción se pida, el Juez proveerá las siguientes medidas:

a) Nombrar tutor o curador interino, cargos que deberán recaer en las personas necesarias para desempeñarlos: padre, madre, cónyuge, hijos, abuelos y hermanos del incapacitado. Si hubiere varios hijos o hermanos, serán preferidos los mayores de edad. En el caso de abuelos, frente a la existencia de maternos o paternos, el juez resolverá atendiendo a las circunstancias. En caso de no haber ninguna de las personas indicadas o no siendo aptas para la tutela, el juez con todo escrúpulo debe nombrar como tutor interino a personas de conocida honorabilidad, prefiriendo a la que sea pariente o amigo del incapacitado o de sus padres y que no tenga ninguna relación de amistad o comunidad de intereses o dependencias con el solicitante de la declaración.

b) Poner los bienes del presunto incapacitado bajo la administración del tutor interino. Si estuviere casado bajo el régimen de sociedad conyugal, los bienes de la sociedad quedarán bajo la administración del otro cónyuge.

c) Proveer legalmente de la patria potestad o tutela a las personas que tuviere bajo su guarda el presunto incapacitado.

IV. Posteriormente se practicará un segundo reconocimiento médico, del presunto incapacitado con peritos diferentes. Si hubiere discrepancia con los peritos que rindieron el primer dictamen se practicará una junta de avenencia a la brevedad posible y si no la hubiere, el Juez designará peritos terceros en discordia.

V. Hecho lo anterior el Juez citará una audiencia, en la cual si estuvieren conforme el tutor y el Ministerio Público con el solicitante de la interdicción, dictará resolución declarando o no ésta.

Una vez que cause ejecutoria la sentencia de interdicción, se procederá a nombrar y discernir el cargo de tutor definitivo.

La persona que se encuentre en estado de interdicción no podrá llevar a cabo actos de administración, ni podrá celebrar contratos, sin la autorización del tutor.

El menor de edad que fuere demente, idiota, imbecil, sordomudo que no sepa leer ni escribir, el ebrio consuetudinario o el que habitualmente abuse de las drogas enervantes, estará sujeto a la tutela de menores, mientras no llegue a la mayoría de edad.

Si al cumplirse ésta, continuara el impedimento, el incapaz se sujetará a la tutela, previo juicio de interdicción.

#### DISPOSICIONES EN EL CODIGO PENAL; RESPECTO AL ENFERMO MENTAL.

El enfermo mental, por el hecho de vivir en sociedad y tener la posibilidad de entrar en conflicto con ella, plantea a veces problemas de índole jurídica. La Psiquiatría y el Derecho tienen puntos en común, ya que ambas se ocupan de formas de conducta que son, socialmente, desviadas. No se trata de que hay que considerar las enfermedades mentales solamente bajo el prisma de lo anormal en el seno de la comunidad. Tradicionalmente la locura fue antes un hecho social que médico.

El loco fue primero un enajenado (igual que otros tipos de enfermos han sido también enajenados en el mismo sentido). Sin embargo, a lo largo de la historia los locos se han ido convirtiendo en enfermos mentales. La creación de los manicomios, de clínicas y los progresos de la medicina desde finales del siglo XVIII nos han llevado a la posición actual.

El enajenado es un enfermo equiparable a lo que estudia el resto de la medicina, pero padece una enfermedad que puede alterar su situación en la sociedad de tal manera que los principios del Derecho no puede aplicarse a él de la misma manera que a los individuos "normales".

La distinción entre enfermo y delincuente es la que más interés ha tenido y no podemos decir que hoy pueda ofrecerse una separación tajante.

El Derecho ha evolucionado en los últimos tiempos desde la prevención del delito al estudio del delincuente. Esta tendencia individualista, al mismo tiempo que supone un enriquecimiento, esfuma aún más la distinción entre el que es enfermo y el que es malvado (distinción que a veces el lenguaje coloquial no hace: estar malo es sinónimo de enfermedad; el que es malo ya no es enfermo).

También se avanza en el sentido de superar el binomio -culpa-castigo hacia el delito y las posibilidades de una rehabilitación del delincuente. Así de esta manera las prisiones modernas cuentan con programas de rehabilitación que son, por sus fines (reinserción del individuo en la sociedad en las condiciones más favorables para evitar la conducta antisocial anterior) y por sus métodos, en cierto punto similares a los establecimientos psiquiátricos.

En cuanto al proceso legal para la presente investigación será el conjunto de normas jurídicas que establecen si una persona es culpable o no, cuando comete una acto ilícito (Castellanos, 1976).

#### **CODIGO PENAL (1991).**

La legislación penal vigente en el año de 1991 en el Distrito Federal, aplicable en materia federal, revela respecto a la enfermedad mental que son causas de inimputabilidad las siguientes:

a) El trastorno mental, sea transitorio o permanente o el desarrollo intelectual retardado que impida al sujeto comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente, según lo prescribe el artículo 15.- Circunstancias excluyentes de responsabilidad, fracción I I.

Dentro de los trastornos que pueden considerarse como normales se ubican los llamados trastornos mentales de origen patológico. Entre ellos se sitúan los anormales ocurridos con motivo de la gestación, aunque las más modernas investigaciones han puesto al descubierto que la mayor parte de los casos de infanticidio ocurridos con motivo del parto tuvieron verificación en virtud de que sus autoras eran sujetos anormales: en cierta forma imbéciles o psicópatas, de donde cabe concluir que no existen fundamentos para dar tratamiento especial, de carácter privilegiado, a los infanticidios ocurridos bajo supuestos trastornos mentales motivados en el parto.

Igualmente, se colocan dentro de los trastornos mentales patológicos a los conocidos estados crepusculares, identificados con aquellos en donde existe en el sujeto un estado letárgico de intensidad más o menos acreditada que se acompaña de sensaciones diferentes y alucinaciones o de pseudo percepciones, o bien como estados agudos con alteración de la conciencia, según se muestra en los epilépticos o en casos de lesiones cerebrales o de graves intoxicaciones.

Se afirma que son perturbaciones normales de la conciencia el agotamiento, el sueño, el sonambulismo, la sugestión, el estado hipnótico, etc., hipótesis que se han ubicado como aspectos negativos de la conducta, pues los movimientos corporales que bajo los mismos se realizan están carentes de su coeficiente psicológico identificado con la voluntad.

En referencia al trastorno mental transitorio, aunque la ley no lo señale, debe tenerse presente su carácter accidental e involuntario, pues procurarse el trastorno en forma maliciosa o culposa, origina la plena imputabilidad del autor, por estarse frente a un trastorno preordenado o procurado culposamente.

Por la frecuencia con que se invoca ante los tribunales, como una circunstancia excluyente de la responsabilidad penal, resulta de suma importancia analizar la embriaguez o ebriedad, que constituye causa directa o indirecta en México de la comisión de delitos de sangre (lesiones y homicidio).

La embriaguez considerada como una toxifrenia depende en su valor penal de la naturaleza del bebedor y de la fase en que aquella se encuentre. Se le clasifica desde el punto de vista jurídico penal en: a) fortuita; b) culposa; c) voluntaria; d) preordenada, y por cuanto a su frecuencia en: a) accidental y b) habitual.

De las diversas formas y grados señalados, se estima relevante a la embriaguez aguda que produce psicosis de intoxicación, pues únicamente ésta, de reunir los requisitos legales, puede eximir de responsabilidad bajo el amparo del trastorno mental transitorio, pues el sujeto en dicho estado carece en absoluto de facultades tanto intelectivas como volitivas y, por ende, es incapaz de culpabilidad. No debe confundirse, por tanto, la simple ebriedad o embriaguez con la perturbación psíquica que da origen a la excluyente, en virtud del estado de inconsciencia originado en la ingestión de sustancias embriagantes, pues para que el referido estado se presente se requiere que la embriaguez sea absoluta, pero fortuita (accidental) e involuntaria.

El miedo y el temor constituyen o son causas de inimputabilidad, puesto que suprimen en un momento dado la capacidad del sujeto para entender y querer la conducta y su resultado; la falta de entendimiento, momentáneo y de voluntad, colocan al sujeto en estado de incapacidad para responder del acto realizado" (Sexta Epoca, Segunda Parte: Vol. XXI, pág. 137. A.D. 5191/48), siendo también aclaratoria la tesis relacionada inserta en la misma página, que dice: "MIEDO GRAVE; EN QUE CONSISTE. El miedo, desde el punto de vista penal, consiste en un estado psicológico provocado por causas externas de gravedad y de inminetes extremos que, obrando sobre el sujeto que las percibe, producen en su mente una reacción de tal manera intempestiva, que anula su raciocinio" (Séptima Epoca, Segunda Parte. Vol. XIII, pág. 27, A. 4352/69).

b) El trastorno mental permanente, indudablemente comprendido dentro del texto del actual artículo 15, fracción II, del Código Penal.

ARTICULO 15.- Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal; padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente.

En lo que se refiere al tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, en internamiento o en libertad, existen varios artículos en nuestro código penal que tratan sobre el tema y son los siguientes:

El artículo 67 dice textualmente. "En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente. Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

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

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

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

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

Por otra parte, reconocer en el trastorno mental permanente una causa de inimputabilidad, no riñe con la imposición de medidas de seguridad como la señalada en el inciso 3 del artículo 24: "Consistente en el intermedio o tratamiento en libertad de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos".

Dentro de las debilidades, enfermedades o anomalías mentales se pueden considerar las psicosis endógenas, como la esquizofrenia, las psicosis maniaco depresivas, las psicosis delirantes como la paranoia, la epilepsia, las toxifrenias, etc.; las reacciones vivenciales o modos de elaborar anormalmente estímulos emocionales, como son las neurosis, histerias, fobias, angustias, etc., que constituyen disturbios psicológicos de la personalidad; por último, la demencia senil en sus diversas manifestaciones, cuyo estudio y examen no nos compete, pues su aparición y diagnóstico debe ser materia de prueba pericial que el juez valorará de acuerdo con su amplias facultades. En todos los casos de trastornos mentales permanentes, cuando su gravedad es tal que establezca la crisis de la personalidad humana, con la privación de sus atributos esenciales respecto del sentido de la vida y de la libertad de expresión, la conclusión es que constituyen casos de inimputabilidad del autor del hecho.

c) El desarrollo intelectual retardado. Dentro de la nueva fórmula del artículo 15, fracción II, se recoge como caso de inimputabilidad, junto al trastorno mental, al desarrollo intelectual retardado, situación en la que, si bien no existe propiamente un trastorno de índole mental, el sujeto por su deficiente desarrollo intelectual está imposibilitado de comprender el carácter ilícito del hecho o de conducirse de acuerdo con esa comprensión.

Se estima a la sordomudez como una causa de inimputabilidad, dado que el deficiente desarrollo mental de los sordomudos, así como de los ciegos, cuando estas anomalías son de nacimiento y ocurren además, la extrema ignorancia de la persona, les impide el cabal conocimiento del mundo circundante y, por ello, les priva de tener conciencia y libre voluntad en la ejecución del hecho ilícito.

El deficiente desarrollo mental de dichos sujetos, originado en sus limitaciones fisiológicas, justifica plenamente el tratamiento especial señalado en la ley para los que cometen hechos reputados como delitos.

En estricto rigor ni la sordomudez ni la ceguera de nacimiento constituyen enfermedades mentales, aunque excepcionalmente pueden originarse en anomalías psicósomáticas, no obstante lo cual nadie duda que tanto el sordomudo como el ciego de nacimiento al estar privados de las funciones de oír, hablar y ver, tienen reducido considerablemente su mundo de relación, lo que les crea seria dificultad de adaptación en su trato con los demás hombres.

La comunicación con sus semejantes, constituye un factor esencial para un desarrollo adecuado en las facultades intelectuales y para la formación ético-social del individuo; por ello, quien nace privado de tales facultades o las ha perdido a corta edad, no puede ser equiparado en condiciones de adaptabilidad y desarrollo intelectual con una persona normal. Quien ha perdido sus facultades de oír y hablar ya siendo adulto, no ha visto en cambio modificada esencialmente dicha capacidad y por tal razón resulta plenamente imputable.

En nuestro Código Penal existe un capítulo acerca de la extinción de las medidas de tratamiento de inimputables y son:

ARTICULO 118bis.- Dice que cuando el inimputable sujeto a una medida de tratamiento se encontrare prófugo y posteriormente fuera detenido, la ejecución de la medida de tratamiento se considerará extinguida si se acredita que las condiciones personales del sujeto no corresponden ya a las que hubieran dado origen a su imposición.

Existen otros artículos sobre la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de estupefacientes y psicotrópicos y son los siguientes:

ARTICULO 193.- Se considera estupefacientes y psicotrópicos los que determinen la Ley General de Salud, los convenios o tratados internacionales de observancia obligatoria en México, y los que señalan las demás disposiciones aplicables a la materia expedidas por las autoridades sanitarias correspondientes, conforme a lo previsto en la Ley General de Salud.

ARTICULO 194.- Si a juicio del Ministerio Público o del juez competente, que deberán actuar para todos los afectos que se señalan en este artículo con el auxilio de peritos, la persona que adquiera o posea para su consumo personal sustancias o vegetales de los descritos en el artículo 193 tiene el hábito o la necesidad de consumirlos, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Si la cantidad no excede de la necesaria para su propio e inmediato consumo, el adicto o habitual sólo será puesto a la disposición de las autoridades sanitarias para que bajo la responsabilidad de éstas sea sometido al tratamiento y las demás medidas que procedan;

IV: Todo procesado o sentenciado que sea adicto o habitual quedará sujeto a tratamiento. Asimismo, para la concesión de la condena condicional o de beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará con antecedente de mala conducta el relativo al hábito o adicción, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento adecuado para su curación, bajo la vigilancia de la autoridad ejecutora.

d) Por último, la minoría de edad del adolescente en virtud de su inmadurez mental, constituye otra hipótesis de inimputabilidad regulada en la Ley Mexicana. Los artículos 119 a 122 del Código Penal Federal, establecen la edad de dieciocho años como límite que separa al menor del adulto para los efectos penales y precisan las medidas aplicables a los menores que realicen conductas previstas en la ley penal como delitos, las cuales se hacen consistir en varios apartados que mencionaremos más adelante.

Sobre la delincuencia de menores mencionaremos algunos artículos que son los siguientes:

**ARTICULO 119.-** Los menores de dieciocho años que cometan infracciones a las leyes penales, serán internados por el tiempo que sea necesario para su corrección educativa.

Cuando el menor llegue a los dieciocho años antes de terminar el período de reclusión que se le hubiera fijado, la autoridad encargada de la ejecución de sanciones decidirá si debe ser trasladado al establecimiento destinado a mayores.

En la actualidad existe consenso unánime respecto a la idea de que los menores son ajenos a la responsabilidad estrictamente penal y se les considera inimputables por estimarse que su edad no les ha permitido desarrollar intelectual y moral que los capacite plenamente para responder de sus actos ante el poder público. La falta de desarrollo psíquico impide al niño discernir sobre el alcance de sus actos; la falta de madurez o deficiente formación psíquica excluye igualmente al adolescente de la capacidad de conocimiento sobre el carácter ilícito de su acción y de autodeterminarse con libertad para realizarla.

#### **CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL D. F.**

Tan pronto como se sospeche que el inculpador esté loco, idiota, imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, el tribunal lo mandará examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del inculpador en manicomio o en departamento especial.

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

Si se comprueba la infracción a la ley penal y que en ella tuvo participación el inculpado, previa solicitud del Ministerio Público y en audiencia de éste, del defensor y del representante legal, si los tuviere, el tribunal resolverá el caso, ordenando la reclusión.

La solución que se dicte será apelable en el efecto resolutivo.

Art. 498. Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

Art. 499. La vigilancia del recluso estará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.

Art. 523. Cuando el Ministerio Público tenga conocimiento de que una persona ha hecho uso indebido de estupefacientes o psicotrópicos, al iniciar su averiguación, se pondrá inmediatamente en relación con la autoridad sanitaria federal correspondiente para determinar la intervención que ésta deba tener en el caso.

Art. 524. Si la averiguación se refiere al adquisición y posesión de estupefacientes o psicotrópicos, el Ministerio Público, de acuerdo con la autoridad sanitaria a que se refiere el artículo anterior, precisará acuciosamente si esa posesión tiene por finalidad exclusiva el uso personal que de ellos haga el indicado. En este caso, y siempre que el dictamen hecho por la autoridad sanitaria indique que el inculpado tiene el hábito o necesidad de consumir ese estupefaciente o psicotrópicos y la cantidad sea la necesaria para su propio consumo, no hará consignación a los tribunales; en caso contrario, ejercitará acción penal.

Art. 525. Si se hubiere hecho la consignación y dentro de las setenta y dos horas que señala el artículo 19 constitucional, se formula o se rectifica el dictamen en el sentido de que el inculcado tiene hábito o la necesidad de consumir el estupefaciente o psicotrópicos y la cantidad sea la necesaria para su propio consumo, el Ministerio Público se desistirá de la acción penal sin necesidad de consultar al Procurador y pedirá al tribunal que el detenido sea puesto a disposición de la autoridad sanitaria federal para su tratamiento, por el tiempo necesario para su curación.

Art. 526. Si el inculcado está habituado o tiene la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos y además de adquirir o poseer los necesarios para su consumo, comete cualquier delito contra la salud, se le consignará sin perjuicio de que intervenga la autoridad sanitaria federal para su tratamiento.

## DERECHO DE LOS ENFERMOS MENTALES

En los últimos años ha aumentado el interés no solo nacional sino también internacional en lo que respecta al tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales.

Durante varios años las Naciones Unidas se ha interesado en la protección de las personas que se encuentran en situación desventajosa, cuyos derechos se ven a menudo restringidos.

Los enfermos mentales son especialmente vulnerables y exigen protección especial, por lo tanto, es necesario definir y establecer claramente sus derechos.

Varias organizaciones se han preocupado por tratar la situación del enfermo mental y una de estas organizaciones es la comisión de Derechos Humanos, ya que en algún momento de la vida del individuo se ven sus derechos humanos y legales los cuales deben ser protegidos por todos los medios.

Estos principios, derechos y garantías se refieren a la protección de los enfermos mentales y al mejoramiento de la atención de la salud mental.

Aplicación (Artículo 1)

Estos principios y garantías se aplicarán a todos los enfermos mentales sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, opinión, propiedades, nacimiento u otra condición jurídica.

Definición y Empleo de los Términos (Artículo 2)

"Paciente", quiere decir: "Persona que recibe tratamiento o atención psiquiátrica porque padece una enfermedad mental".

"Enfermedad mental" quiere decir: "Una perturbación del pensamiento, el humor, la voluntad, la percepción, la orientación o la memoria que menoscaba el juicio a la capacidad de reconocer o apreciar la realidad o altera el comportamiento."

"Institución psiquiátrica" quiere decir: "Todo establecimiento o dependencia que tenga como primera función el cuidado y tratamiento de pacientes".

A continuación se presentará la carta de los derechos de los enfermos mentales, elaborada por la Comisión de Derechos Humanos (1988).

## **CARTA DE DERECHOS HUMANOS**

### **DE PERSONAS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL Y QUE ESTAN HOSPITALIZADOS**

Esta carta le deberá ser dada por escrito al paciente en los primeros cinco días de hospitalización. Si el paciente está en estado de crisis se alargará el plazo a 15 días, una copia firmada de la carta de los derechos humanos del paciente deberá ser anexada a su expediente médico.

COMO PACIENTE DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO USTED TIENE DERECHO A:

- 1.- Un ambiente seguro, higiénico y humano: 3 alimentos diarios, agua para bañarse, colchón y cobijas, atención médica profesional, medicamentos adecuados y tener ropa necesaria.
- 2.- Estar exento de medicación innecesaria o excesiva.
- 3.- Estar exento de represión física.
- 4.- No permanecer en aislamiento más de 24 horas.
- 5.- Recibir tratamiento rápido y adecuado para cualquier padecimiento físico que se le presente.
- 6.- Solicitar reuniones con su médico y demás miembros del equipo que lo estén tratando.
- 7.- Demandar por abuso físico, moral psicológico a la persona que lo cometa.
- 8.- Usar su propia ropa.
- 9.- Salir a la comunidad en intervalos regulares y frecuentes bajo autorización.
- 10.- Tener oportunidades para socializar con personas del sexo opuesto.
- 11.- Practicar la religión que desee.
- 12.- Enviar y recibir correspondencia cerrada. Tener acceso al material necesario para escribir cartas incluyendo timbres y correo.
- 13.- Tener acceso al teléfono, hacer y recibir llamadas (las llamadas de larga distancia serán cubiertas por el paciente).

14.- A recibir educación si es menor de edad o si es analfabeta cuando los pacientes estén hospitalizados por periodo largo.

15.- Participar en un programa de rehabilitación.

16.- Pedir revisión de su caso si el paciente no está conforme con el tratamiento médico que está recibiendo.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL I.A.P.  
(1988).

## LEY GENERAL DE SALUD EN RELACION CON LOS ENFERMOS MENTALES

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º consagra el derecho de cualquier persona dentro del territorio nacional a la protección de su salud por las organizaciones oficiales.

El derecho de cualquier persona a la protección de su salud se encuentra contenido en los artículos 1º, 2º y 3º de la Ley General de Salud, que establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

Las disposiciones relacionadas con la salud mental se consignan en 6 artículos que citamos a continuación:

Art. 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

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

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalables y otras sustancias que pueden causar alteraciones mentales o dependencia, y

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Art. 74. La atención de las enfermedades mentales comprende:

I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y

II. La organización, operación y supervisión de instrucciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Art. 75. El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

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

**Art. 77.** Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda; las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales. A tal efecto podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

CAPITULO

IV

**CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD**

## CUALQUIER DIA

Cualquier día, cuando menos lo esperes  
Cuando menos lo quiera  
Donde menos lo quiera  
Donde menos lo piense  
De la profunda entraña me nacerá la muerte y me volveré nada,  
yendo a ninguna parte.  
Bajo una eterna sombra  
Podrá sentirse libre quien me debe  
tranquilo quien me odia  
Defraudado el que guarde una promesa que no podré cumplir a última hora o,  
La cuenta pendiente que jamás se cobrará  
Cualquier día cesarán para mí todas las cosas.  
No sabré nada de alegrías ni miserias, ni triunfos, ni derrotas  
Se extinguiría el amor con sus angustias.  
Al detenerse el péndulo la ilusión quedará  
Petrificada en la pupila de los ojos yertos  
Quizá los que yo amé y que me amaron  
Pese a mi vanidad y mis agravios  
Puedan hacer un hueco en la memoria y albergar un recuerdo  
Que se irá consumiendo con los años.  
Tal vez van a llorar, pero las lágrimas también se vuelven polvo.  
Que terrible afrontar lo fatal y que angustioso haber tratado siempre  
De elevarme y regresar al polvo....

A L E X

## CAPITULO I V

### CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD

#### CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD

Existen una serie de confusiones y diversos criterios acerca de la imputabilidad; dichas confusiones se han dado entre los propios juristas y estudiosos del Derecho, cuando al referirse a la imputabilidad, la colocan, unos como elemento del delito, otros la consideran elemento de la culpabilidad y la teoría a la que más se adhieren, es a la que considera a la imputabilidad presupuesto de la culpabilidad.

Por otra parte, encontramos que la imputabilidad significa: "capacidad para responder; aptitud para serle atribuida a una persona una acción u omisión que constituye delito o falta" (Cabanellas, 1962). Manzini, define a la imputabilidad como "el conjunto de condiciones físicas y psíquicas puestas por la ley, para que una persona capaz de Derecho Penal pueda ser considerado como causa eficiente de la violación de precepto penal." (Cantú, 1968). La imputabilidad se refiere, según el maestro Cuello Calón (1970), "a un modo de ser de la gente a un estado espiritual del mismo y tiene por fundamento la concurrencia de ciertas condiciones psíquicas y morales exigidas por la ley para responder de los echos cometidos".

La persona, antes de que sea culpable, debe ser imputable y responsable; por lo tanto, responsabilidad e imputabilidad son presupuestos previos de la culpabilidad.

El maestro Cuello Calón (1970), sostiene al respecto que "la imputabilidad es el elemento más importante de la culpabilidad.

Será responsable el individuo imputable que a causa de la ejecución de un hecho punible deba responder de él, así que la responsabilidad es el deber jurídico que corresponde al individuo imputable de dar cuentas del hecho practicado y de responder a sus consecuencias jurídicas.

Por su parte, Jiménez de Asúa en 1963, establece: "a la imputabilidad como presupuesto psicológico de la culpabilidad, es la capacidad para conocer y valorar el deber de respetar la norma y de determinarse espontáneamente", lo cual indica que la capacidad es madurez y salud mental, en tanto la determinación es libre, por cuanto existe la posibilidad de inhibir los impulsos delictivos. Otro criterio sostenido por Jiménez de Asúa es "la imputabilidad debe estimarse como una capacidad jurídica del deber. De aceptarse este criterio de la capacidad jurídica del deber, inexistente en los inimputables, habría de considerar a éstos como incapaces de realizar actos antijurídicos.

La imputabilidad es capacidad para cometer delitos, según Carnelutti (1977), para quien la capacidad de delinquir constituye una consecuencia de la capacidad de obrar, propia de los sujetos imputables. Este criterio se apoya en la idea, de Carnelutti (1977), de que personalidad, capacidad e imputabilidad son la misma cosa, consecuencia de trasladar al ámbito penal la noción de capacidad propia de la Teoría General del Derecho.

Para Petrocelli (1965), la imputabilidad es una condición del sujeto que lo convierte en destinatario de los mandatos de la norma y por ende en obligado a su cumplimiento; por ello, siendo la imputabilidad una cualidad del hombre, dichos mandatos están dirigidos únicamente a quienes normalmente están en condiciones de determinarse conforme a ellos, lo que establece clara distinción, a su juicio, entre imputables e inimputables (Pavón, 1989).

Alfonso Reyes (1979), razona que la obligación jurídica no es esencialmente vínculo psicológico y que se configura respecto de la persona en forma automática, con absoluta independencia de la voluntad del sujeto.

En el derecho penal el delito es el abuso de la libertad, que es reprochado al autor como culpabilidad y retribuido con pena. Culpabilidad no es un acto de la determinación libre del sentido, sino, precisamente, la falta de la determinación del sentido en el sujeto autorresponsable.

Así entendida la libertad de voluntad y la culpabilidad, la capacidad de culpa o de imputación, en la opinión de Welzel (1956), es la capacidad del autor para: A) comprender lo injusto del hecho, y B) para determinar su voluntad, de acuerdo con esa comprensión. La capacidad de culpa tiene, a su entender, un elemento adecuado al conocimiento (intelectual) y otro adecuado a la voluntad (voluntario), que conjuntamente constituyen aquella capacidad (de culpa), por lo que el elemento intelectual es decisivo para la comprensión de lo injusto del hecho, pues no es necesario que el autor conozca el hecho como contrario a la ley, ni basta la conciencia de cometer un hecho amoral, sino que debe saber que "su hecho es una infracción contra aquellas normas sociales que son imprescindibles para la convivencia".

Para Mezger (1957), la imputabilidad, que constituya una parte de la teoría de la culpabilidad, consiste en una determinada disposición o estado de la personalidad del agente y de clara imputable a quien posee al tiempo de la acción las propiedades personales exigibles para la imputación a título de culpabilidad.

La imputabilidad es la capacidad de conducirse socialmente, la cual supone vinculación psicológica del hecho al autor. Este criterio fue dado a conocer por Franz Von Liszt (1957), para quien el sujeto imputable debe observar una conducta que responda a las exigencias de la vida política común de los hombres.

En primer término, Von Liszt (1957), reconoce que el contenido subjetivo de la acción tiene naturaleza psicológica y precisamente la relación entre aquél y el autor imputable, determina el acto culpable, ejecutado con dolor o culpa. Por tanto, si bien el contenido material de la culpabilidad derivase de esa relación, no es menos cierto que su esencia se identifica en el carácter social de su autor, conocible por el acto mismo, entendido como conducta antisocial.

Carlos Fontán Balestra (1957), considera que debe hacerse una análisis de los elementos constitutivos de la figura delictiva, válido para todos los casos, por otra parte este autor dice que "es necesario considerar el posible sujeto de delito, con independencia de la comisión de un hecho delictuoso, para llegar en último extremo, a determinar la relación subjetiva y jurídica entre el delito y su autor", pues un sujeto con capacidad de delinquir, por ser imputable, no ha de ser por este solo hecho considerado culpable, siendo para ello necesario que "haya puesto en ejercicio esa capacidad en el momento de realizar el acto concreto", concluyendo en definir la imputabilidad como la facultad de obrar normalmente. Von Liszt (1957), define a la imputabilidad como la capacidad de conducirse socialmente, esto es, de observar una conducta que responda a las exigencias de la vida política común de los hombres, fórmula sencilla que en su opinión es la más exacta, pues los Códigos están hechos para la generalidad y tanto social como psicológicamente el concepto de normalidad coincide con el de la mayoría.

Alfonso Reyes (1979), se apoya en la estructuración del concepto de imputabilidad, en una base psicológica, aunque afirma que tal fenómeno debe enfocarse desde los ángulos psicológicos, social y jurídico.

La imputabilidad es un modo de ser y un modo de actuar, lo primero por reflejar el estado de la personalidad en momento determinado, de acuerdo a la forma en que actúen sus esferas intelectivas y volitiva, la primera por cuanto le permite al individuo aprehender e identificar los estímulos y responder a ellos adecuadamente y la segunda porque le sirve para decidir la actitud a tomar frente al estímulo y para orientar su organismo hacia la modificación del mundo exterior, o sea para actuar de acuerdo a la determinación que se adopte (Zaffaroni, 1973).

El juicio de culpabilidad, previo al reproche mismo, presupone entonces una condición de imputabilidad en el sujeto: aquel juicio recae sobre el hecho, para declarar que su autor es culpable, en tanto la imputabilidad precisa constatar que se den en él las condiciones necesarias para ser declarado culpable.

Ahora bien, en primer término la imputabilidad del sujeto precisa en éste, la posibilidad del conocimiento del carácter ilícito del hecho y por ello del deber de acatar el mandato contenido en la norma y en segundo lugar, la posibilidad de realizarlo voluntariamente. Por lo anterior se acepta el pensamiento de Jiménez de Asúa (1967), para quien la imputabilidad es la capacidad de conocer y valorar el deber de respetar la norma y determinarse espontáneamente. La posibilidad de atribución, dice Díaz Palos (1977), establece el enlace psíquico o espiritual entre el agente y su acto para poder decir que éste es suyo, pero tal casualidad psíquica no basta para establecer la imputabilidad y la culpabilidad consiguiente, aunque es bastante para declarar la peligrosidad y correlativas medidas de seguridad, por ser necesario, además, que el acto puede ser atribuido a su agente como a su causa voluntaria.

La libertad, a efectos de la imputabilidad aduce Vela Treviño (1977), consiste en la facultad del hombre para actuar conforme a su voluntad, entendiéndose por ésta "la capacidad de autodeterminación conforme con el sentido...

La libertad o posibilidad de autodeterminación y automotivación únicamente significa que el hombre debe poseer un contenido de voluntad suficiente para encausar su conducta".(Vela Treviño, 1977).

Finalmente, dice Carrancá y Trujillo (1962), "Será imputable todo aquel que posee, al tiempo de la acción, las condiciones psíquicas exigidas, abstracta e indeterminadamente, por la ley para poder desarrollar su conducta socialmente; todo el que sea apto e idóneo jurídicamente para observar una conducta que responda a las exigencias de la vida en sociedad humana.

Por lo tanto, puede concluirse que imputación e imputabilidad son conceptos que están íntimamente vinculados. La imputabilidad se refiere a una cualidad del sujeto. Imputable es la persona a quien se atribuye o se puede imputar algo, e imputar es la acción de atribuir a alguien, como suyo, un determinado comportamiento que puede traerle consecuencias jurídicas.

## INIMPUTABILIDAD

La inimputabilidad es la capacidad del sujeto para conocer el carácter ilícito del hecho y determinarse espontáneamente conforme a esa comprensión, la inimputabilidad supone, consecuentemente, la ausencia de dicha capacidad y por ello incapacidad para conocer la ilicitud del hecho o bien para determinarse en forma espontánea conforme a esa comprensión.

Cuando el agente carece de discernimiento y voluntad, será inimputable; esta incapacidad puede presentarse cuando no existe un determinado grado de madurez física y psíquica o bien cuando la conciencia o voluntad se encuentran perturbadas de modo permanente o transitorio, no habiendo ánimo delictivo o imprudencia penada.

Las causas de inimputabilidad son entonces, todas aquellas capaces de anular el aspecto psíquico o físico para la delictuosidad y las encontramos representadas en los estados de inconsciencia permanente o transitoria, sordomudez y el miedo grave. Se ha considerado que también lo es "la minoría de edad".

A continuación se señalan, los criterios de algunos autores que tratan sobre cuales son las causas de inimputabilidad. El maestro Jiménez de Asúa (1967), considera como "causas de inimputabilidad: la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros o permanentes de las facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la falta de conocer el deber".

Liszt (1927), clasifica las hipótesis de inimputabilidad en los siguientes términos: "los casos de inimputabilidad. I. Cuando falta el desarrollo mental. a) La falta de madurez mental puede tener su causa, en primer término, en que el desarrollo del sujeto no sea completo: minoría penal. b) La falta de madurez espiritual puede tener también un fundamento en un retraso del desarrollo. El caso más importante lo constituye la sordomudez. II. Cuando falta la salud mental".

Cuello Calón (1970), considera que son causas de inimputabilidad, la sordomudez, el sonambulismo espontáneo, el hipnótismo y los estados emotivos y personales.

A juicio del autor Fernando Castellanos (1976), las causas de inimputabilidad son los estados de inconsciencia permanentes y transitorios, el miedo grave y la sordomudez.

De los criterios anteriores expuestos por los diferentes autores, se considera que algunas causas de inimputabilidad son exclusivamente biológicas o endógenas o propias del particular estado psíquico del individuo, en el momento del hecho. No hay que confundir condiciones de inimputabilidad con condiciones de inculpabilidad o de justificación del hecho, ya que estas últimas son de carácter exclusivamente exógeno.

En la determinación de las causas de inimputabilidad, las legislaciones penales emplean fundamentalmente los criterios biológicos, psicológicos y mixtos.

El criterio biológico se apoya, como es sabido, en consideraciones de orden biológico u orgánico relacionadas con el fenómeno de la inmadurez mental del sujeto. Los Códigos, apoyados en dicho criterio, señalan una determinada edad que ordinariamente fluctúa entre los 16 y los 18 años, para establecer la línea divisoria entre los sujetos imputables y los inimputables.

El psiquiátrico elabora el concepto de inimputabilidad en función del trastorno mental, sea éste transitorio o permanente, en cuyo último caso designásele comúnmente con el nombre de enfermedad mental o anomalía psicósomática permanente. El criterio psicológico se apoya en la noción psicológica que merece el sujeto, calificándolo de inimputable por cuanto no es capaz de entendimiento y autodeterminación y en términos genéricos comprende la inmadurez mental, independientemente del factor cronológico y toda clase de alteraciones o traumas psíquicos "que afectan la esfera intelectual de su personalidad o constriñen su voluntad o alteraciones más o menos profundas del biopsiquismo en la medida en que disminuyan su capacidad de comprensión y de actuación" (Reyes, 1979).

El criterio mixto permite el empleo de las anteriores combinaciones, siendo las más comunes la biológica-psiquiátrica, la psicológica-psiquiátrica y la biopsicológica.

Existe un criterio más, el jurídico, que se concreta a la valoración hecha por el juez respecto a la capacidad del sujeto para comprender el carácter ilícito de su comportamiento o para determinarse conforme dicha comprensión, de manera que la inimputabilidad es una consecuencia de valoración al considerarse al sujeto incapaz de tal conocimiento o comprensión o de mover libremente su voluntad de acuerdo a la citada comprensión del hecho (La Imputabilidad en el Derecho Penal Federal Mexicano, 1968).

La Ley Mexicana adopta, en su Código Penal Federal, un sistema biopsicológico-psiquiátrico, por lo que atiende a ese triple orden de factores para estructurar las hipótesis legales de inimputabilidad, utilizando las fórmulas tanto biológicas (minoría de edad) como psicosiquiátrica (estados de inconsciencia y enfermedades mentales).

CAPITULO

V

**EL DELITO**

Dedicado a los niños, que por alguna razón,  
tomaron caminos equivocados.

ROCIO YOLANDA

A esos niños,  
que son golpeados, maltratados  
y violados.

A esos niños,  
que se drogan  
para alejarse de los problemas  
que existen en sus casas.

A esos niños,  
donde en su país  
no cesan las guerras, el hambre e injusticias.

A esos niños,  
que tienen que prostituirse  
para llevarse  
un pedazo de pan a su boca.

A esos niños,  
que son separados  
bruscamente del seno familiar.

Les digo que,  
nada es para siempre.

Pues, aun en la más negra  
obscuridad,  
existe una luz.

María Ivonne.

## CAPITULO V

### EL DELITO

Se acepta hoy que el delito es casi en su totalidad, una consecuencia de las condiciones sociales de vida y no un resultado de la herencia biológica.

Se considera a la delincuencia o criminalidad como el producto de trastornos psicológicos provocados por factores sociales adversos que impiden la buena adaptación social del individuo. Las razones de la conducta criminal hay que buscarlas en la historia del desarrollo mental del individuo y en su proceso de socialización, en la misma forma en que se buscan los síntomas de las enfermedades mentales (San Martín, 1981).

Cuando se investiga así se encuentra que el delito es la reacción a una situación sobre la relación entre criminalidad o delincuencia y morbilidad psiquiátrica. Las estadísticas son muy variables; Bovet, 1951 encuentra que un alto porcentaje de delinquentes no presentan ningún síntoma de enfermedad mental y que, sin embargo, están calificados como "psicópatas constitucionales".

Have y Wing, 1970, han mostrado asociación entre las tasas de morbilidad y ciertos delitos muy precisos, como la ebriedad y atentados al pudor.

Se ha demostrado la influencia de ciertas Variables: Edad, Sexo, Profesión, Clase Socioeconómica.

#### FRECUENCIA DEL DELITO

A pesar de que es difícil disponer de una información completa sobre la frecuencia de delitos en una comunidad, hay suficientes datos que permiten analizar la extensión de las características epidemiológicas más importantes del problema.

Considerando las edades en conjunto se observa que el individuo presenta una mayor tendencia a cometer robos que homicidios, con excepción del grupo de 40 a 49 años y que el delito más común es el hurto.

En ambos sexos, la frecuencia decada tipo de delito es mucho más alta en los solteros que en los casados.

Hay una relación muy evidente entre las condiciones económicas y frecuencia del delito. La lucha despiadada por la existencia, puede ser el origen de esta relación.

Se ha observado que más que el bajo nivel de vida de la población, son las grandes diferencias económicas entre los grupos sociales las que influyen en la criminalidad. Parece que estas diferencias crean una ansiedad permanente derivada de la competencia diaria para subsistir.

Esta podría ser la razón por la cual países altamente industrializados y ricos como Inglaterra, Francia y Estados Unidos de América tengan tasas de criminalidad muy altas y en cambio, muchos países subdesarrollados, sobre todo aquellos en los que la población es uniformemente pobre, tengan tasas de criminalidad muy bajas.

Hay estudios que indican que la vida urbana aumenta la tendencia a la conducta criminal.

La participación del alcoholismo en la producción de delitos es importante en algunos crímenes, pero no es, en general, un factor que influye mucho, como se cree. La naturaleza de los delitos cometidos bajo la influencia del alcohol es generalmente, similar en todas partes: desordenes, peleas, trato cruel de los niños, asaltos, ofensas contra la moral.

Las toxicomanías suelen asociarse con algunas formas de conducta criminal, especialmente con los delitos sexuales.

La importancia de las enfermedades orgánicas y ciertas anomalías es más bien insignificante como causa de conducta antisocial. Los traumatismos craneales y la epilepsia tienen un papel muy pequeño.

Sin embargo, en relación, a esta última, hay psiquiatras que piensan que el temperamento epiléptico puede ser importante en la génesis de la criminalidad.

El nivel de cultura no es un factor determinante de la conducta antisocial. En relación al estado psicológico del individuo se ha atribuido como causa de conducta antisocial a las psiconeurosis, psicosis, deficiencia mental y epilepsia.

Algunas investigaciones llegan a la conclusión que no más del veinte por ciento de los delincuentes presentan trastornos mentales y por otro lado, no todos los psicóticos son delincuentes.

La delincuencia juvenil es aquella que se produce en los jóvenes menores de 18 años de edad. Las tendencias delictuosas se hacen más manifiestas durante la adolescencia y aun antes, porque este período es de transición en el que el individuo encuentra mayores dificultades para adaptarse.

Una de las conclusiones más importantes de los muchos trabajos sobre delincuencia juvenil que se han realizado en el último decenio, es el destacar la importancia principal del ambiente en su etiología, sin la participación intermedia de complejos psicológicos.

La mayoría de los niños y adolescentes que son juzgados por delincuentes no presentan anormalidades físicas o psicológicas. Son simplemente víctimas de un ambiente adverso, caracterizado por la inseguridad social, por el temor a un bajo nivel de vida o por una combinación de todos estos factores.

Para corroborar esta conclusión, las estadísticas muestran que sólo 10 a 20 por ciento de estos delincuentes jóvenes se transforman después en delincuentes adultos. Cuando el adolescente alcanza la madurez y el desarrollo de su personalidad, no es más un delincuente (San Martín, 1981).

Se podrían establecer los siguientes factores que fomentan la criminalidad:

1) Los factores hereditarios, aun cuando existen, no condicionan la criminalidad de una población. Esta depende más bien de factores externos ambientales; de ellos el más importante es el nivel económico de vida que a su vez, determina otras condiciones materiales (nivel cultural, alcoholismo, calidad de la alimentación y de la vivienda, etc.) y el nivel psicológico de la población con los cuales se relaciona el crimen.

2) La característica psicológica más notable y común entre los delincuentes es su inmadurez emocional. Esto puede ser sólo un retraso en la formación del "EGO", pero no un defecto definitivo ya que sólo el veinte por ciento de los criminales muestran anomalías psiquiátricas. La mayoría de los delincuentes juveniles presentan una personalidad normal y no se transforman en delincuentes adultos.

3) La herencia cultural, social y emocional de la familia en la cual el niño nace es de fundamental importancia en el desarrollo de la personalidad y por lo tanto, en la conducta social del niño, del adolescente y del adulto.

4) Las consideraciones anteriores permiten definir a la delincuencia como un fenómeno muy complejo en cuya gestación intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales actuando juntos o separadamente.

Si bien los factores sociales y muy especialmente los económicos, generan condiciones para que la delincuencia se produzca, existe un común denominador en todos los factores de criminalidad: el psicológico. Este común denominador se traduce a través del sentimiento de inseguridad que hay en cualquier tendencia criminal, en cualquier forma de conducta antisocial.

El trastorno fundamental en la personalidad del delincuente es el retraso o la incompleta formación del "EGO", que es el mecanismo de adaptación al ambiente social.

La desadaptación produce la inseguridad subjetiva y objetiva. La inseguridad crea temores, tensión emocional, ansiedad. Esta última, por un proceso psicológico bien conocido, tiende a liberarse en forma de agresividad. Esta da lugar a sentimientos de culpabilidad, lo que a su vez aumentan la ansiedad, estableciéndose un círculo de influencias que agravan el problema.

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA

Resulta claro que el procedimiento más racional para disminuir ostensiblemente la criminalidad es el mejoramiento del nivel de vida que la población y la eliminación de las grandes diferencias económicas entre los grupos de la sociedad. Una distribución equitativa de la riqueza nacional y de los medios de producción que ofreciera las mismas oportunidades de trabajo y de felicidad a todos podría ser la fórmula general para la solución de este problema como de muchos otros.

Además es necesario considerar otras circunstancias en la prevención de la criminalidad:

1) Se acepta hoy en día que el tratamiento del delincuente, juvenil o adulto, considerado desde el punto de vista individual, no es un problema únicamente policial y penal sino uno de reeducación y readaptación social.

2) Lograr el desarrollo completo y oportuno de la personalidad es el mejor preventivo para evitar las tendencias anormales de la conducta social del individuo. La personalidad alcanza su madurez normalmente cuando se desarrolla en un ambiente favorable.

3) La influencia de la familia y particularmente de los padres sobre el niño determinan en gran parte la actitud del individuo adulto hacia la sociedad.

4) El diagnóstico temprano y la corrección de los problemas de la personalidad y de la conducta anormal, pueda prevenir la futura delincuencia.

5) La prevención de la delincuencia adulta es, por lo tanto, la prevención de la delincuencia juvenil. La tarea actual más útil, porque es practicable, es la prevención o evitar las reincidencias en una misma persona.

6) Se está usando con éxito la psicoterapia colectiva y en los casos individuales la reeducación y la readaptación social.

Se está usando con éxito la psicoterapia colectiva y en los casos individuales la reeducación y la readaptación social.

CAPITULO

VI

**METODO**

Hace tiempo comencé a quedarme solo,  
perdi a mi familia,  
por razones que desconozco,  
poco a poco mi realidad se transformó  
hasta llevarme a un remanso.

Uno a uno de mis amigos dejaron de visitarme,  
mis hermanos de rehirme y mis padres de amarme,  
aunque observo tratando de comprender los  
cambios.

Sin embargo, aún puedo disfrutar del sol,  
del tibio aire que se mezcla  
con mi hedor y los intensos colores  
que me seducen a pensamientos  
inmorales.

Al parecer la fuente no  
puede escuchar los gritos emanados  
de está melodía que me  
mueve sin cesar y provoca  
alteraciones verdaderamente alucinantes.

Es mejor no pretender una reconciliación,  
no tratar de hacer  
reversible el cambio, pues las  
alteraciones sufridas me han  
abierto nuevos mundos.

RAUL SILVA

## CAPITULO V I

### METODO

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El planteamiento del problema se realizó basado en lo hechos que se ven en la vida cotidiana, ya que algunas personas cometen actos ilícitos, padeciendo alguna enfermedad mental y no se lleva a cabo un proceso legal especial, así como tampoco son atendidos para controlar su enfermedad mental. Por lo que se intentó encontrar: Si Existen diferencias en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables, que padecen alguna enfermedad mental y cometieron un acto ilícito.

#### PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

##### HIPOTESIS PRINCIPALES:

**Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables, que padecen alguna enfermedad mental.

**Hi:** Si existen diferencias estadísticamente significativas en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables, que padecen alguna enfermedad mental.

##### HIPOTESIS SECUNDARIAS

**Ho:** No existe dependencia estadísticamente significativa entre el síntoma de ingreso y el proceso legal.

**Hi:** Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el síntoma de ingreso y el proceso legal.

**Ho:** No existe dependencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ingreso y el proceso legal.

**Hi:** Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ingreso y el proceso legal.

**Ho:** No existe dependencia estadísticamente significativa entre el grado de ilícito y el proceso legal.

**Hi:** Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el grado de ilícito y el proceso legal.

#### DEFINICION DE VARIABLES

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Proceso legal: Conjunto de normas jurídicas que establecen si una persona es culpable o no, cuando comete un acto ilícito (Castellanos, 1976).

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Enfermedad Mental: Es cualquier trastorno de origen psíquico u orgánico persistente e incapacitante del equilibrio mental y emocional (Brussel y Cantzlaar, 1983).

**VARIABLES EXTRAÑAS:**

La edad, nivel escolar, estado civil y nivel socioeconómico.

**VARIABLES CONTROLADAS:**

Expedientes de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Sur, acto ilícito y sexo.

**DEFINICION DE POBLACION Y MUESTRA**

**POBLACION**

Se trabajó con 60 expedientes de sujetos adultos del sexo masculino que cometieron algún acto ilícito y que fueron diagnosticados con alguna enfermedad mental durante el período comprendido del 1 de julio de 1992 al 30 de junio de 1993, es decir, se trabajó con los expedientes de sujetos que fueron declarados como inimputables e imputables.

**TIPO DE MUESTRA**

Se utilizó una muestra no probabilística, ya que la elección de los expedientes no fue al azar, puesto que tenían que cubrir ciertos requisitos que fueron necesarios para la investigación, como son que padezcan alguna enfermedad mental y cometieron algún acto ilícito, y que ingresaron al pabellón psiquiátrico durante el período comprendido del 1 de julio de 1992 al 30 de junio de 1993.

## ESCENARIO

Los expedientes fueron revisados en el archivo clínico de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Sur.

## TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

### TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó un estudio transversal observacional, ya que no se pretendió hacer un estudio de seguimiento en donde se revisaron los diagnósticos a lo largo de la vida del sujeto, sino que se hizo el corte en el momento de la revisión diagnóstica, para conocer la situación legal del sujeto.

### DISEÑO

Se utilizó un diseño no experimental, *expost facto*, ya que no se manipulo la variable independiente, ni se asignaron los expedientes en forma aleatoria (Kerlinger, 1981).

### PROCEDIMIENTO

Se elaboró una cédula de captación de datos, en la cuál se obtuvieron los datos necesarios para la investigación como son: la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, fecha de ingreso al servicio de psiquiatría, tipo de delito, nivel socioeconómico, síntomas de ingreso, diagnóstico y situación jurídica.

En la presente investigación se revisaron 94 expedientes de sujetos que cometieron algún acto ilícito y también fueron diagnosticados con alguna enfermedad mental. Esta investigación se hizo durante el periodo comprendido del 1º de julio de 1992 al 30 de junio de 1993. Tres de estos expedientes se excluyeron porque no cumplieron con los requisitos necesarios para la investigación. También se excluyeron aquellos expedientes de los sujetos que están en proceso y los que quedaron libres, es decir se trabajo con 39 expedientes en el caso de los sujetos imputables y con 21 expedientes en el caso de sujetos inimputables.

Los expedientes fueron proporcionados por el archivo clínico de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Sur. Tabla y Gráfica No. 1, (véase anexo).

Únicamente se trabajó con los expedientes de sujetos que fueron declarados como inimputables y los imputables; es decir, se trabajó con 60 expedientes los cuales cumplieron con los requisitos establecidos por el estudio. Se trabajó con 21 expedientes de sujetos que fueron declarados como inimputables y con 39 expedientes de sujetos que fueron declarados como imputables.

Se revisaron expedientes, únicamente de pacientes del sexo masculino, ya que en la unidad médica, en donde se encuentra el pabellón psiquiátrico se encuentra en la sección masculina del Reclusorio Preventivo Sur.

Se revisaron los síntomas de ingreso, diagnóstico de ingreso, el tipo de ilícito cometido; así como también algunos factores socioculturales como son edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

#### PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para el procedimiento de datos se utilizó la prueba de  $X^2$  cuadrada; ésta es una prueba de significancia estadística, empleada como prueba de independencia, con el objeto de determinar si existe relación sistemática entre las variables; es decir, con esta prueba podemos ver si las variables son independientes o relacionadas, y así poder ver la relación existente entre ellas.

La lógica básica de la prueba consiste en preguntarse hasta qué punto la proporción observada se aparta significativamente o no, de la proporción esperada. El nivel de medición mínimo es nominal.

La fórmula de la  $\chi^2$  es:

$$\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

donde:

O= son las frecuencias observadas en cada celda.

E= son las frecuencias esperadas o las frecuencias obtenidas.

Mientras mayor sea la  $\chi^2$ , es cuando se tiene más probabilidad de rechazar la hipótesis nula.

Con el objeto de determinar la magnitud de la dependencia entre las variables se utilizó el coeficiente V. de Cramer. El nivel de medición es nominal y el coeficiente varía entre 0 y 1.00.

Tabla de interpretación descriptiva de los coeficientes de correlación producto-momento, según Guilford, (1954)

r menor que .20 correlación leve, casi insignificante.

r de .20 a .40 baja correlación, definida, pero baja.

r de .40 a .70 correlación moderada, sustancial.

r de .70 a .90 correlación marcada, alta.

r de .90 a 1.00 correlación altísima, muy significativa, perfecta.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el análisis estadístico son los siguientes. En el análisis de frecuencias se encontró que en el grupo de inimputables, los síntomas de ingreso más frecuentes fueron alucinaciones auditivas y visuales con una frecuencia de 8 (38%); ideas delirantes 5 (24%); conducta agresiva 3 (14%); deterioro intelectual 2 (10%); aplanamiento afectivo 2 (10%); bajas capacidades abstraccionales y congoscitivas 1 (4%), Tabla y Gráfica N° 2, (véase anexo).

En cuanto al grupo de Imputables se encontró que los síntomas de ingreso más frecuentes fueron alucinaciones visuales y auditivas con una frecuencia de 12 (31%); conducta agresiva 10 (26%); crisis depresivas 8 (20%); ideas delirantes 6 (15%); fallas de juicio 3 (8%), Tabla y Gráfica N° 3, (véase anexo).

En la presente investigación se utilizó la  $X^2$ , empleada como prueba de independencia, para la comprobación de las hipótesis planteadas.

Los resultados obtenidos en la  $X^2$  son los siguientes:

$X^2$	=	16.76
SIGNIFICANCIA	=	0.02
V DE CRAMER	=	.5286

Con el objeto de determinar la magnitud de la dependencia entre las variables se utilizó el coeficiente V de Cramer. El resultado de la V de Cramer fue de .5286, con un nivel de significancia al 0.02; por lo que se concluye que la dependencia entre las variables es moderada; por lo que se acepta la hipótesis secundaria alterna la cual dice:

Hi: Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el sintoma de ingreso y el proceso legal.

En lo que se refiere a los Diagnósticos de Ingreso encontrados en el grupo de Inimputables los más frecuentes fueron Esquizofrenia con una frecuencia de 7 (31%); Psicosis 6 (29%); Retraso Mental 4 (20%); Daño Cerebral Orgánico 2 (10%); y Síndrome Cerebral no Psicótico 2 (10%), Tabla y Gráfica N°. 4, (véase anexo).

En el grupo de Imputables los Diagnósticos de Ingreso más frecuentes fueron Síndrome Cerebral Orgánico Psicótico con una frecuencia de 19 (49%); Farmacodependencia Múltiple 7 (17%); Trastorno Antisocial de la Personalidad 6 (16%); Reacción Depresiva Situacional e Intento Suicida 5 (13%); y Alcoholismo Crónico 2 (5%), Tabla y Gráfica N°. 5, (véase anexo).

Los resultados obtenidos en la  $X^2$ , empleada como una prueba de independencia son los siguientes:

$X^2$	=	60.00
SIGNIFICANCIA	=	0.00
V DE CRAMER	=	1.00

Con el objeto de determinar la magnitud de la dependencia entre las variables se utilizó el coeficiente V de Cramer. El resultado de la V de Cramer fue de 1.00, con un nivel de significancia al 0,00; por lo que podemos concluir que la dependencia entre las variables es altísima, muy significativa; por lo que se aceptó la hipótesis secundaria alterna la cual dice:

**H<sub>1</sub>:** Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el Diagnóstico de Ingreso y el proceso legal.

Con los resultados obtenidos se puede observar, que dentro del grupo de sujetos inimputables el grado de enfermedad mental es más grave que la encontrada en el grupo de sujetos imputables; ya que en este grupo de sujetos la enfermedad mental que se presenta es secundaria en la mayoría de los casos, al consumo de algún tipo de tóxico.

Por lo tanto, también el grado del ilícito en el grupo de inimputables resultó tener menor gravedad, ya que se encontró que la frecuencia más alta del ilícito es el Robo 9 (43%); Lesiones 4 (19%); Robo de Infantes 2 (9%); Allanamiento de Morada 2 (9%); Tentativa de Robo 1 (5%); Daño en Propiedad Ajena 1 (5%); Portación de Arma Prohibida 1 (5%); y Tentativa de Homicidio 1 (5%), Tabla y Gráfica N° 6, (véase anexo).

En tanto que en el grupo de imputables el ilícito más frecuente es el Robo con una frecuencia de 16 (41%); Homicidio 6 (15%); Lesiones 6 (15%); Portación de Arma de Fuego 5 (13%); Violación y Abuso sexual 4 (10%); Daños Contra la Salud 1 (3%); Vagancia y Malvivencia 1 (3%), Tabla y Grafica No.7, (véase anexo).

Los resultados obtenidos en la  $X^2$  empleada como una prueba de independencia son los siguientes:

X	=	24.13
SIGNIFICANCIA	=	0.02
V DE CRAMER	=	.63419

Con el objeto de determinar la magnitud de la dependencia entre las variables se utilizó el coeficiente V de Cramer. El resultado de la V. de Cramer fue de .63419, con un nivel de significancia al 0.02; por lo que puede concluirse que la dependencia entre las variables es moderada; por lo tanto, se acepta la hipótesis secundaria alterna la cual dice:

Hi: Si existe dependencia estadísticamente significativa entre el grado de ilícito y el proceso legal.

Por lo que se puede concluir que el grado del ilícito, es de mayor gravedad en el grupo de imputables que en el grupo de inimputables.

Por lo que puede concluirse, que el planteamiento de esta investigación es adecuada, en el cual se plantea que existen diferencias en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables, que padecen alguna enfermedad mental y cometieron un acto ilícito.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal alterna la cual plantea que:

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables, que padecen alguna enfermedad mental y cometieron un acto ilícito.

Con los resultados obtenidos en el análisis estadístico podemos decir, que existen factores socioculturales que afectan ya sea de manera directa o indirectamente en el grado de enfermedad mental de los sujetos, así como también en el grado del ilícito cometido y en algunos de estos factores son: el nivel socioeconómico, la edad, la escolaridad, la ocupación y el estado civil. Por lo que se puede concluir que en el grupo de inimputables, el nivel socioeconómico en su totalidad fue de nivel bajo, mientras que en el grupo de imputables un porcentaje alto fue de nivel bajo, pero también se encontró en un porcentaje menor del nivel socioeconómico medio, Tablas y Gráficas N° 16 y 17, (véase anexo).

Estos resultados se unen a los de muchas investigaciones en las cuales, se ha encontrado una evidente relación entre las condiciones económicas y la frecuencia de la criminalidad; la lucha despiadada por la existencia, puede ser el origen de esta relación; también se ha observado que en el nivel de vida bajo influye en la criminalidad (San Martín, 1981).

En lo que respecta a la edad se puede decir que en ambos grupos predomina el rango de edad de 18 a 39 años (Tabla y Gráfica N° 12 y Tabla y Gráfica N° 13), (véase anexo), son los que cometen con más frecuencia actos delictivos y presentan indicios de enfermedad mental; por lo cual se corroboran los resultados con otras investigaciones ya mencionadas (Freedman, 1979).

Algunos tipos de psicosis o enfermedades mentales pueden iniciarse antes de los 15 años y después de los 70 años, (Bumke, 1946 y Wertham, 1929). Lo frecuente es que la mayoría de los casos ocurran entre los 20 y los 30 años. Se ha encontrado que los primeros brotes maníacos se observan en individuos jóvenes (Winokur, G, 1969). La esquizofrenia hebefrénica es una forma precoz y de comienzo lento. Se inicia entre los 15 y 25 años de edad (Vallejo Nagéra, 1981).

En lo que se refiere a la escolaridad, se puede concluir que en el grupo de los inimputables el nivel de escolaridad es bajo; mientras que en el grupo de imputables existe un grado de escolaridad más alto, ya que se encontró un bajo porcentaje a nivel profesional, Tabla y Gráfica N° 8 y Tabla y Gráfica N° 9, (véase anexo).

Los resultados obtenidos, en lo que se refiere a la ocupación en el grupo de inimputables, predomina la ocupación de empleado y sub-empleado y lo mismo resultó en el grupo de imputables, Tabla y Gráfica N° 10 y Tabla y Gráfica N° 11, (véase anexo). Con los resultados obtenidos en esta investigación puede decirse que la escolaridad y la ocupación no son factores importantes, que influyan en la conducta antisocial, (San Martín, 1981).

En lo que respecta al estado civil, podemos decir, que en ambos grupos se encontró un porcentaje alto de solteros que cometen actos delictivos, Tabla y Gráfica N°14 y Tabla y Gráfica N° 15, (véase anexo). Estos resultados se unen a otras investigaciones en las cuales se encontró que la frecuencia de cada tipo de delito se presenta más en solteros (San Martín, 1981).

## T A B L A S

**SITUACION JURIDICA ENCONTRADA EN LOS EXPEDIENTES  
DE SUJETOS QUE INGRESARON AL PABELLON PSIQUIATRICO  
PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.**

SITUACION JURIDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMPUTABLES	39	43 %
EN PROCESO	28	31 %
INIMPUTABLES	21	23 %
LIBRES	3	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100 %</b>

**T A B L A N º 1 .**

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

## SINTOMAS ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

SINTOMAS DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES	8	38 %
DETERIORO INTELECTUAL	2	10 %
BAJAS CAPACIDADES ABSTRACT- CIONALES Y COGNOSCITIVAS	1	4 %
IDEAS DELIRANTES	5	24 %
CONDUCTA AGRESIVA	3	14 %
APLANAMIENTO AFECTIVO	2	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N° 2.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**SINTOMAS DE INGRESO ENCONTRADOS EN SUJETOS  
IMPUTABLES**

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

<b>SINTOMAS DE INGRESO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES	12	31 %
CONDUCTA AGRESIVA	10	26 %
CRISIS DEPRESIVAS	8	20 %
IDEAS DELIRANTES	6	15 %
FALLAS DE JUICIO	3	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

**T A B L A N° 3.**

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

## DIAGNOSTICO DE INGRESO ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES

PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

DIAGNOSTICO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESQUIZOFRENIA	7	31 %
PSICOSIS	6	29 %
RETRASO MENTAL	4	20 %
DAÑO CEREBRAL ORGANICO	2	10 %
SINDROME CEREBRAL ORGANICO NO PSICOTICO	2	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 4.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**DIAGNOSTICO DE INGRESO ENCONTRADOS EN SUJETOS  
IMPUTABLES**

PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

DIAGNOSTICO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SINDROME CEREBRAL ORGANICO PSICOTICO	19	49 %
FARMACODEPENDENCIA MULTIPLE	7	17 %
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	6	16 %
ALCOHOLISMO CRONICO	2	5 %
REACCION DEPRESIVA SITUACIONAL E INTENTO SUICIDA	5	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 5.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**TIPO DE ILICITO ENCONTRADO EN SUJETOS  
INIMPUTABLES**

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

TIPO DE ILICITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ROBO	9	43 %
LESIONES	4	19 %
ROBO DE INFANTE	2	9 %
ALLANAMIENTO DE MORADA	2	9 %
TENTATIVA DE ROBO	1	5 %
DAÑO EN PROPIEDAD AJENA	1	5 %
PORTACION DE ARMA PROHIBIDA	1	5 %
TENTATIVA DE HOMICIDIO	1	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N° 6.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**TIPO DE ILICITO ENCONTRADO EN SUJETOS  
IMPUTABLES**

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

TIPO DE ILICITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ROBO	16	41 %
HOMICIDIO	6	15 %
LESIONES	6	15 %
PORTACION DE ARMA DE FUEGO	5	13 %
VIOLACION Y ABUSO SEXUAL	4	10 %
DAÑOS CONTRA LA SALUD	1	3 %
VAGANCIA Y MALVIVENCIA	1	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 7.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS INIMPUTABLES**

PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETAS	2	10 %
PRIMARIA INCOMPLETA	6	28 %
PRIMARIA COMPLETA	6	28 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	10 %
SECUNDARIA COMPLETA	3	14 %
PREPARATORIA	2	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 8.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS IMPUTABLES**

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETAS	2	5 %
PRIMARIA INCOMPLETA	8	21 %
PRIMARIA COMPLETA	4	10 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	18 %
SECUNDARIA COMPLETA	9	23 %
PREPARATORIA	8	21 %
PROFESIONAL	1	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 9.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS INIMPUTABLES**

PERIODO DEL 1° DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EMPLEADOS	10	48 %
SUB EMPLEADOS	9	43 %
DESEMPLEADOS	2	9 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

**T A B L A N° 10.**

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS IMPUTABLES**

PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADOS	27	69 %
SUB EMPLEADOS	9	23 %
DESEMPLEADOS	3	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

**T A B L A N º 11.**

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS INIMPUTABLES E IMPUTABLES**

**INIMPUTABLES**

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 ---- 28 AÑOS	13	62 %
29 ---- 39 AÑOS	5	24 %
40 ---- 50 AÑOS	1	5 %
51 ---- 60 AÑOS	2	9 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N° 12.

**IMPUTABLES**

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 ---- 28 AÑOS	25	64 %
29 ---- 39 AÑOS	11	28 %
40 ---- 50 AÑOS	2	5 %
51 ---- 60 AÑOS	1	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N° 13.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS  
EN SUJETOS INIMPUTABLES E IMPUTABLES**

**INIMPUTABLES**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS	19	90 %
CASADOS	1	5 %
UNION LIBRE	1	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 14.

**IMPUTABLES**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS	31	90 %
CASADOS	4	5 %
UNION LIBRE	4	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

T A B L A N º 15.

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

**FACTORES SOCIOCULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS  
INIMPUTABLES E IMPUTABLES**

**INIMPUTABLES**

<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MEDIO	0	0 %
BAJO	21	100 %
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

**TABLA Nº 16.**

**IMPUTABLES**

<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MEDIO	12	31 %
BAJO	27	69 %
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

**TABLA Nº 17.**

\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

## CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en la presente investigación puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas en el proceso legal que se lleva a cabo cuando un enfermo mental comete un acto ilícito, es decir, que en el proceso legal entre sujetos inimputables y sujetos imputables si existen diferencias.

Por otra parte, con los resultados obtenidos se encontró que un porcentaje alto fue de sujetos que cometieron actos delictivos y presentaron alguna patología mental, quienes fueron declarados imputables, lo cual demuestra que los sujetos no presentan la enfermedad o trastorno mental de origen congénito, sino que la mayoría de los sujetos presentan el trastorno o enfermedad mental secundario al consumo de alguna toxicomanía, es decir, son dependientes a alguna droga como marihuana, alcohol y, en su mayoría, a alguna sustancia inhalante como el tinher o alguna sustancia de uso industrial.

También, los resultados muestran un porcentaje alto de sujetos que están en proceso, por lo que se hace evidente la necesidad de establecer un diagnóstico temprano que permita un tratamiento oportuno, así como la pronta solución a la situación jurídica, evitando de esta manera el periodo prolongado al cual son sometidos los sujetos, durante en seguimiento de un juicio, que en ocasiones es inadecuado, que agrede física y moralmente al individuo, cuando se diagnostica con alguna patología mental, en una etapa avanzada del procedimiento judicial y también cuando se sabe que al cometer el acto ilícito padece alguna enfermedad mental y no se le da la atención y tratamiento adecuado.

Se sabe que cuando un individuo ingresa a algún centro de readaptación social, por haber cometido un delito, en los reclusorios existe un centro de observación y clasificación (C. O. C.), en el cual, se le realizan una serie de exámenes tanto médicos como psicológicos y así, poderlo clasificar para su ingreso en los diferentes dormitorios.

Este centro es de mucha ayuda para clasificar a los internos, pero debería de haber un departamento especial para personas que cometen actos delictivos y que se sospecha padecen alguna enfermedad o trastorno mental, para que sea canalizado de manera especial, con el fin de que en un período de tiempo más breve se le pueda dar una pronta solución a su problema, con un trato justo y una determinación jurídica adecuada.

Con lo observado en la realización de la presente investigación se puede concluir que en ocasiones el procedimiento jurídico es otro, y que no se cumple con lo establecido por las leyes penales; si bien es cierto que si se sospecha la existencia de una enfermedad mental se solicita la participación de peritos médicos psiquiatras, para que den un dictamen, y que si la enfermedad es comprobada, se suspende el juicio ordinario y se inicia un juicio especial, no necesariamente de carácter judicial, si el sujeto cometió la infracción, el juez dictará una medida de seguridad, que consiste en el internamiento o tratamiento en libertad.

Pero se queda una gran interrogante, ¿en cuánto tiempo se realiza todo lo antes mencionado, en un mes, un año, cuánto se tardan para dar un dictamen médico - psicológico - psiquiátrico y cuánto tiempo más para que el juez dé un dictamen jurídico?

En la investigación realizada se pudo observar que para determinar si un sujeto es responsable o no de la comisión de un acto ilícito es imprescindible determinar su capacidad de querer cometer o si hubo una automotivación para cometer la conducta y entender dicha conducta como ilícita. Cuando un sujeto carece de esta capacidad de querer y entender se le considera inimputable, infractor de la norma jurídica, haciéndose acreedor a cumplir una medida de seguridad, tiempo en el cual recibirá tratamiento médico - psicológico - psiquiátrico.

El internamiento tendrá lugar en el centro de readaptación social o reclusorio, en el pabellón psiquiátrico, por un tiempo no mayor al máximo que correspondería como sanción preventiva de la libertad, equiparada al delito cometido por un sujeto "normal", periodo en el cual deberá someterse a los exámenes necesarios (médico - psiquiátrico, criminológico) que determinarán su evolución o si el sujeto continúa necesitando el tratamiento.

De diagnosticarse sano o terminar el tiempo de la medida de seguridad se dará aviso a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social dependiente de la Secretaría de Gobernación, que en caso necesario lo pondrá a la disposición de la Autoridad Sanitaria de Gobernación correspondiente o bien se entregará a quien legalmente le corresponda hacerse cargo de él (tutor o familiar).

Durante la realización de la investigación en el Reclusorio Preventivo Sur se pudo observar que existen casos de sujetos o internos que ya han pasado varios años recluidos y no se les ha realizado el juicio jurídico correspondiente; esto sucede con las personas con un proceso legal "normal", que pasan 3, 4 o más años sin solución a su juicio legal y cuando se les realiza un juicio jurídico y llegan al cumplimiento de la condena dictada por el juez correspondiente, los internos no salen en libertad por una serie de trámites requeridos por el sistema.

Es triste mencionarlo pero esta es la realidad de nuestras leyes penales y de los centros de readaptación social o reclusorios preventivos, en los cuales no se está cumpliendo con lo establecido por las leyes y el sistema de gobierno mismo.

Si esto se hace con los internos "normales", ¿qué sucederá con los internos que presentan algún trastorno o enfermedad mental? ya que una gran parte de la población que presenta enfermedad o trastorno mental son abandonados por sus familiares y no hay quien esté al tanto de su situación legal.

Con lo que se pudo observar y por experiencia propia que se vivió, en el tiempo que se trabajó durante la investigación, se puede deducir que un alto porcentaje de los enfermos mentales que se encuentran en el Pabellón Psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur, han cumplido con su medida de seguridad, dictada durante su juicio especial, y las autoridades no han podido hacer nada por que se les traslade a otros centros para su pronta rehabilitación o, en su caso, de enfermos crónicos que sean trasladados a granjas u otras estancias.

Por otra parte, con los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir que existe un porcentaje alto de internos que cometen actos ilícitos, en edades tempranas y que el rango de edad más frecuente es de entre los 18 y los 39 años de edad.

Hay una marcada tendencia a presentar algún tipo de enfermedad mental antes de los 24 años y esto corresponde a la edad de inicio más frecuente de enfermedades mentales como son la esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, lo cual coincide con resultados encontrados en otras investigaciones ya mencionadas, como las realizadas por Winokur, 1969 y Vallejo Nagera, 1981.

Situación que puede ser relacionada con la aparición en edades tempranas de la sintomatología psiquiátrica lo que concuerda con las investigaciones realizadas por Bumke, 1946 y Wertham, 1929.

El grado de escolaridad es heterogéneo y la ocupación en un porcentaje elevado son obreros y comerciantes ambulantes; por lo que se puede concluir que el grado académico y la ocupación en sujetos inimputables no es determinante para que se presente la enfermedad mental. También en el grupo de imputables el grado de escolaridad es heterogéneo y en la ocupación se encontró un porcentaje alto de empleados, por lo que se puede concluir que la ocupación no es un factor determinante en este grupo de imputables para que se manifieste el grado de enfermedad mental y el acto antisocial; estos resultados son similares a la investigación realizada por San Martín, 1981.

Por lo que respecta al estado civil, la gran mayoría de los sujetos tanto del grupo de inimputables como del grupo de imputables, el porcentaje más alto resulto que son solteros, resultados que se apegan a la investigación realizada por San Martín, 1981.

Por lo que se refiere al nivel socioeconómico, en el grupo de inimputables el porcentaje total fue del nivel bajo y en el grupo de imputables también el porcentaje más alto fue de nivel bajo.

Si bien es cierto que un gran número de casos se ignora el origen de la enfermedad mental, así como la edad de aparición, por lo que puede ser compatible, a la falta de atención de familiares y del mismo individuo, ante la enfermedad mental, por desconocimiento o indiferencia, por desarrollarse ésta, en la mayoría de los casos, en un medio socioeconómico medio-bajo, en un núcleo familiar desintegrado y numeroso, en el cual favorece el problema de enfermedades o trastornos mentales.

## APORTACIONES Y SUGERENCIAS

Con la presente investigación del "Enfermo Mental Ante la Ley" se han esclarecido muchas de nuestras dudas acerca del trato de los enfermos mentales que cometen algún acto antisocial (delito). Así se pudo investigar cómo se llevan a cabo una serie de procedimientos para comprobar que el delincuente es un enfermo mental, además de ser un tema muy interesante, se pudieron observar muchas de las carencias de nuestras leyes, las cuales a la fecha resultan obsoletas y contradictorias. Tomando en cuenta que muchos de los artículos que se manejan fueron establecidos desde 1929 y los cuales son incongruentes con la época que se vive.

Con la presente investigación se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en el proceso legal que se lleva a cabo en sujetos inimputables y sujetos imputables que padecen alguna enfermedad o trastorno mental. Los resultados obtenidos son similares a otras investigaciones ya mencionadas como son las de San Martín, 1981, en la que se observó que el nivel de vida o el nivel socioeconómico influye en la criminalidad. En lo que respecta a la edad los resultados son similares a los encontrados por Bumke y Wertham (1929), en donde se observó que algunos tipos de psicosis o enfermedades mentales pueden iniciarse antes de los 15 años y después de los 70 años. También, Winokur (1969) observó que es frecuente que la mayoría de los casos de trastornos mentales o brotes maniacos se desarrolla en individuos jóvenes. Vallejo Nagera, en 1981, encontró que la esquizofrenia hebefrénica se inicia entre los 15 y 25 años de edad. Por otra parte, San Martín (1981) encontró que el tipo del delito es más frecuente en los solteros.

En la presente investigación no se pudieron obtener resultados acerca del sexo y si éste es factor determinante para que se desarrollen las enfermedades mentales y a su vez se cometan actos ilícitos, ya que la población con la que se trabajó fue únicamente del sexo masculino.

En este estudio se plantearon los diferentes problemas que se presentan en lo que se refiere a la situación del "Enfermo Mental Ante la Ley".

Para con esto hacer un llamado y crear conciencia en los profesionistas que tienen contacto con este tipo de población, así como también, concientizan a los servicios de salud para seguir creando nuevos proyectos y alternativas para el mejor funcionamiento de estas instituciones; independientemente, hacer un llamado a las autoridades correspondientes, para que se realice una revisión en cuanto a la situación jurídica de los enfermos mentales, ya que se encontró un porcentaje alto de sujetos que están en proceso; es necesario que se establezca un diagnóstico temprano que permita aclarar la situación jurídica del sujeto en un período de tiempo más limitado, es decir, que si se observa algún indicio de enfermedad mental se le proporcione al sujeto tratamiento oportuno y una pronta solución a su situación jurídica, para que de este modo no se agrave su patología mental, sin dejar de proteger a la sociedad.

Surge la interrogante de ¿Cómo puede lograrse esto si la autoridades correspondientes, limitan al profesional diciendo que no hay presupuesto para plazas de psicólogos, médicos, psiquiatras, etc.? Bueno, con la presente investigación se propone que en los hospitales psiquiátricos, reclusorios, etc., se forme un comité de bioética, el cual esté formado por un grupo de especialistas que dirijan al grupo y por pasantes de psicología, psiquiatría, etc., y éstos aporten nuevas ideas, elaboren métodos y proyectos para el mejor funcionamiento de esta población que es la de enfermos mentales y una mejor alternativa de rehabilitación para esta población que se encuentran en estas instituciones; así se podría dar un mejor servicio a los internos, como la institución les proporcionaría a los pasantes de las distintas áreas de la salud, una alternativa de adquirir más conocimientos y experiencia.

Así la institución no aporta presupuesto para el desarrollo humano, pero con esto se estará acortando el tiempo del proceso legal, ya que se daría un diagnóstico en un tiempo más breve y, por lo tanto, se dará una pronta resolución legal, y una adecuada rehabilitación al interno.

Para la prevención de las enfermedades mentales se sugiere que en las escuelas de educación básica y media superior se establezcan programas de salud mental o psicológicos, para que con estos programas se detecten las anomalías en las etapas tempranas de desarrollo del niño, es decir, por medio de estos programas se puede tener como objeto estimular la autoconfianza y conectar al individuo con su medio y hacer un diagnóstico temprano, así como la corrección de los problemas de personalidad y de conducta anormal.

Que la escuela fomente el buen desarrollo mental del niño y también se intente descubrir los problemas psicológicos tempranamente para dar un tratamiento oportuno y adecuado.

También sería bueno crear cursos para padres de familia en los cuales se pueda plantear la importancia que tiene la familia, particularmente los padres y la influencia que ejercen éstos sobre el niño y que a su vez esta influencia es determinante, en gran parte, en la actitud del futuro adulto.

De igual modo, se propone ampliar los programas de información sobre la farmacodependencia, para que los niños no ignoren el efecto que producen las drogas en el organismo, y con esto prevenir la curiosidad del niño con el propósito de prevenir en un futuro próximo que se convierta en un farmacodependiente y, a su vez, cometa actos delictivos.

Por último se recomienda que se impartan cursos a los maestros para crear conciencia en ellos de la importancia y la responsabilidad que tienen para crear un ambiente escolar favorable a la salud mental y del reconocimiento oportuno de problemas psicológicos en el niño, ya que se ha sabido que en la actualidad los maestros carecen de calidad humana y el espíritu de la docencia, ya que el trato que les dan a los niños es inadecuado, los agreden física y verbalmente, tanto en escuelas oficiales como en particulares.

## LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones que se presentaron en la realización de esta investigación es, en primer lugar, la gran dificultad para poder tener acceso a las instituciones gubernamentales, como son los reclusorios o centros de readaptación social, en las que las autoridades correspondientes ponen una serie de obstáculos para poder entrar a las mismas, así como también para tener acceso a los materiales y expedientes.

Otra y muy importante limitación es que sólo se pudo trabajar con expedientes de sujetos del sexo masculino, ya que el pabellón psiquiátrico se encuentra ubicado en el área de hombres, por lo que no se pudieron ampliar los resultados acerca del sexo y si este es un factor importante en la incidencia de enfermedad mental y de actos delictivos.

Otra limitación fue que un gran número de sujetos se encuentran en proceso y, por lo tanto, no se pudo dar un resultado más amplio de sujetos que cometen actos ilícitos y que padecen alguna enfermedad mental.

Aquí surge nuevamente la interrogante del ¿por qué de un proceso legal tan largo e inconcluso, a veces inadecuado que agrede física y moralmente al individuo y el por que no cumple con lo establecido en las leyes penales?

## A N E X O

## ANEXO

Se elaboró una cédula de captación de datos, con el fin de que en la revisión de expedientes se facilitara la obtención de la información requerida como fue la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, fecha de ingreso al servicio de psiquiatría, tipo de delito, nivel socioeconómico, síntomas de ingreso, diagnóstico psiquiátrico y situación jurídica, y así, excluir aquellos expedientes que no entraran dentro del período comprendido del 1° de julio de 1992 al 30 de junio de 1993; así como también, aquellos expedientes que estaban en proceso y los que salieron libres.

RECLUSORIO PREVENTIVO SUR  
INFORME DE PACIENTE PSIQUIATRICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° EXP: \_\_\_\_\_

EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL : \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD : \_\_\_\_\_

OCUPACION : \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA : \_\_\_\_\_

DELITO : \_\_\_\_\_

NIVEL SOCIOECONOMICO : \_\_\_\_\_

SINTOMAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

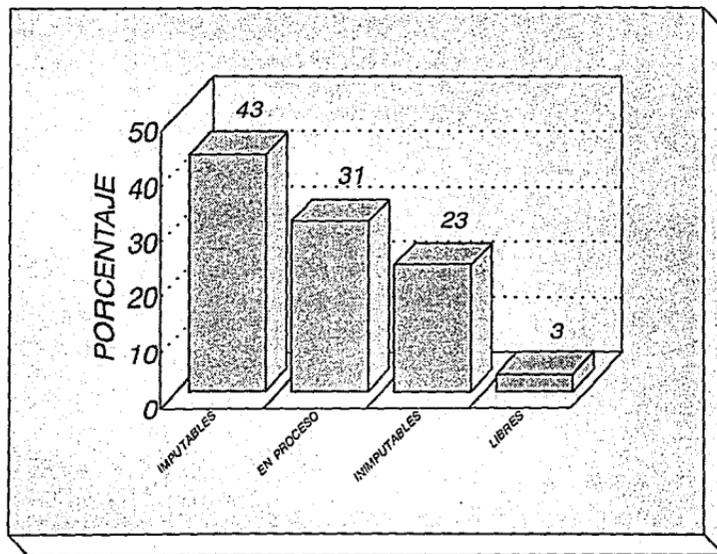
\_\_\_\_\_

SITUACION JURIDICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

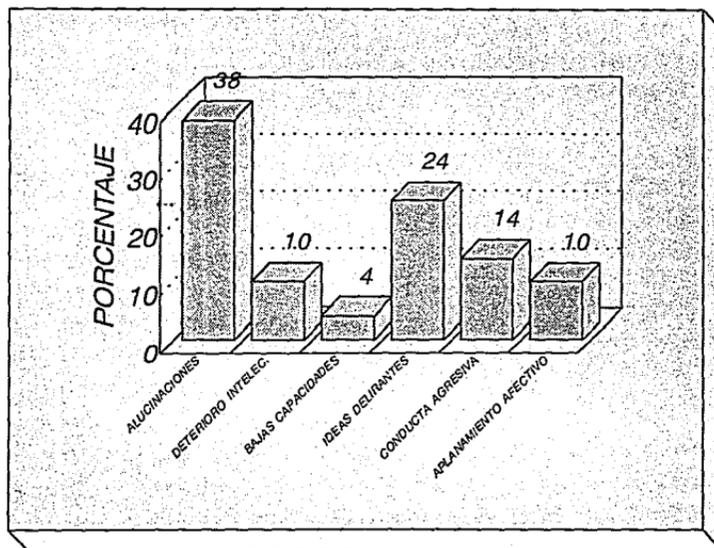
## GRÁFICAS

**SITUACION JURIDICA ENCONTRADA EN LOS EXPEDIENTES  
DE SUJETOS QUE INGRESARON AL PABELLON PSIQUIATRICO**



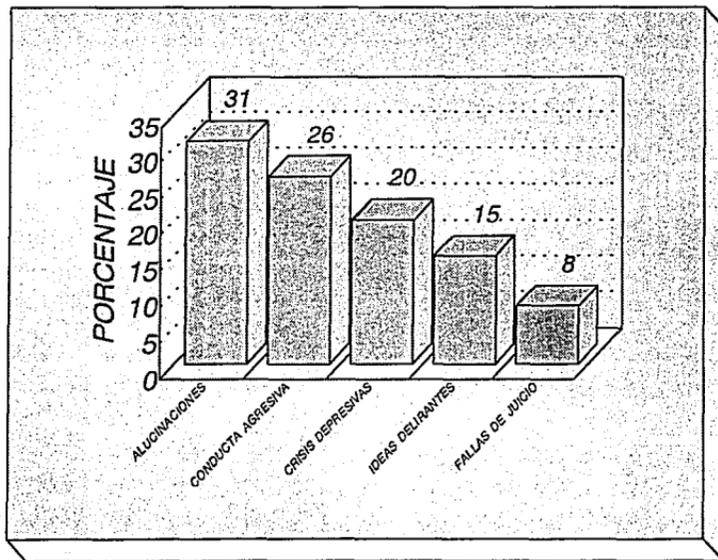
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993.  
\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.  
GRAFICA 1

**SINTOMAS ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1.º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**SINTOMAS DE INGRESO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 2**

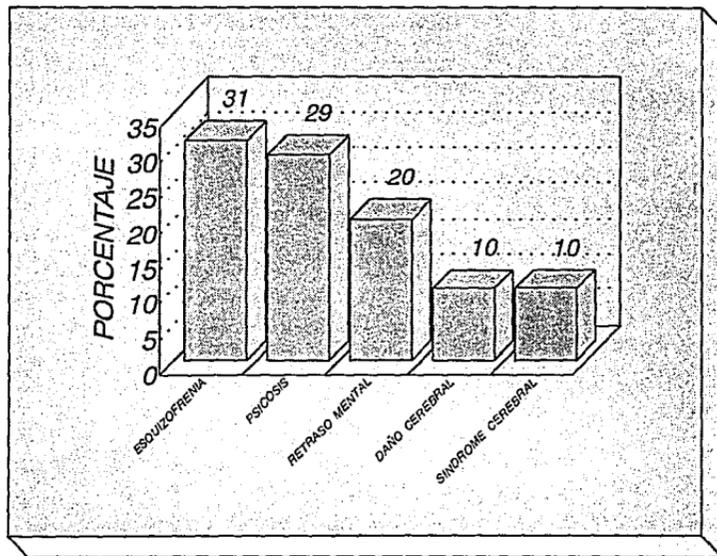
**SINTOMAS DE INGRESO ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**PORCENTAJE**

**SINTOMAS DE INGRESO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 3**

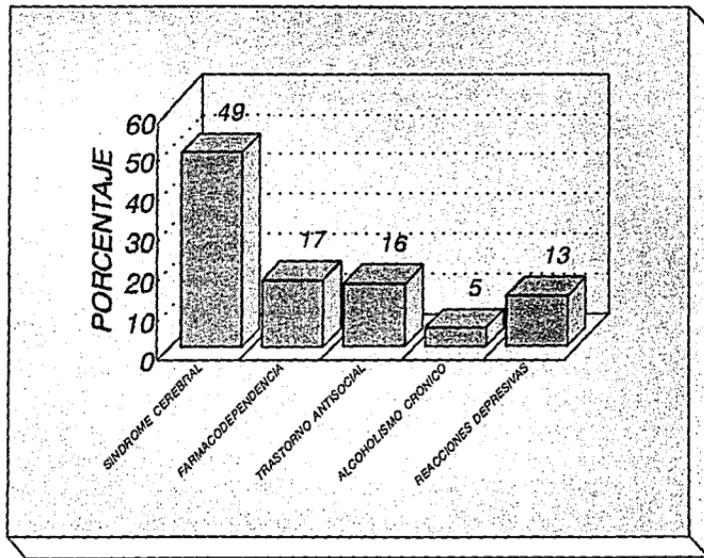
**DIAGNOSTICO DE INGRESO ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**PORCENTAJE**

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**  
**\* FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 4**

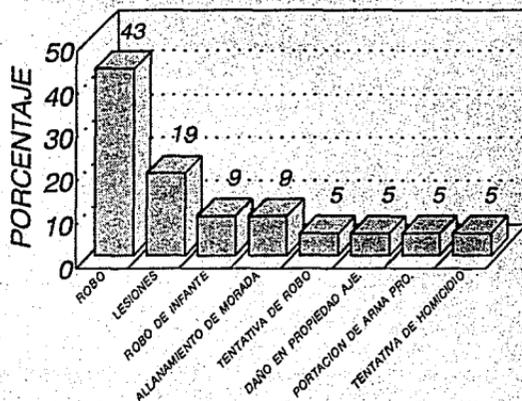
**DIAGNOSTICO DE INGRESO ENCONTRADO EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**PORCENTAJE**

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR**  
**GRAFICA 5**

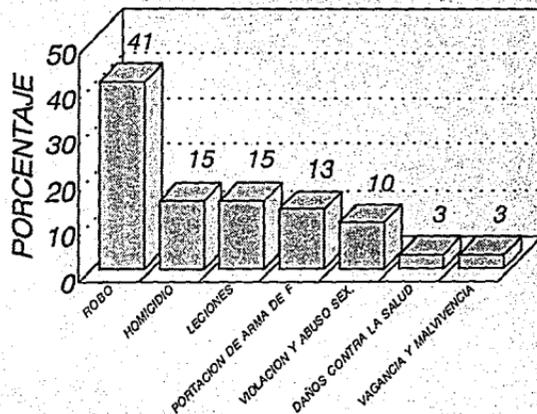
**TIPO DE ILICITO ENCONTRADO EN SUJETOS INMUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**PORCENTAJE**

**TIPO DE ILICITO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 6**

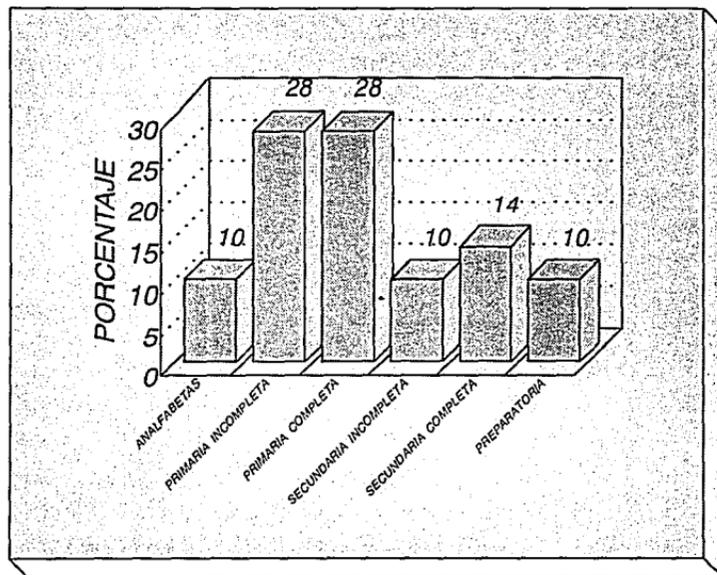
**TIPO DE ILICITO ENCONTRADO EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**PORCENTAJE**

**TIPO DE ILICITO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 7**

FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993



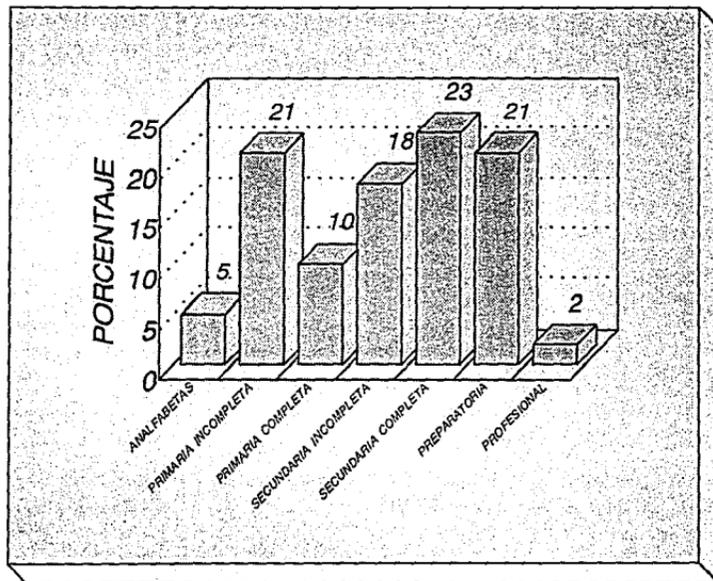
 PORCENTAJE

ESCOLARIDAD

\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.

GRAFICA 8

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**

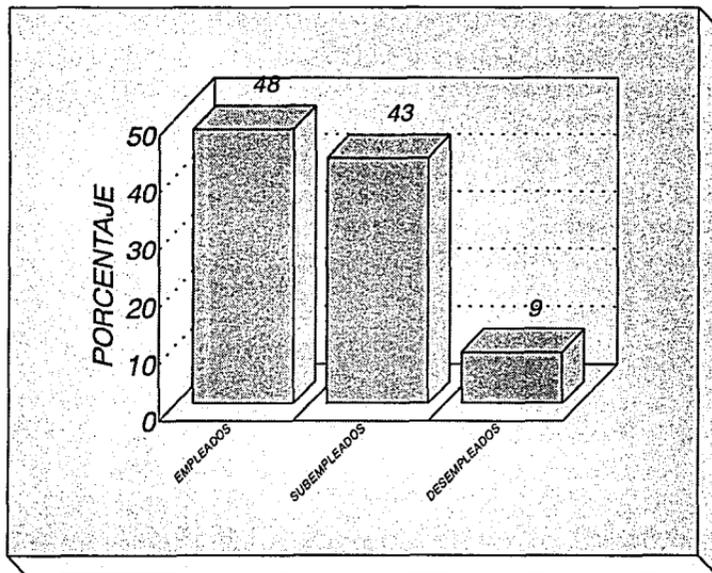


**PORCENTAJE**

**ESCOLARIDAD**

**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.  
GRAFICA 9**

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



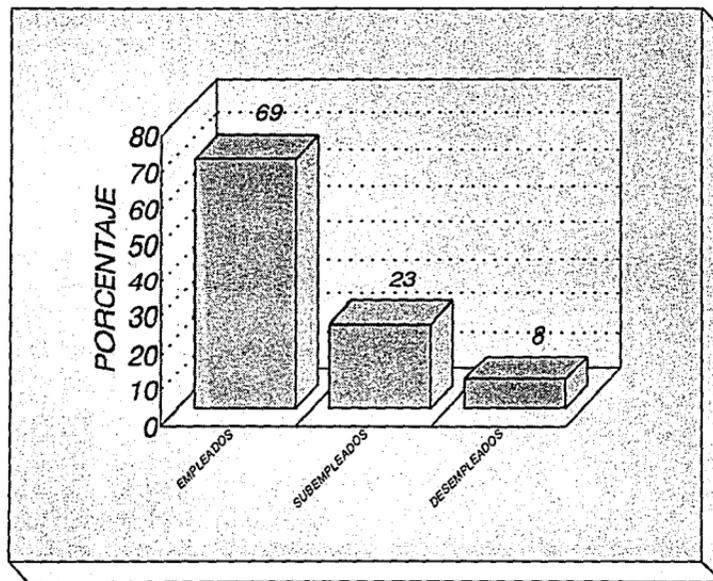
**PORCENTAJE**

**OCUPACION**

**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**

**GRAFICA 10**

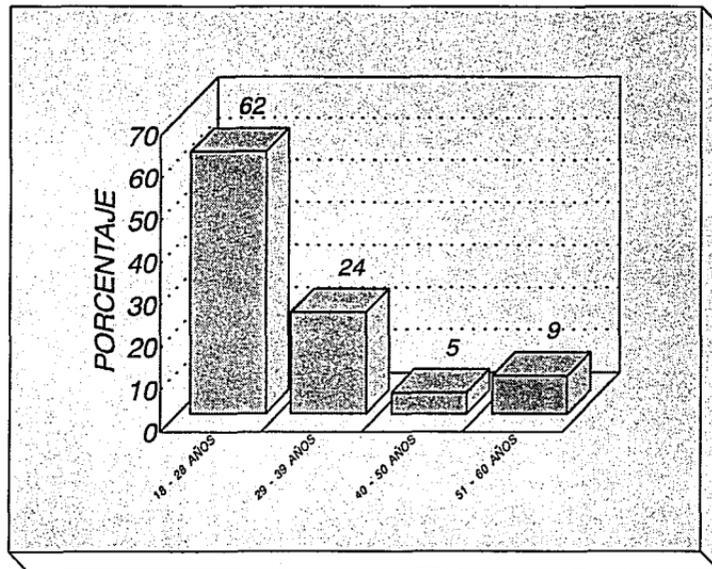
FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993



 PORCENTAJE

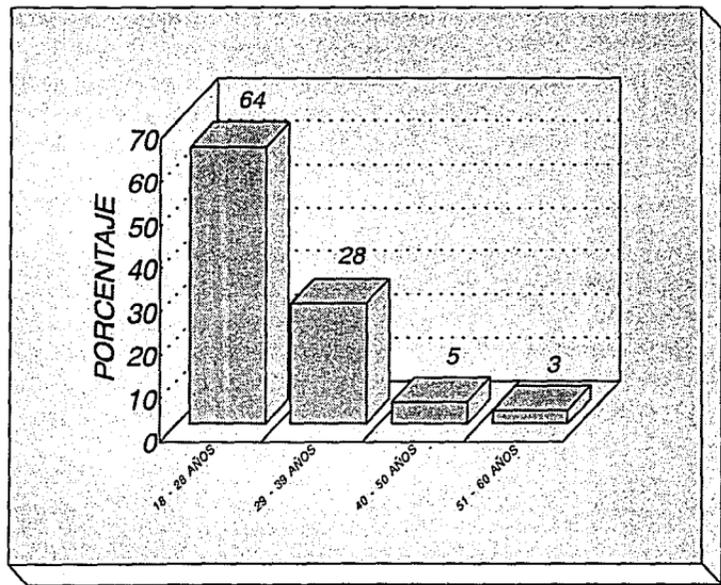
OCUPACION  
\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.  
GRAFICA 11

FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993



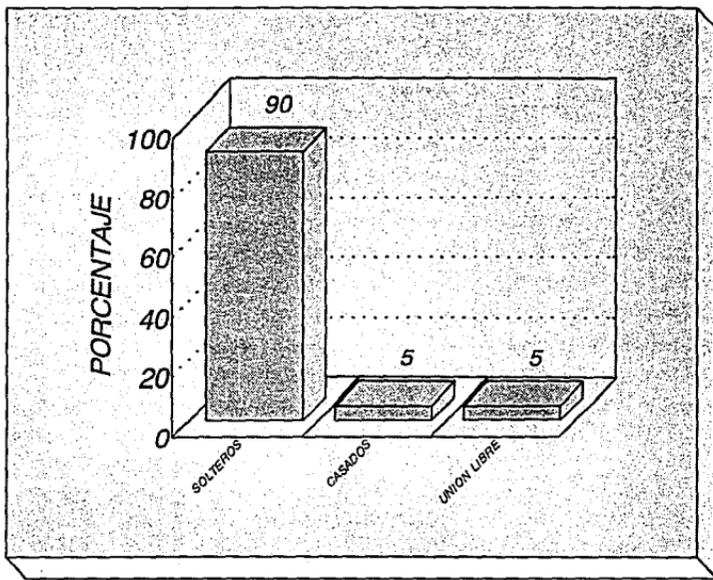
RANGO DE EDAD  
\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.  
GRAFICA.12

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



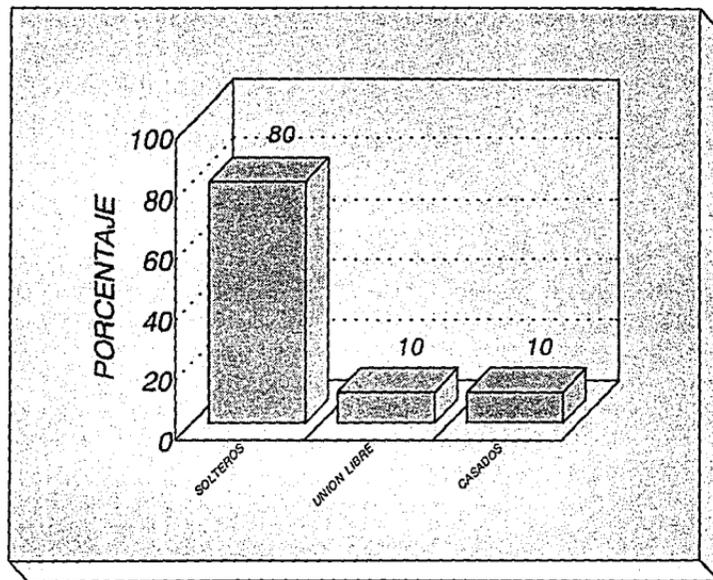
**RANGO DE EDAD**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 13**

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



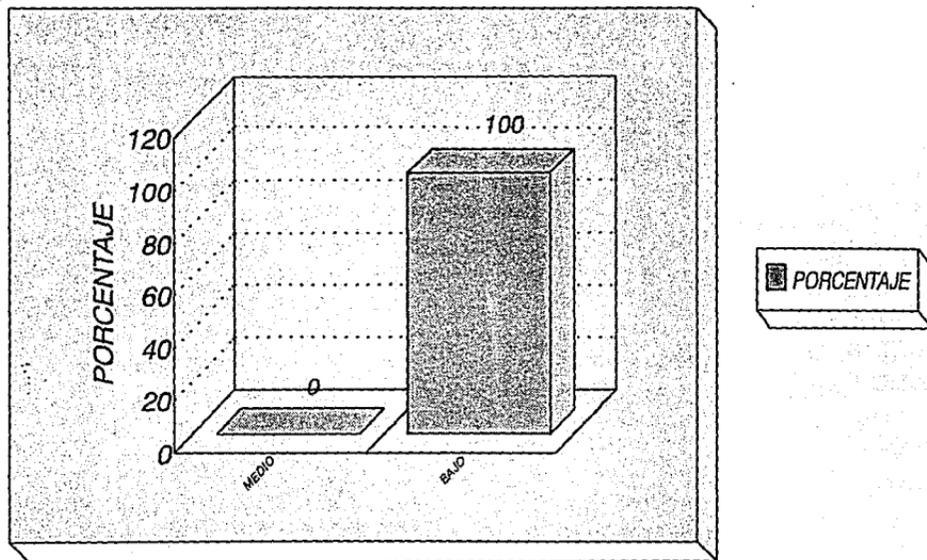
**ESTADO CIVIL**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR**  
**GRAFICA 14**

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**ESTADO CIVIL**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR**  
**GRAFICA 15**

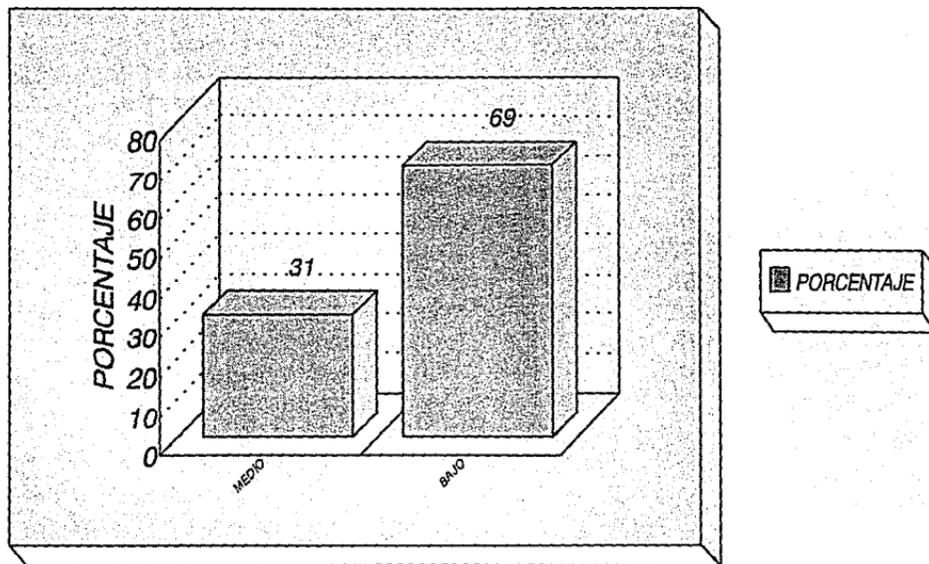
**FACTORES SOCIOCULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS INIMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**NIVEL SOCIOECONOMICO**

**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.  
GRAFICA 16**

**FACTORES SOCIOCULTURALES ENCONTRADOS EN SUJETOS IMPUTABLES  
PERIODO DEL 1º. DE JULIO DE 1992 AL 30 DE JUNIO DE 1993**



**NIVEL SOCIOECONOMICO**  
**\*FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD MEDICA DEL RECLUSORIO PREVENTIVO SUR.**  
**GRAFICA 17**

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- Amark, C. A. (1951). "Study in Alcoholism". Acta Psychiat; Scand.
- Armau Gras, Jaime. (1986). "Psicología Experimental", Un Enfoque Metodológico, Editorial Trillas, México.
- Bettiol, G (1965). "La Capacitè Giuridica Penale". Derecho Penal, Parte General, Editorial Témsis, Bogotá.
- Benitez, F. (1969). "Los Hongos Alucinantes", Ediciones Era, México.
- Bumke, O (1946). "Nuevo Tratado de las Enfermedades Mentales". Seix Editor.
- Bustamante, M. E. (1970). "Aspectos Socioeconomicos", Simposio: El Alcoholismo y sus Consecuencias Sosiomédicas, Gaceta médica de México.
- Busch, A. K. and Johnson, W. C. (1950). "L. S. D. 25 as Ab aid in Psychotherapy". Dis. Nerv. System 11.
- Brown, F. (1942). "Heredity in the Psychoneurosis". Proceedings of the Royal Society of Medicine.
- Brussel, James y Cantzlaar, George (1983). "Diccionario de Psiquiatría". México, D. F. Editorial C.E.C.S.A.
- Cabanelas, Guillermo. (1962). "Diccionario de Derecho Usual", Tomo II, Editores librerros.
- Cantu , Sandra Tatiana. (1968). "Anales de Jurisprudencia", Estudios Jurídicos, Tomo 152.
- Carrancá y Trujillo (1962). "Código Penal Anotado". Antigua Librería Robredo, México.

Caso Muñoz, Agustín. (1989). "Fundamentos de Psiquiatría", Editorial Noriega Limusa, México.

Caso Muñoz, Agustín. (1971). "Las Depreciones y su Tratamiento", Gaceta Médica de México.

Caso Muñoz, Agustín. (1968). "Panorama Actual de la Psicofarmacología". Actualidades Médicas y Quirúrgicas. Academia Nacional de Medicina, México.

Castellanos Tena Fernando (1976). "Lineamientos Elementales de Derecho Penal", Editorial Porrúa. México.

"Código Civil" (1991). Para el Distrito Federal. Editorial Porrúa, México.

"Código Penal" (1991). Para el Distrito Federal. Editorial Porrúa, México.

"Código de Procedimientos Penales" (1990). Para el Distrito Federal, México.

Colín Sánchez, Guillermo.(1977). "Derecho Mexicano de Procedimientos Penales", Editorial Porrúa, S. A., México.

"Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental" (1992-1993). Documentos Elaborados (S.S.A.)

"Congreso Mundial de Salud Mental". (1991). Fundación Mexicana Para La Rehabilitación del Enfermo Mental, I.A.P., Ciudad de México.

Contreras, C.M. (1971). "La Cannabis". Salud Mental, México.

Cousiño Mac Iver. (1974). "Manual de Medicina Legal", Editorial Jurídica de Chile.

Cuello Calón, Eugenio. (1970). "Derecho Penal", Editorial Nacional, México.

Cury (1973). "Orientación Para El estudio de la Teoría del Delito", Santiago.

De la Fuente R (1972). "El Problema de la Farmacodependencia", Gaceta , Médica de México.

Díaz Palos (1977). "Teoría General de la Imputabilidad", Editorial Trillas , México.

Domino, E. F. (1962). "Human Pharmacology of Tranquillising Drugs" Clin Pharmacol.

Downie, N. M. , y Heath, R. W. (1973). "Métodos Estadísticos Aplicados", Editorial Haría, México.

Fenichel, Otto. (1988). "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis", Editorial Paidós , México.

Fontan Balestra. (1957). "El Elemento Subjetivo del Delito", Depalma Editores, B. Aires.

Freedman, Alfred. (1979). "Compendio de Psiquiatría", Salvat Editores, S. A.

Freedman, A. M., Kaplan, H. T, y Sadock, B. J. (1972). "Modern Synopsis of Psychiatry". The Williams & Wilkins Co., Baltimore

Galindo Garfia, Ignacio. (1990). "Diccionario Jurídico Mexicano", Edición Puesta al Día.

García Ramírez. (1968). "La Imputabilidad en el Derecho Penal Federal Mexicano", Instituto de Investigaciones Jurídicas, U. N. A. M., México.

Goodwin, D. W. (1974). "Drinking Problems in Adopted and Nanadopted Sons of Alcoholics".

Goth, A. (1966). "Farmacología Médica", Editorial Interamericana, S.A., México.

Guilford, J.P. (1954). "Psychometric Methods", Mc Graw Hill, Nueva York.

Haizlip, T. M. y Ewing, J. A. (1958). "Me Probamate Habitation". A Controlled Clinical Study. New England J. Med. 258,1181.

Holguín Quiñones, Fernando. (1984). "Estadística Descriptiva Aplicada a las Ciencias Sociales", U. N. A. M., México.

Jiménez de Asúa, Luis. (1967). "La Ley y El Delito". Principios de Derecho Penal, Editorial Sudamericana, B. Aires .

Jiménez de Asúa, Luis. (1963). "Tratado de Derecho Penal" (tomo v), Editorial Losada, Argentina.

Kalinowsky, L. B. y Hippus, H. . Pharmacological, Convulsive and Other Somatic Treatments in Psychiatry. Grune & Stratton, Nueva York y Londres.

Kerlinger, Fred N. Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento, Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México.

Klein, F. K., Rajaport, H., Elliott, H. W. Cannabis Alkaloids, Nature.

Kraepelin, E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburg.

Kretschmer, E. (1925). "Psyque and Character". Harcourt, Brace and Wold, Nueva York.

Laing y Esterson (1967). "Cordura, Locura y Familia". México.

Lawrence C. Kolb.(1980) Psiquiatría Clínica Moderna , La Prensa Médica Mexicana.

"La impitabilidad en el Derecho Penal Federal Mexicano". (1968). Instituto de Investigaciones Jurídicas, U.N.A.M., México.

Levin, Jack. (1979) Fundamentos de la Estadística en la Investigación Social, Editorial Harla México.

"Ley General de Salud" (1990). Editorial Porrúa, México.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-III), (1986). Editorial Masson, S. A., México.

Martínez Murillo, Salvador. (1974). Medicina Legal . Editorial Librería de Medicina, México.

Matussek, N. (1972). Biochemical Aspects of Depression. Depressive Illness, Editado por P. Kielholtz., Hans Huber., Bern Stutgart Viena.

Mendelson, J. H. Stein, S. y Mello, N. K. (1965). "Effects of Experimentally Induced Intoxication on Metabolism of Ethanol".

Mezger. (1957). Tratado de Derecho Penal, Revista de Derecho Privado.

Minski, L. (1972). Psychopathy and Psychoses Associated with Alcohol. Journal of Mental Science. 84, 985.

Mc Gguigan, F.J. (1984). Psicología Experimental. Enfoque Metodológico, Editorial Trillas , México.

Noyes, A. P. y Kolb, L. C. (1968). "Mcdern Clinical Psychiatry". Saunders, Filadelfia.

Padua, Jorge (1981). Técnicas de Investigación . Aplicadas a las Ciencias Sociales. El Colegio de México.

Pavón Vasconcelos , Francisco. (1989). Imputabilidad e Inimputabilidad, Editorial Porrúa, S.A., México.

Pavón Vasconcelos , Francisco. (1978). Manual de Derecho Penal, Editorial Porrúa, México.

Pérez Palma , Javier. (1983). Guía de Derecho Procesal Civil, Editorial Porrúa México.

Perris, C. (1966). A study of Bipolar (Manicdepressive) and Unipolar Recurrent Drepresive Psychosis, (suplemento,194).

Reyes , Alfonso. (1979). La Imputabilidad, Universidad Externado de Colombia.

Reich, L. H. Davis R. K. y Himmel Hoch, J. M. (1974). "Excessive Alcohol use in Maniadepressive illness. Am. J. Psychiatry; 83.

Roiz, F. R. y Morfin, J. A. (1975). "El Alcoholismo y la Salud Pública". El Medico. año 24, Núm. 11, Marzo.

Salomon - Patch. (1976). Manual De Psiquiatría, Editorial el Manual Moderno, S. A. de C.V., México.

San Martín. (1981). Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, S. A., México.

Soler, Sebastián. (1945). Derecho Penal, Argentina, B. Aires.

Vallejo Najera, Juan Antonio Dr. (1977). Introducción a la Psiquiatría, Editorial Científico Médica, España.

Vela Treviño. (1977). Culpabilidad e Inculpabilidad, Editorial Trillas, México.

Villalobos. (1970). Derecho Penal Mexicano, Editorial Porrúa, México.

Von Liszt (1927). "Tratado de Derecho Penal". Madrid, España.

Watts, Fraser N. Bennett, Douglas H. (1990). Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica, Editorial Noriega Limusa, México.

Weil, A T., Zinberg, N. E. y Nelsen, J. M. (1969). "Clinical and Psychological effects of Mariguana in Man". Addict.

Wertham, F. (1929). A Group of Benign Chronic Psychoses: Prolonged Manic Excitements. Amer. J. Psychiat. 9. 17.

Welzer. (1956). "Derecho Penal", Depalma Editores, Buenos Aires.

Winokur, G., Clayton, P. J. y Reich, T. (1969). "Manicdepressive illness". The C. V. Mosby Company, Saint Louis.

Zaffaroni. (1973). "Teoría del Delito", Ediar Editor, Buenos Aires.