



20
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ARAGON

**"PELIGROSIDAD CRIMINOLOGICA DEL ESQUIZOFRENICO
PARANOIDE"**

T E S I S

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El hombre no siempre se vale de barrotes para construir jaulas. También las ideas pueden ser jaulas. Aquellos que no viven según las ideas de la mayoría son los que han de ser puestos en jaulas especiales. Pero tenemos que encerrarlos con llave tanto conceptual como físicamente. Las puertas de las clínicas mentales se abren en cierta forma, pero las más difíciles de abrir son las puertas de nuestras mentes.

Ronald D. Laing

DEDICATORIA

A mi mamá... con todo mi amor y profunda admiración.

A mi papá.

A Yola, Mary, Ale, Toña, Toño, Gaby.

A Javier

A Dios

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada Ma. Guadalupe Durán Alvarado, por el apoyo y la asesoría incondicional que me ofreció en todo momento, maestra en la escuela y en la vida, dentro de la Criminología.

A la Dra. Carina Vélez y de la Rosa, psiquiatra de profesión y de corazón, por su presencia en éste trabajo, quien me ayudó limitadamente en el aspecto médico y humano plasmado en la tesis. Gracias por su experiencia.

Al Dr. Carlos Humberto Gámez Mer, por su apoyo, exigencia y fuerza de espíritu.

Al Dr. Jesús Del Bosque Garza, por su ánimo, su impecable trabajo y la brillantez que siempre lo ha caracterizado.

A los pacientes del Pabellón 5, y en general a todos los del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno", por permitirme convivir con ellos, y conocer, en una pequeñísima parte, sus alegrías y sus tristezas. Gracias por el aprendizaje y el crecimiento personal que obtuve de esta experiencia.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por contener en ella todo un cúmulo de esperanza y vitalidad.

A Angel Vega Lopez y Gabriela Ibáñez Hernández, por el auxilio íntegro en cuestiones de computación, así como de asesoramiento técnico referente a la investigación de campo.

CONTENIDO

INTRODUCCION	VI
METODOLOGIA	1
RESULTADOS Y ANALISIS :	
 CAPITULO I. CONCEPTOS GENERALES	
1) TRASTORNO MENTAL	8
2) DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA Y SUS TIPOS	12
3) PELIGROSIDAD.....	19
 CAPITULO II. ASPECTOS HISTORICO DOCTRINARIOS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE COMO ELEMENTO DE PELIGROSIDAD CRIMINOLOGICA	28
 INVESTIGACION DE CAMPO:	
 CAPITULO III. PERFIL CRIMINOLOGICO DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR SAMUEL RAMIREZ MORENO"	
1) CUADRO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	34
2) HISTORIA PERSONAL DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE.....	41
3) FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE.....	50
4) MEDIO CRIMINOGENO EN QUE SE DESARROLLA	56
5) DINAMICA CRIMINOLOGICA DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL	64
 CAPITULO IV. PELIGROSIDAD CRIMINOLOGICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO	
1) FACTORES PREDISPONENTES.....	78
2) FACTORES PREPARANTES	85
3) FACTORES DE SENCADENANTES	90
4) FACTORES ACTIVANTES E INHIBIDORES.....	94

CAPITULO V. TRATAMIENTO JURIDICO Y CRIMINOLOGICO DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO*

1) LEGISLACION PENAL VICENTE ACERCA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN MEXICO. D.F.....	99
2) DERECHOS HUMANOS.....	109
3)VICTIMOLOGIA.....	119
4) PROBABILIDAD DE REINICIENCIA CRIMINOLOGICA.....	128
5) REHABILITACION Y READAPTACION DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE A LA SOCIEDAD MEXICANA.....	135
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis aborda el tema referente al perfil criminológico del esquizofrénico paranoide, partiendo desde la manifestación plena de la enfermedad mental, hasta los factores endógenos y exógenos que interactúan en la producción de conductas antisociales realizadas por los mismos, detallando el proceder específico en la dinámica criminológica; vislumbrando, de esta forma, aquellos factores de riesgo que se traducen en la "peligrosidad" que pueden llegar a presentar

Así pues, se abarcan cuestiones fundamentales tanto de tipo médico, tales como el cuadro clínico que presenta el esquizofrénico paranoide, y de índole micro y macrosocial; elementos que pueden condicionar y predisponer a que el individuo realice conductas antisociales, estudiando qué influencias existen del medio ambiente, la familia, las instituciones, etc.; es decir, el estudio de las fuerzas individuales y sociales, tratando de abordarlo integralmente.

También se contemplan aspectos como los referentes a la victimología, donde se trata de analizar el perfil de la víctima de la conducta antisocial perpetrada por el esquizofrénico paranoide, y de la dinámica existente en su manifestación.

De igual forma, se establecen de manera general y enunciativa, la legislación penal vigente en México, D.F., respecto a los enfermos mentales, y los documentos que contienen consagrados los derechos fundamentales de los mismos.

Por último, a manera de recapitulación, se mencionan la rehabilitación y readaptación social del individuo, lo cual nos remite inevitablemente a la probabilidad de reincidencia criminológica; de la misma forma, se elaboran ciertas consideraciones a manera de conclusiones y propuestas.

METODOLOGIA

El presente trabajo de tesis se desarrolló en el período que abarca de abril de 1992 a diciembre de 1994, en el cual se aplicaron técnicas tanto de investigación documental como de campo.

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Los dos primeros capítulos versan sobre el análisis de información de tipo **documental**, para lo cual se consultaron fuentes bibliográficas especializadas, que tratan los temas específicos; atendiéndose a autores nacionales y extranjeros, tanto en material bibliográfico editado, como en publicaciones de artículos que se refieren a dichos tópicos.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Por lo que se refiere a la **investigación de campo**, ésta se llevó a cabo en el **Pabellón 5** del **Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno"**, institución pública considerada de segundo nivel, por ser de especialidad en psiquiatría, que depende de la Secretaría de Salud, ubicado en el Km. 5.5 de la Autopista México-Puebla, sin número, Santa Catarina Yecahuizotl, Delegación Tláhuac, México, D.F.

Este Hospital proporciona atención médica a población abierta, pero solo en internamiento a pacientes del sexo masculino, mayores de 18 años, que en general tengan un proceso crónico de su padecimiento psiquiátrico.

- **Descripción del Area de Estudio**

El hospital cuenta con una extensión de 26 hectáreas, su zona de internamiento consta de cinco pabellones, con una capacidad de atención de 100 camas por cada uno, así como la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP), con capacidad de 8 camas. También existen áreas

que, además de proporcionar atención a pacientes internos, también la otorgan a la comunidad en general, como lo son el área de Consulta Externa, Hospital Parcial y el Programa de Niños, aunados a los de reciente creación, como lo son Salud Mental Comunitaria y Medicina Anticipativa. Cada una de las áreas mencionadas cuenta con un equipo de especialistas en salud mental, que proporcionan la atención médica y paramédica a los pacientes internos y externos; dichos servicios son : Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Trabajo Social, Enfermería y Rehabilitación. Por lo que respecta a los pabellones, cada uno de éstos se divide a su vez en dos alas, la A y la B, con el fin de estructurar y organizar más detalladamente las áreas de atención médica y, en general, proporcionar el mantenimiento adecuado a las instalaciones.

Los pacientes internos tienen características similares dependiendo el pabellón donde se encuentren; y así, se podría decir que, por lo que respecta al Pabellón 1, se ubican en su mayoría los pacientes que padecen retraso mental en diversos grados. Muchos de ellos, a parte de la incapacidad mental, también sufren de disminuciones en sus funciones físicas, en varias manifestaciones y grados, haciendo en algunos casos que el paciente no pueda valerse por sí mismo. Sus instalaciones se encuentran bardeadas, para mayor seguridad del paciente.

El Pabellón 2 alberga, en una de sus secciones, a pacientes enviados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", los cuales son individuos adolescentes que también tienen lesiones cerebrales profundas y el grado de deterioro es muy elevado; aunado a que también, en su mayoría, sufren de disfunciones físicas. La otra ala alberga a pacientes que pueden deambular por todo el Hospital.

Por lo que respecta a los Pabellones 3 y 4, se integran por pacientes cuyo padecimiento no ha tenido un curso tan deteriorante, que pueden deambular por las instalaciones hospitalarias y que realizan, en mayor forma, actividades de rehabilitación; siendo la población de ambos más o menos homogénea en cuanto a diagnósticos psiquiátricos.

Y, por último, en el Pabellón 5, que es el que nos ocupa, se encuentran pacientes con antecedentes penales (a disposición judicial o de las autoridades sanitarias), o bien, si no los

tienen, si presentan un grado considerable de agresividad o se registran en sus antecedentes intentos de fuga.

Dicho pabellón fue el que reemplazó, al momento de la creación del Hospital en 1967, al de Reos y Agitados, que pertenecía al hoy extinto Manicomio General de la Castañeda; y que, de igual forma, atendía a pacientes con antecedentes penales y aquellos que se les denomina agudos, es decir, a quienes se exagera su cuadro psicótico presentándose, en la mayoría de las ocasiones, una gran agitación psicomotriz, que pueden llegar a la agresión, y donde la sintomatología es florida, como alucinaciones y delirios.

La población de ésta área se encuentra en zona aislada dentro del Hospital y, prácticamente, no tiene contacto con el exterior ni con los demás pacientes de la institución, ya que está circunscrita por una malla de alambre y una barda que cubre todo el pabellón. Así pues, se puede decir que es un grupo con características muy específicas dentro del marco de internamiento institucional, pero en donde, no obstante esto, se encuentran los pacientes más funcionales del Hospital, es decir, los que tienen más posibilidades de rehabilitación y readaptación social.

Por lo que respecta al servicio de Consulta Externa, éste cuenta con todas las áreas de atención de salud mental, que proporcionan a la persona externa que así lo requiera.

En Hospital Parcial, o también denominado Hospital de Día, se realizan sesiones de terapia ocupacional, recreativa, de grupo y actividades académicas, con pacientes que se encuentran en remisión de su padecimiento, siendo de entrada por salida al Hospital tratándose de pacientes que ya se encuentran egresados, o bien, pacientes que aún se encuentran internados en la institución, que son abandonados o están próximos a egresar.

En Programa de Niños, se atiende a la comunidad infantil que así lo solicite, conformado también al igual que Hospital Parcial y Salud Mental Comunitaria, con todo un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud mental. Y, Medicina Anticipativa, está al pendiente y en revisiones continuas de las instalaciones y de todos los servicios, así como de chequeos médicos periódicos a los pacientes, para evitar epidemias, enfermedades infecto-contagiosas, etc., dentro de la propia población de la institución.

Además de los servicios que se han mencionado de internamiento y atención a la comunidad en general, existen los servicios de cocina, comedor, lavandería, peluquería, jardinería, intendencia, etc., para que la estancia del paciente psiquiátrico sea la idónea y se encuentre en buenas condiciones.

• Descripción del Grupo en Estudio

En abril de 1992, el Pabellón 5 contaba con una población de 122 pacientes psiquiátricos, de los cuales se eligieron a 40 de ellos como muestra representativa para esta investigación, seleccionándolos a partir de su diagnóstico psiquiátrico, debiendo ser el de esquizofrenia paranoide, y antecedentes de comisión de conductas antisociales, que si bien, algunas de ellas no habían tenido repercusiones de tipo legal, sí existían datos que comprobaban confiablemente su realización.

El criterio de selección respecto al diagnóstico psiquiátrico de los individuos, fue tomado directamente del expediente clínico de cada uno de ellos.

• Tipo de Estudio

Este estudio tiene la característica de ser de corte transversal, ya que en él se mide una sola vez las variables, puesto que sólo se abordan las características de un grupo en un momento y lugar determinado, sin evaluar su evolución.

Es descriptivo ya que, solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto a la cual no existen hipótesis centrales.

Es observacional ya que, sólo se puede describir o medir el fenómeno estudiado, por lo tanto no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso⁽¹⁾

¹⁾ Ignacio Méndez Ramírez (et al.). El Protocolo de Investigación. 2a. edición. Ed. Trillas, México, D.F. 1990. pp. 12-13.

- **Método de Recolección (Descripción del Instrumento Empleado)**

Para recabar los datos requeridos en la investigación, fue necesario crear un instrumento que cubriera la mayor parte de los aspectos relevantes en la vida y desarrollo del individuo esquizofrénico paranoide; por lo tanto, se utilizó un **Cuestionario Tipo**, creado con base en una ficha de identificación de 16 conceptos y 50 preguntas de tipo cerrado, estructuradas de acuerdo a la información requerida para evaluar los diferentes ámbitos y relaciones de los pacientes en cuestión, así como sus antecedentes de comisiones de conductas antisociales; aplicándolo a los 40 casos que integraron el grupo experimental; siendo su conformación la siguiente :

FICHA DE IDENTIFICACION:	Datos generales del paciente
PREGUNTA 1 A 9:	Información demográfica
PREGUNTA 10 A 20:	Aspectos Familiares
PREGUNTA 21 A 25:	Antecedentes escolares y laborales
PREGUNTA 26 A 36:	Relaciones interpersonales
PREGUNTA 37 A 50:	Dinámica criminológica
SINTOMATOLOGIA	
OBSERVACIONES	

- **Procedimiento de Recolección (Fuentes)**

Las fuentes de información para el llenado del cuestionario fueron :

- Expediente Clínico
- Entrevista a Familiar
- Entrevista a Paciente

Expediente Clínico.- En primera instancia, se procedió a la revisión del expediente clínico, de donde se extrajo la información requerida para el llenado del cuestionario tipo; ya que en éste se contienen estudios y notas clínicas realizadas por el equipo de salud mental que atiende al

paciente, al igual que, en algunos casos, documentación de índole legal, enviada por la autoridad que remitiera al paciente al Hospital.

Entrevista a Familiares. - En los casos en que no se encontraba toda la información requerida en el expediente clínico del paciente, se recurría a entrevistar de forma abierta a la familia del mismo.

Entrevista al Paciente. -Y, como tercera instancia, una vez agotadas las dos primeras fuentes, o bien, que el paciente fuese abandonado y no se pudiese llevar a cabo la segunda, se procedía a hablar con el paciente mismo y a extraer la mayor información al respecto.

Por lo que se refiere a la primera fuente, se le puede atribuir una confiabilidad elevada; pero a la segunda y tercera, una muy limitada, ya que la familia en muchos de los casos está prejuiciada en torno a la enfermedad mental de su paciente y las conductas antisociales que éste ha cometido, o ya bien, su estado emotivo no es el acorde para que proporcione datos objetivos y reales; y en lo concerniente al paciente psiquiátrico, éste tiene pérdida del contacto con la realidad, por lo tanto presenta alteraciones en su juicio; así pues, la información que proporcionen ambas fuentes podrá ser o no verídica.

• **Análisis de Datos**

Para el análisis de los datos recabados mediante el instrumento mencionado, fue necesario ordenar la información, obteniendo el número de casos y porcentaje por cada supuesto o pregunta que se contempló y por cada opción que ellas integraban, para que, de esta manera, se procediera a realizar las tablas y gráficas necesarias y el análisis correspondiente a cada tópico.

Por lo que respecta a los porcentajes, estos se manejaron de forma que fueran más comprensibles a primera vista del lector, por lo tanto se redondearon sus cifras, en lugar de manejar décimas se contemplaron sólo números cerrados; así pues, en algunos casos se observará que el total del porcentaje de determinada pregunta será mayor de 100, ocasionado esto por el programa de computo que fue empleado, pero sin que resulte por ello alguna alteración en los resultados obtenidos.

En cada una de las preguntas del cuestionario, se tomó como 100% los 40 casos existentes en la muestra; a excepción del caso de los homicidios perpetrados, que fueron 21, tomándose ésta cifra como el 100%.

Por otra parte, los números de casos reportados en cada supuesto manejado, se establecieron dentro de la misma gráfica empleada para su análisis, apareciendo debajo del porcentaje respectivo.

En cuanto a la clasificación de las conductas antisociales, en el capítulo III, inciso 5, referente a la Dinámica Criminológica, se contempló la utilizada para los delitos en nuestro ordenamiento sustantivo penal; esto es, en función del bien jurídico tutelado.

CAPITULO I. CONCEPTOS GENERALES

Es de suma importancia conocer los conceptos fundamentales que versan sobre un tema en específico, antes de abordar éste y analizar las partes que lo constituyen.

De esta manera, en el presente capítulo nos referiremos a aquellas definiciones de los principales ejes sobre los cuales se desarrollará nuestro trabajo; que a saber son el de trastorno mental, definición y tipos de esquizofrenia, y peligrosidad, antes de adentrarnos en cuestiones específicas que presuponen su conocimiento.

1) Trastorno Mental

La concepción que el hombre tiene sobre lo que se puede considerar como "normal", es en base a lo que para él es común, lo que se encuentra dentro de sus estructuras que lo han conformado como parte de un complejo social que lo predetermina en un cierto sentido; así pues, todo aquello que este fuera de los lindes que se ha fabricado, todo lo que se encuentre fuera de su capacidad de percepción común, es "anormal", siendo precisamente ahí donde ubica a los trastornos mentales.

Partiendo de esta idea, tenemos que el temor que siente el ser humano al no poderse explicar fenómenos para él desconocidos o nuevos, lo orilla a etiquetarlos y designarlos de forma que se distinguan del resto del universo en el que vive, y tengan cabida en otro nivel, el de lo no común y "enfermo"

En verdad, las manifestaciones de la enfermedad mental salen completamente de lo que el hombre puede considerar como una forma de ser "normal", puesto que la conducta bizarra que presentan los que la padecen está fuera de toda estructura preconcebida, es por eso su designación y clasificación.

Así pues, a través de los tiempos, se ha tratado de definir aquello que es la enfermedad, trastorno o enajenación mental.

En el pasado, cada cultura atribuía los trastornos mentales graves a diferentes causas, tales como: hechizos, posesiones diabólicas, efecto de los rayos lunares, desequilibrio de los fluidos (o "humores") del cuerpo.

Los antiguos griegos trataban la depresión como si se pudiese expulsar por medio de purgas y lavativas. En la Europa medieval, la locura era vista como posesión diabólica, o como castigo por depravación moral de la persona, e incluso de sus padres o antecesores. Mujeres en estados psicóticos eran quemadas en la hoguera, puesto que se pensaba que eran brujas.

En el siglo XIX, los "loqueros" de oficio creían que mediante un susto se podía recobrar la razón. Y así, a los "locos" se les arrojaba, sin previo aviso, a tanques de agua helada, o se les ataba en sillas que se hacían girar a gran velocidad para provocar el susto. También se utilizaba mucho las sangrías con sanguijuelas.

En pocas culturas los "locos" eran considerados como seres bendecidos por los dioses, tratándolos bien.

Varios son los autores que han intentado definir lo que es la enfermedad mental; entre los cuales encontramos, por ejemplo, a Esquirol, el cual nos dice que "La locura es una afección cerebral, generalmente crónica, sin fiebre y sin desórdenes de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad".

Para Rosi, "es el estado en que se halla alguna persona por detención del desarrollo, desviación o debilitamiento de las funciones intelectuales, motivadas por causas morbosas bien definidas"

Para el Mto. Nerio Rojas, "la enajenación mental es la de aquel sujeto que sufre trastornos generales de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, que impide la adaptación lógica a las normas del medio en donde vive, sin provecho para sí mismo ni para la sociedad"².

No obstante, las múltiples definiciones que se han dado respecto a los trastornos mentales coinciden en que, por una parte, como lo habíamos mencionado en un principio, es una situación

² Cit. por Alfonso Quiróz Cuarón. *Medicina Forense*. 6a. edición. Ed. Porrúa. México, D.F. 1990. p. 754

que se encuentra fuera del contexto de lo "normal", desde el punto de vista de la lógica que crea el ser humano, en base a premisas que determinan su existencia; y, por otra parte, mencionan que son varias sus formas, clasificándole en diferentes grupos, dependiendo de su probable origen, curso y manifestación.

Así pues, diremos que, por lo que respecta a los trastornos mentales, la primera gran división será entre las que se consideran como NEUROSIS y las llamadas PSICOSIS.

De esta forma, Michael Foucault nos dice, por lo que respecta a las neurosis, que éstas se distinguen por ser trastornos que solo afectan a una parte de la personalidad del individuo, que se caracteriza por presentar angustia, conductas ritualistas en el caso de las neurosis obsesivas, fóbias desmedidas hacia algunas situaciones u objetos; pero, en donde siempre se encuentra el curso del pensamiento intacto en su estructura y el contacto afectivo subsiste y puede estar aumentado hasta la susceptibilidad en los histéricos, y siempre conserva la lucidez crítica respecto de sus procesos mórbidos.

Por lo que respecta a las psicosis, nos dice que en éstas, si existe perturbación de la personalidad global, que implica una alteración del pensamiento (tanto del curso como del contenido del mismo), al igual que una alteración general de la vida afectiva y del humor; así como una perturbación del control de la conciencia, de la observación en perspectiva de los distintos puntos de vista, formas alteradas del sentido crítico (disminución del juicio)⁽³⁾.

Así pues, podemos decir que, la persona que padece un tipo de neurosis, pese a todos aquellos trastornos que llegue a presentar, todavía tiene contacto con la realidad; pero, por lo que se refiere a un psicótico, éste ha perdido todo contacto con el mundo real, adentrándose en sus concepciones y lógica propios, como es el caso de los esquizofrénicos.

De esta forma, un neurótico puede desenvolverse aún en sociedad, dentro de los parámetros de "normalidad" que, hasta cierto punto son cuestionables, pero un psicótico no, puesto que su forma de conducirse puede resultar extraña e incoherente en un mundo que no admite en sus estructuras rígidas manifestaciones de vida diferentes a la suya.

³⁾ Enfermedad Mental y Personalidad. Ed. Paidós Studio México, D.F. 1992. pp. 17-18.

Por lo que se refiere a cuestiones de tipo criminológico, a decir de la Dra. Hilda Marchion, "el síndrome de psicosis resulta de suma importancia para la comprensión de la dinámica criminológica, ya que existe una estrecha relación entre conductas delictivas principalmente el homicidio y los procesos psicóticos.

En general los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización de la personalidad, se destruye una relación con la realidad y existe una incapacidad para el trabajo, es decir que el psicótico entra en una etapa de total aislamiento psíquico y social, de ahí la marginación progresiva a nivel familiar"⁴⁾.

Dicho lo anterior podemos comentar que, el trastorno mental puede tener varias manifestaciones, y estas se agrupan en diversas entidades para su estudio, resaltando de éstas aquellas que se denominan neurosis y psicosis.

También, las enfermedades mentales pueden tener un origen orgánico, es decir, por ejemplo, por una lesión cerebral, ya sea de nacimiento o adquirida posteriormente.

Pero en general, la enfermedad mental conlleva la grave alteración de diversas esferas de la personalidad del individuo y de sus funciones mentales superiores, en muchos de los casos, haciendo difícil su interacción con otros seres humanos, que no comprenden la fenomenología del evento; haciendo ésto que se agrave aún más la situación.

⁴⁾ Psicología Criminal 6a. edición. Ed. Porrúa S.A. de C.V. México, D.F. 1989. p. 93.

2) Definición de Esquizofrenia y sus Tipos

Una vez estudiado el concepto de trastorno mental, nos adentraremos a una de las psicosis que más comunmente es diagnosticada en el mundo de la psiquiatría, y que, a través de su desarrollo en la historia de la humanidad, se le ha definido y caracterizado como a la verdadera "locura".

El trastorno mental denominado esquizofrenia ha sido definido en innumerables épocas de su estudio, desde que fue considerado como demencia precoz a fines del siglo pasado y principios de este, hasta la fecha, en donde su conceptualización aún es materia de controversia.

Existen autores, entre ellos el maestro José Luis Patiño, que opinan que no debe de entenderse al padecimiento como un solo trastorno sino que, por el contrario, debe de nombrarse como las "esquizofrenias", ya que sus formas de manifestación y curso pueden variar de manera significativa entre uno y otro tipo⁽⁵⁾

Una de las definiciones más reciente que se ha realizado acerca de la esquizofrenia, está contenida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10, de 1992, la cual es emitida por la Organización Mundial de la Salud, en la que se manifiesta que "los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento, o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico o deteriorante"⁽⁶⁾

⁵⁾ Psiquiatría Clínica. Ed. Salvat. 1981. p. 119. México, D.F.

⁶⁾ Organización Mundial de la Salud. CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima revisión). Ed MEDITOR. 1992. pp. 115-116. Madrid.

Otra definición reciente de esquizofrenia está contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R), publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1987, donde le denominan Trastornos Esquizofrénicos, más como un grupo de trastornos que una sola entidad; y, a pesar que es anterior al concepto manejado por la OMS, nos ofrece otra perspectiva del padecimiento, ya que brinda una síntesis entre los enfoques sobre los síntomas y la evolución clínica del mismo.

En éste manual se especifica que, para diagnosticarse los trastornos esquizofrénicos, es necesario que la alteración mental dure un mínimo de seis meses (que pueden implicar síntomas prodrómicos -anteriores a la manifestación plena- o residuales -posterior a las etapas agudas-) y la presencia de síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, así como deterioro en el nivel previo de actividad y síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos, tales como alteraciones en el contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, conducta interpersonal y relaciones con el mundo externo y conducta psicomotora (especificando que éstos últimos no siempre están presentes y no son exclusivos de la esquizofrenia). Asimismo, contempla que se tiene que descartar causa orgánica que origine y mantenga el padecimiento, para diagnosticarse a la alteración mental como trastorno esquizofrénico. Y su manifestación puede ser en la adolescencia o en la edad adulta, pero, inclusive, no excluye que pueda presentarse en plena madurez o aun más tarde.

De igual forma, el DSM-III-R, no se limita a definir a la enfermedad a partir de un curso deteriorante (aunque marque un mínimo de duración para que se le pueda diagnosticar), sino que atiende de igual forma el conjunto de síntomas característicos que se manifiestan en ella⁽⁷⁾.

También, dentro de lo más reciente en cuanto a la definición del padecimiento, tenemos el artículo publicado en 1994 por Carpenter y Buchanan en Estados Unidos, el cual afirma que la esquizofrenia "...es un síndrome clínico con diversas manifestaciones. El caso de

⁷⁾ American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Ed. MASSON. 1988. p. 227.

identificación usualmente inicia con la observación de síntomas psicóticos y comportamiento bizarro, pero algunos pacientes además tienen síntomas negativos (déficit), incluyendo niveles bajos de impulso emocional, actividad mental y manejo social⁽⁸⁾.

Y agregan que, "...el desarrollo gradual de la enfermedad, aparte de un talante desordenado, la remisión incompleta entre episodios psicóticos, el prolongado perjuicio social y ocupacional, y todos los síntomas característicos, contribuyen a una diagnosis de esquizofrenia".

Tales autores mencionan que el padecimiento inicia comunmente entre los 17 y 30 años de edad en los hombres, y entre los 20 y 40 años en mujeres; pudiendo ser de forma insidiosa o aguda, teniendo ésto un mal pronóstico

Así pues, de acuerdo a lo anterior, se puede considerar a la esquizofrenia como un trastorno mental, perteneciente al grupo de las psicosis funcionales, la cual se manifiesta a través de alteraciones en el pensar, en el vivir y en el sentir del individuo. Su comienzo puede ser agudo, o bien, insidioso con un desarrollo gradual, que se puede presentar en la adolescencia de la persona o en etapas más avanzadas de la vida. Su curso no es forzosamente crónico y deteriorante, pero si tiene carácter de irreversible y, hasta el momento, incurable

A raíz del trastorno mental en sí, el sujeto no tiene contacto con la realidad, por eso su conducta puede ser bizarra y, por lo mismo, incomprendida por los demás, orillando esta situación a que el individuo sufra una privación social en la mayoría de los casos, teniendo repercusión en sus relaciones interpersonales, tanto familiar, ocupacional y social.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Como se había mencionado anteriormente, las manifestaciones de la esquizofrenia son varias, por lo que se duda, de cierta forma, en utilizar el término de "esquizofrenia" y adjudicar mejor el de "esquizofrenias" o "trastornos esquizofrénicos" (siendo éste último el mayormente usado en las más modernas definiciones y clasificaciones del padecimiento).

⁸Schizophrenia. The New England Journal of Medicine. 1994. Vol. 10, No. 330. p.p. 681-682.

De esta forma, desde tiempos remotos, se ha dividido en diversos tipos el trastorno, especificando así, con mayor precisión, las manifestaciones que presenta en cada uno de ellos.

En la actualidad, la CIE 10, maneja nueve tipos de esquizofrenia, que a saber son:

- 1) Esquizofrenia Paranoide
- 2) Esquizofrenia Hebefrénica
- 3) Esquizofrenia Catatónica
- 4) Esquizofrenia Indiferenciada
- 5) Depresión Post-esquizofrénica
- 6) Esquizofrenia Residual
- 7) Esquizofrenia Simple
- 8) Otra Esquizofrenia
- 9) Esquizofrenia Sin Especificación ⁽⁹⁾

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R), se menciona que los diversos tipos del padecimiento se definen por el perfil del cuadro clínico que presenta el individuo en el momento de ser valorado psiquiátricamente, considerando los siguientes :

- 1) Tipo Catatónico
- 2) Tipo Desorganizado
- 3) Tipo Paranoide
- 4) Tipo Indiferenciado
- 5) Tipo Residual ⁽¹⁰⁾

Como se puede observar, la OMS maneja cuatro tipos más que la Asociación Psiquiátrica Americana, ya que el Tipo Desorganizado en el DSM-III-R, es igual que la Esquizofrenia Hebefrénica en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10 edición.

9) Ibidem p. 116

10) Ibidem. p. 230.

En ambos se coincide que el tipo catatónico es aquel que presenta graves trastornos psicomotores, que puede oscilar entre un aletargamiento total, que es el estupor catatónico, hasta una excitación de tal magnitud, que puede ser riesgoso el propio paciente para sí y para los demás.

En éste tipo de esquizofrenia, pueden presentarse los siguientes síntomas :

- a) Estupor o mutismo, que se distingue por presentar una notable disminución de reacción al entorno y de la actividad y los movimientos espontáneos.
- b) Excitación, actividad motora, aparentemente sin sentido, que tampoco responde a estímulos externos.
- c) Negativismo, que es la resistencia, sin ningún motivo aparente, de obedecer a instrucciones o a ser movilizados.
- d) Rigidez, que es el mantener una postura rígida a pesar de que se realicen esfuerzos por modificarla.
- e) Actitud Catatónica (en el DSM-III-R) o Catalepsia (en el CIE 10), que se refiere a adoptar voluntariamente posturas extrañas e inadecuadas, y así mantenerlas.

De igual forma, se menciona que pueden llegar a presentar flexibilidad cérica, la cual se caracteriza por mantener posturas corporales, las cuales han sido impuestas desde el exterior; y, la obediencia automática, que se refiere a que el individuo cumple de modo automático las instrucciones que se le dan.

Por lo que se refiere a la esquizofrenia de tipo desorganizado o hebefrénica, ésta se caracteriza por manifestarse a temprana edad en el individuo, entre los 15 y 25 años de edad, y tiene un mal pronóstico por la aparición rápida de síntomas negativos, como embotamiento afectivo y de abulia.

En este tipo de esquizofrenia, los trastornos afectivos son remarcados. las ideas delirantes y las alucinaciones son, comunmente, de tipo transitorio y fragmentario y es frecuente el comportamiento irresponsable y los maniensmos. "La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de si mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, de manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas" ⁽¹¹⁾.

También en este tipo de esquizofrenia destacan las alteraciones del pensamiento, sobre todo en el curso del mismo.

El tipo de esquizofrenia indiferenciada, se caracteriza por ser un grupo de trastornos que satisfacen todos los requisitos para ser contemplada como tal, solo que no se ajusta a ninguna de las otras formas, o bien, cumple los criterios para más de un tipo.

El tipo residual, se presenta después que el padecimiento como tal ha evolucionado, desde los episodios con síntomas psicóticos, hasta los estadios finales que pueden caracterizarse por la presencia de "síntomas negativos" y un deterioro notable. Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica.

La esquizofrenia paranoide, se le considera como el tipo más frecuente de este trastorno; tiene como principal sintomatología las ideas delirantes sistematizadas, generalmente de tipo paranoide, y alteraciones de la percepción, especialmente alucinaciones auditivas.

Comunmente no son tan representativos los trastornos afectivos, de la voluntad y la conducta muy desorganizada; pero sí puede ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, irritabilidad, ira y suspicacia.

En el DSM-III-R, se especifica que en este tipo, "la sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, alucinaciones, discusiones y violencia" ⁽¹²⁾.

¹¹⁾ Idem.

¹²⁾ Ibidem p. 235

En la CIE 10, se menciona que "el curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénicas y catatónicas" ¹³⁾.

Por lo que respecta a la clasificación de los trastornos mentales que hace la OMS, ésta incluye, además, a los tipos de depresión postesquizofrénica, esquizofrenia simple, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación.

La depresión postesquizofrénica, es un trastorno depresivo que sobreviene después de un trastorno esquizofrénico, y que puede ser prolongado. Pueden continuar algunos síntomas esquizofrénicos, tanto "positivos" como "negativos", pero no predominan; aunque los últimos pueden ser los más frecuentes.

La esquizofrenia simple, que no es muy frecuente, tiene un desarrollo insidioso aunque progresivo. Se caracteriza porque, el que la padece, presenta una conducta extravagante, con incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y el rendimiento en general decrece. No se evidencian alucinaciones ni ideas delirantes, no es claramente un trastorno psicótico. Los síntomas negativos (embotamiento afectivo, abulia, etc.), pueden presentarse sin tener antecedentes de síntomas psicóticos claramente manifiestos.

El deterioro social creciente, al que están sujetos los que padecen de éste trastorno, puede reflejarse en el vagabundeo y la pérdida de objetivos en la vida, tornándose ensimismados y ociosos.

La otra esquizofrenia y la esquizofrenia sin especificación, no son descritas en la CIE 10, sólo mencionadas.

¹³⁾ Organización Mundial de la Salud. op.cit. p. 119.

3) Peligrosidad

Es en el siglo XIX cuando nace la Escuela Positiva, y con ella, una serie de concepciones innovadoras en el ámbito del Derecho, creandose a su vez la Criminología como ciencia, la cual delimita su objetivo principal en el estudio del hombre delincuente, al contrario de la Escuela Clásica, que solamente se había centrado en el delito como tal

He ahí donde tiene también su origen el concepto de peligrosidad, con base fundamental en las ideas de Rafael Garófalo y Enrico Ferri.

Así pues, para contemplar la concepción que se ha tenido respecto a la peligrosidad, presentaremos algunas de las definiciones propuestas por algunos de los tratadistas en la materia, así como algunas consideraciones en torno a la misma, comenzando con la del mismo Rafael Garófalo, incluida ésta en su libro "Di un criterio positivo della penalità", escrito en el año de 1880, publicado en Nápoles; en él considera a la peligrosidad bajo el nombre de *temibilità*, mencionando que "es la perversidad constante y activa del delincuente y la cantidad de mal previsto que se debe temer de parte del mismo delincuente"⁽¹⁴⁾.

El concepto creado por Garófalo ha sido uno de los más estudiados y se podría decir que se ha considerado como punto de partida para el estudio de la peligrosidad y del hombre delincuente en sí.

Para Graspigni, "la peligrosidad quiere decir la muy relevante probabilidad de convertirse en autor del delito (La Pericolosità, no. 10)"⁽¹⁵⁾.

Por su parte, el Maestro Luis Jiménez de Asúa nos dice que " la noción del estado peligroso no es otra cosa que la relevante probabilidad de que un hombre ejecute actos antisociales que las leyes han catalogado como delitos. Por eso existen dos clases de peligrosidad... Puede hablarse de una peligrosidad manifestada por el delito, y de un estado peligroso predelictual"⁽¹⁶⁾

¹⁴⁾ Cit. por Carlos Fontán Balesira. Derecho Penal. 12a ed. Ed. Abeledo-Perrot. Buenos Aires, 1989. p. 563.

¹⁵⁾ Idem.

¹⁶⁾ El Criminologista, tomo I. 2a ed. Ed. Cárdenas Editor y Distribuidor. México, D.F. 1989. p. 229.

Para el Dr. Alfonso Quiróz Cuarón, la peligrosidad es la resultante de las dos fuerzas mencionados por Rafael Garófalo, una que es el elemento objetivo, que se refiere a la gravedad del acto delictuoso, y la otra, que es el elemento subjetivo, relativo a la intensidad, perseverancia o tenacidad para resolver el impulso criminal: mencionando que, cuando ambas fuerzas alcanzan su máxima intensidad, se da la peligrosidad máxima.

Agrega además que, "es criminalmente peligroso quien haya cometido un delito o intentado cometerlo, y el grado de peligrosidad se determina por la gravedad del hecho y la posibilidad de la reincidencia".

De igual forma, el Maestro Alfonso Quiroz Cuarón apunta que para determinar un pronóstico acerca de la futura conducta de una persona que haya delinquido, es necesaria la aplicación de un cuidadoso estudio de personalidad, ya que, "en cada delincuente existe un hombre y, además, un delito, que viene a ser la más valiosa señal para el criminólogo, el delito que forma parte de la individualidad que es, como se sabe, única en su apariencia múltiple y variada, y que también aparece determinada desde el más alejado principio de la existencia humana"¹⁷⁾

Por su parte, el Dr. Luis Rodríguez Manzanera, nos comenta que, respecto al concepto manejado por Rafael Garófalo, éste se desdobra en dos, que es la capacidad criminal y la adaptabilidad social.

Así pues, menciona que "la capacidad criminal es, para el autor comentado, la perversidad constante y activa de un delincuente y la cantidad de mal que, por lo tanto, se puede temer del mismo"; y, "la adaptabilidad social es la capacidad del delincuente para adaptarse al medio en que vive"¹⁸⁾

Para el autor mencionado, el crimen no es forzosamente demostrativo de la peligrosidad criminal de un individuo, sino que deben analizarse una serie de supuestos para determinarse ésta.

¹⁷⁾ Ibidem . p. 876.

¹⁸⁾ Criminología, 8a.ed. Ed. Porrúa, S.A de C.V. México, D.F. 1993. p. 417.

Para Rocco, la peligrosidad es "la potencia, la aptitud, la idoneidad, la capacidad de la persona para ser causa de acciones dañosas o peligrosas, y por tanto de daños y peligros"

De igual forma, para Petrocelli, "la peligrosidad es un conjunto de condiciones subjetivas y objetivas, bajo cuyo impulso es probable que un individuo cometa un hecho socialmente peligroso o dañoso"¹⁹⁾

Por su parte, Ferri nos aclara que, no es que existan delincuentes peligrosos y delincuentes no peligrosos; todos ellos, por el sólo hecho de haber delinquido se presentan socialmente peligrosos: a lo que Manuel López Rey comenta que sí, que en un principio podrá decirse que todo delincuente es peligroso, pero en principio admite un gran número de excepciones y puede resultar prácticamente inservible. "La temibilidad o peligrosidad del delincuente se hace depender, por lo común, de sus condiciones personales, y raramente en referencia al sistema socioeconómico y político imperante. Ello es consecuencia de un enfoque más intraindividualista que histórico de la criminalidad y de la Criminología"⁽²⁰⁾

Asimismo, Enrico Ferri considera que la peligrosidad puede ser de dos formas.

- a) Peligrosidad social (mayor o menor probabilidad de que un sujeto cometa un delito).
- b) Y la peligrosidad criminal (la mayor o menor readaptación a la vida social, de un sujeto que ya delinquiró)⁽²¹⁾

Para Osvaldo Tieghi, la peligrosidad es " la capacidad potencial de una persona de resultar autora probable de hechos delictivos"; también, Feuerbach (1800) comenta que, "la peligrosidad consistía en aquella calidad personal que hacía presumir que probablemente el sujeto violaría el derecho"⁽²²⁾

¹⁹⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. op. cit. p. 418

²⁰⁾ Criminología. Tomo I. De: Aguilar. Madrid. 1981. p. 195.

²¹⁾ Cit por Luis Rodríguez Manzanera. Criminología p. 419

²²⁾ Tratado de Criminología. Ed. Universidad. Buenos Aires. 1989. p. 313.

Asimismo, Tieghi contempla que existen dos tipos doctrinarios y legislativos de peligrosidad : 1) La predelictual (*ex ante delictum*), y 2) la post delictual (*ex post delictum*)

De esta forma, podemos contemplar que son varios los autores que consideran la existencia de dos tipos de peligrosidad, o bien que ésta se manifiesta en dos formas, una, la que podría decirse que está "latente" en el individuo, observándose ciertos rasgos que la hacen palpable, y, por otro lado, aquella que ya se ha manifestado mediante la realización de una conducta lesiva, de la cual se pueden estudiar elementos reales en el mundo del ser.

Así pues, como podemos observar, el imputarle a un ser humano el adjetivo calificativo de "peligroso" puede ser, en muchas de las ocasiones, despectivo y poco preciso, dado que es una denominación que "marca" la existencia del individuo, sea o no cierta la aseveración; por lo tanto también han surgido vastas críticas al término y la utilización que se le ha dado, que en algunas ocasiones es indiscriminada.

Al respecto, el Mto. Pedro Dorado Montero nos dice que "el peligro que representa el individuo es el parámetro para identificársele como delincuente o no, o de delincuentes más o menos punibles; experimentando por ésto, todo un rechazo del grupo social que los señala como tales y que, por este hecho, aunque no hubiesen tenido un grado alto de peligrosidad, el relegarlos, aislarlos, menospreciarlos, puede hacer que este índice crezca"⁽²³⁾

Por lo que respecta a la consideración del Mto. Dorado, es necesario comentar que estamos de acuerdo, deseando hacer énfasis en que, en el caso de los enfermos mentales que presentan algunos indicios de peligrosidad criminológica, la situación se agrava, encontrándonos con una problemática doble, ya que, por el hecho de padecer un trastorno mental, al individuo se le margina, estigmatiza y rechaza desde un principio; para después imputarle una "peligrosidad" que quizás no tenga y que, además, sirve para que se le margine, rechace y estigmatice aún más; inclusive empezando por la propia familia que por ignorancia o falta de interés no saben como tratar a un paciente psiquiátrico, argumentando en todo momento lo "peligroso" que puede ser.

²³⁾ Bases para un Nuevo Derecho Penal. Ed. Depalma. Buenos Aires. 1973. p. 171.

Para el Maestro. Carlos Fontan Balestra, "el concepto de peligrosidad es relativo. tan relativo como tiene que ser una noción construida sobre una probabilidad"⁽²⁴⁾. De esta forma, poder determinar la posibilidad de reincidencia, valorando la peligrosidad manifiesta del individuo, es una situación subjetiva y poco precisa.

Otro comentario en contra de la utilización del término "peligrosidad" es el planteado por el Maestro Eugenio Raúl Zaffaroni, quien opina que éste es contrario a los Derechos Humanos, "porque todo hombre es persona y el concepto de 'persona' y el de 'peligrosidad' son incompatibles, se excluyen, como no sea en un uso metafórico"⁽²⁵⁾.

Respecto a determinar cuáles son los factores que deben servir para fundamentar el juicio de peligrosidad, Graspigni y Jiménez de Asúa exponen que la realización de la conducta antisocial (por ellos llamada específicamente delito), se puede tomar como valor sintomático del juicio de peligrosidad de un individuo. En el mismo sentido, Enrico Ferri plantea que los factores principales deben de ser la consideración de la personalidad del delincuente y la de los motivos que lo impulsaron a realizarla⁽²⁶⁾.

Pero, como habíamos visto, existen dos supuestos en los que se pueden emitir juicios de peligrosidad, que es el predelictual y el post delictual, de ahí que cada caso debe de estudiarse en específico tomando, a nuestro forma de ver, datos tanto de la personalidad del sujeto, sus motivaciones, aquello que lo hace más proclive a realizar este tipo de conductas, etc., hasta el análisis profundo y objetivo de la realización de la conducta antisocial, de ser el caso.

En el presente trabajo únicamente se presentan casos que fueron estudiados post delictualmente, ya que cada uno de ellos contaba con antecedentes de realización de conductas antisociales. Así pues, se considera a la conducta antisocial ya realizada como valor sintomático (en concordancia con los maestros Graspigni y Jiménez de Asúa), para determinar, de cierta forma, los factores que pueden considerarse de riesgo y que en ese momento desencadenaron su comisión.

²⁴⁾ Ibidem, p. 96

²⁵⁾ Manual de Derecho Penal, 6a ed. Ed. Ediar, Buenos Aires, 1988, p. 88

²⁶⁾ Cit. por Eugenio Raúl Zaffaroni, op. cit., p. 89

De esta forma, comentaremos que en este estudio se pretende que la utilización del término "peligrosidad" se emplee no como una "etiqueta" que designe a las personas que padecen esquizofrenia paranoide como objetos señalados y estigmatizados por el hecho de ser enfermos mentales que han realizado conductas antisociales, sino, por el contrario, se visualice como un parámetro donde se evalúen los factores que interactúan y que pueden intervenir directa o indirectamente y funcionar como determinantes en la comisión de estos actos; con la posibilidad de que, con esta información, se apunten cuáles son los "riesgos" que pueden ser latentes en el individuo para que las lleve a cabo.

Acorde con lo anterior, entendemos a la peligrosidad criminológica del esquizofrénico paranoide como el conjunto de factores que pueden interactuar, de naturaleza endógena y exógena, en conjunción con las circunstancias y eventos, en un tiempo y espacio determinado, y que muy probablemente pueden determinarse como elementos de "riesgo" para que el sujeto llegue a la realización de conductas antisociales.

Por lo anteriormente expuesto, podemos decir que resulta difícil determinar la peligrosidad de una persona cuantitativamente, esto es, estableciéndose por grados numéricos o en proporciones, pero sí se puede determinar bajo qué circunstancias pueden ser más proclives a la comisión de conductas antisociales (riesgos latentes), estudiando factores y causas criminogenas que intervienen; esto es, contemplarlo de una forma cualitativa.

• FACTORES Y CAUSAS CRIMINOLOGICAS

Al hablar de peligrosidad, es necesario mencionar algunas de las definiciones que se han propuesto de Causa y Factor Criminológicos, así como establecer diferencias entre ambos.

Sellin se adhiere a la corriente que considera a la causa como el evento antecedente y de efecto como del consecuente.

Manuel López-Rey entiende por causa criminológica del delito a los antecedentes o condiciones necesarias del mismo, "por lo tanto es una relación funcional entre el fenómeno estudiado y las

condiciones necesarias para su aparición. Todas estas condiciones interactúan en una situación total dada".

Para Caldwell, causa "...significa las condiciones antecedentes suficientes y necesarias para la producción de un determinado fenómeno. Si las condiciones son suficientes, este aparece; si son insuficientes no se da..."⁽²⁷⁾

Von Hentig entiende por causa "un agente que determina, por su incidencia, la aparición de una nueva fuerza o de un nuevo objeto; una causa precede al efecto y es invariablemente seguida por el efecto"⁽²⁸⁾.

Para Tappan, causa es "...una relación más o menos directa y significativa, en la que un factor o evento tiende a producir otro. Es un concepto abstracto que no especifica una determinada gradación o tipo de relación, y sí únicamente la facultad de una variable para producir una consecuencia particular"⁽²⁹⁾.

Por lo que respecta al término factor, muchos autores lo utilizan para explicar la causación del delito como fenómeno individual o general.

Para Pinatel, factor significa todo elemento que contribuye o concurre a un determinado resultado, "...es todo elemento objetivo que interviene en la producción del fenómeno criminal..."

De igual forma, Tappan considera que, "...frente a la tesis de que un factor (o varios en combinación) pueden provocar una determinada conducta, se ha de estimar que el acto es consecuencia de una totalidad contextual en la que es determinado por toda una infinidad de variables..."⁽³⁰⁾.

²⁷⁾ Cit. por Manuel López-Rey. op. cit. p. 295

²⁸⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Criminología*. p. 466.

²⁹⁾ Cit. por Manuel López-Rey. op. cit. p. 296.

³⁰⁾ Idem

Así pues, apuntaremos que, para el Mto. Luis Rodríguez Manzanera, el factor criminógeno es "...todo aquello que favorece a la comisión de conductas antisociales..."⁽³¹⁾.

Para Mayorca, es un estímulo que puede ser de naturaleza endógena, exógena o mixto que concurre en la formación del fenómeno criminal⁽³²⁾.

Etimológicamente, según Manuel López-Rey, factor "significa el que hace algo por sí o en nombre de otro, y en sentido figurado, representa todo elemento que contribuye o concurre a un determinado resultado"⁽³³⁾.

Enrico Ferri distingue los factores antropológicos o individuales, de los factores físicos y los factores sociales

Los antropológicos "son aquellos inherentes a la persona del criminal, son la primera condición del crimen", y pueden ser orgánicos, psíquicos o sociales, o personales.

Los factores físicos son "el clima, la naturaleza del suelo, la periodicidad diurna y nocturna, las estaciones, la temperatura anual, las condiciones meteorológicas, la producción agrícola".

Los factores sociales comprenden la densidad de la población, la opinión pública, la moral; la religión, las condiciones de la familia; el régimen educativo; la producción industrial; el alcoholismo; las condiciones económicas y políticas; la administración pública; la justicia; la policía, y en general la organización legislativa civil y penal"⁽³⁴⁾.

Con lo antes mencionado, podemos decir que la principal diferencia entre factor y causa es que, el primero favorece la realización de la conducta antisocial, y la segunda es la que la produce.

"No siempre el factor criminógeno es la causa del crimen, así como hay casos en los que la causa no era previamente un factor criminógeno. Lo común es que los factores criminógenos en

³¹⁾ *Ibidem* p. 466

³²⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Criminología*, p. 467.

³³⁾ Cit. por Manuel López Rey. - *Op cit* p. 297.

³⁴⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Criminología*, pp. 470-471

lo general se conviertan en causas criminógenas en lo particular, así, el alcoholismo que es un factor criminógeno, se convierte en la causa de determinado crimen³⁵⁾.

Así pues, se puede considerar a la causa como el elemento directo, sin el cual el acto no se produciría; y el factor, como aquel elemento que existe y que puede hacer posible la realización de una conducta antisocial, pero de forma indirecta.

Los factores criminógenos pueden ser de naturaleza endógena, exógena o bien, de ambas; y se denominan predisponentes, preparantes, desencadenantes, criminoimpelentes (activantes) y criminorepelentes (inhibidores); sobre los cuales hablaremos ampliamente en el Capítulo IV.

³⁵⁾ Ibidem. p. 472.

CAPITULO II. ASPECTOS HISTORICO-DOCTRINARIOS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE COMO ELEMENTO DE PELIGROSIDAD CRIMINOLOGICA

1) Antecedentes Médicos

El trastorno mental denominado esquizofrenia ha sido conocido en el mundo desde tiempos remotos y se le ha descrito de diversas formas, pero siempre estudiando su sintomatología, clínica y curso, de manera similar.

De esta forma, haciendo una recapitulación de lo que la esquizofrenia ha venido a ser desde el siglo XIX hasta nuestros días, procederemos a hacer una cronología de las diversas concepciones que se ha tenido de la misma, mencionando los científicos que han trabajado en su estudio, así como el año y la parte del mundo a la que pertenecen.

• CRONOLOGIA

1834 En Rusia, P.A. Butkovski, en el primer manual ruso de psiquiatría, describe las diferentes formas de la esquizofrenia bajo el nombre de "rabia", "extravagancia", "sin razón", "tontería"; en donde considera al enfermo como un ser que vive aislado del mundo físico y espiritual.

1847 P.P. Malinovski, también en Rusia, la define como "tontería" y "estupidez adquirida", estudiando el curso de la enfermedad y su pronóstico.

1849 El concepto de esquizofrenia, como unidad nosológica independiente, se formó en Rusia ya en la primera mitad del siglo XIX.

John Conolly, del Hanwell Asylum en Inglaterra, afirma en sus Croonian Lectures que, "las personas jóvenes con frecuencia caen en estados más o menos parecidos a la melancolía, sin que pueda descubrirse una causa de su tristeza...se vuelven indolentes y continúan sus ocupaciones o sus diversiones habituales en forma mecánica y sin interés; el intelecto, los

afectos y las pasiones parecen inactivos o amortiguados y los pacientes se vuelven extremadamente apáticos⁽³⁶⁾.

1860 El psiquiatra francés Morel, utiliza por primera vez el término de "démence précoce". El autor interpreto esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse junto con la debilidad mental, entre las "variantes de la degeneración intelectual, física y moral", que resulta de factores hereditarios.

1871 Hecker, describe a la hebefrenia como enfermedad individualizada que aparece en la pubertad, (anteriormente mencionada por Kahlbaum).

1874 Kahlbaum describe la catatonía, también llamada "locura de tensión".

De igual forma, el principio nosológico se asienta definitivamente, y a fines del siglo XIX, el psiquiatra ruso S.S.Korsakov diferencia un grupo de psicosis que reúne bajo el nombre de "disnoia", entre las que se distinguen las formas delirantes, estuporosas y la demencial.

1896 E. Kraepelin propone que podría existir un común denominador entre los síndromes como la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y muchas psicosis paranoides: creando una entidad nosológica nueva, denominándola **demencia precoz**, puesto que aparecía en el individuo a edades muy tempranas. Considera que el padecimiento es progresivamente deteriorante e irreversible.

Describió tres tipos básicos de la demencia precoz, que fueron la catatónica, hebefrénica y la paranoide.

1906 Adolf Meyer elaboró la tesis de que la demencia precoz no era una sola entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrollaba en ciertas personalidades como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse; también afirmaba que el cúmulo de hábitos defectuosos de reacción conducía a un "deterioro de dichos hábitos".

³⁶⁾ I.F. Sluchevski. Psiquiatría Ed. Grijalbo. México, D.F. 1960. pp. 271-272.

1911 El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, propone el término de **esquizofrenia**, el cual se utiliza hasta la actualidad, para nombrar al cuadro clínico que presentan este tipo de pacientes. Al contrario de Kraepelin, no centra su concepción de la enfermedad en torno al curso deteriorante de la misma, sino que, por el contrario, pone mayor énfasis en la sintomatología, puesto que afirma que existen síntomas negativos y positivos⁽³⁷⁾

A los tres tipos que contempla Kraepelin, Bleuler agrega el de la esquizofrenia simple.

Kraepelin, ideó conjuntar los síndromes clínicos que tenían ciertos rasgos característicos que los hacían semejantes, puesto que tenían en común comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y evolucionaban hacia un estado de "demencia".

Por lo que respecta a Eugen Bleuler, éste consideró que no era correcto comparar el deterioro, incluso extremo, del padecimiento que contemplaba Kraepelin con el estado psicológico de los débiles mentales o con el estado de deterioro orgánico provocado por atrofia cerebral grave, y que, por lo tanto, la denominación de demencia precoz era errónea.

Por lo tanto, el autor no consideró que la enfermedad fuera una demencia (mente disminuida), sino más bien un estado inarmónico de la mente, donde existían contradicciones en las tendencias, pensamientos y potencialidades del individuo; así pues, se apreciaba como una división en la armonía de la personalidad; puesto que el desenlace del trastorno no necesariamente consistía en un deterioro.

De esta forma es como surge la concepción del padecimiento denominado esquizofrenia, de la manera en que se conoce actualmente, creándose así la subdivisión de los tipos que la conforman, dentro de los cuales se ubica la esquizofrenia paranoide.

Pero, no obstante esto, cada día se hacen más teorías respecto a su naturaleza y el lugar que debe ocupar dentro de la clasificación de las enfermedades mentales.

³⁷⁾ Lawrence Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. 5a ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1976. p. 375.

2) Antecedentes Criminológicos

La Criminología tiene su origen como ciencia a partir de los estudios realizados por su fundador, el Mto. César Lombroso, quien en el año de 1871 inicia una serie de investigaciones en hombres delincuentes, con el fin de determinar las diferencias físicas y psicológicas de éste, con el hombre común.

Así, en un inicio, elabora lo que él denomina "Antropología Criminal", observando el cráneo de un delincuente llamado Villela, concluyendo que, dadas las anomalías y deformidades craneales y la similitud a ciertas especies animales, el hombre se torna en criminal.

Para el Mto. Alfonso Quiróz Cuarón, Lombroso no busca la teoría criminogenética, sino más bien un criterio diferencial entre el enfermo mental y el delincuente.

Al adentrarse al trabajo en los manicomios, como en el de Pesaro a fines de 1871, Lombroso considera que el delincuente es un enfermo con malformaciones muy evidentes, y pugna por que a estas personas se les manden a manicomios para criminales, y que no esten en prisiones, pero que tampoco se les interne con los enfermos que no han cometido crímenes, puesto que representan una amenaza⁽³⁸⁾.

El 15 de abril de 1876 publica la primera edición del "Tratado Antropológico Experimental del Hombre Delincuente", el cual se puede considerar como el nacimiento formal de la Criminología como ciencia.

Junto con Enrico Ferri y Rafael Garófalo, funda lo que se denominó la Escuela Positiva del Derecho Penal, y continúa, en colaboración con el primero, sus investigaciones en delincuentes y enfermos mentales.

Para Lombroso, existen ciertos tipos de delincuente, a los que clasifica y designa de la forma que a continuación anotamos :

³⁸⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Criminología* p. 212.

a) **DELINCUENTE NATO**. Ser atávico, el cual presenta una serie de regresiones a su estado animal. Este puede ser real o latente, siendo su propia naturaleza la que lo impulsa a delinquir.

De este tipo de delincuentes hace toda una descripción detallada, de orden antropológico, fisiológico, psicológico y social; remarcando algunas de las características, como son ciertas deformidades físicas como la asimetría craneal, la foseta occipital media, caries, nariz torcida y chata, orejas en forma de asa, pómulos salientes, etc.; o bien, palpable disminución en sus capacidades sensoriales (audición, olfato, vista, tacto), precocidad sexual, etc.; de orden psicológico, que presentan dipsomanía, insensibilidad moral, impulsividad, baja capacidad intelectual, crueldad y, por lo que respecta a las características de tipo social, tienden a actuar en pareja, a vagabundear y dificultad a adaptarse al medio social.

b) **DELINCUENTE LOCO MORAL (Morbo)**. El cual tiene atrofiado sus sentimientos, pero, regularmente, sus capacidades mentales se encuentran en buen estado. El ejemplo en la actualidad de esta clasificación es el sociópata, el cual no presenta sentimientos de culpa ante los crímenes que ha cometido.

c) **DELINCUENTE EPILEPTICO**. Que puede ser epilepsia real o larvada. Considera que la epilepsia produce disfunciones cerebrales, por lo que el individuo afectado puede llegar a realizar algún crimen.

d) **DELINCUENTE LOCO**. Dentro de los que subdivide a los alienados, alcohólicos, histéricos y malditos. El delincuente alienado es aquel que no tiene capacidad de razonar y sus facultades mentales se encuentran totalmente alteradas.

e) **DELINCUENTE OCASIONAL**. Aquellos que realizan conductas criminales circunstancialmente, por factores externos, y se subdividen en seudocriminales, criminaloides o criminales, y habituales.

f) **DELINCUENTE PASIONAL**. Aquel que comete delitos en momentos de exacerbación del estado de ánimo, por descargas emocionales, lo cual los hace sumamente peligrosos.

Así pues, a la enfermedad mental, a través del tiempo, se le ha relacionado estrechamente con la comisión de conductas delictivas, puesto que la apariencia "extraña" de quien la sufre, predispone a las personas a pensar que tiene "instintos perversos", o bien, que la obnubilación de su mente puede orillarlos a realizar ciertos actos criminales.

No obstante esto, afortunadamente, se ha evolucionado en las ideas, y hoy se puede observar que no todo enfermo mental es un criminal, ni todo criminal es enfermo mental.

Por lo que respecta a México, se han realizado trabajos importantes respecto a los estudios practicados a enfermos mentales que han cometido conductas antisociales, tal es el caso del eminente Mto. Alfonso Quiróz Cuarón, considerado como el padre de la Criminología en este país; del cual sus experiencias plasmadas en sus obras nos sirven de pauta en este tipo de investigaciones sobre cuestiones criminológicas referidas a enfermos mentales.

CAPITULO III. PERFIL CRIMINOLOGICO DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

1) Cuadro Clínico de la Esquizofrenia Paranoide

En las clasificaciones de las enfermedades mentales que se realizan en diversas partes del mundo se pueden encontrar varias diferencias, pero, en general, todas ellas tienden a un mismo resultado, con base al cuadro clínico que presenta cada uno de los trastornos, son ubicados en diferentes bloques que responden a ciertas características, tales como sintomatología, edad a la que se manifiesta, origen del mismo (si se puede determinar), evolución (si tiende a la cronicidad), deterioro que produce a nivel físico y mental, demenciación, etc.

Así pues, se podría considerar al cuadro clínico como la manifestación plena e integral del padecimiento en el individuo afectado, que parte desde su aparición, desarrollo, evolución, hasta el probable deterioro que ha causado; siendo representativos todos estos puntos para contemplar un padecimiento en específico y, formular en parte, un diagnóstico, proponer un tratamiento y emitir un pronóstico al mismo.

De esta forma, del cuadro clínico que se reportó en los esquizofrénicos paranoides tomados en la muestra, trataremos de enumerar la sintomatología presentada, considerando como punto de partida lo mencionado al respecto en el Capítulo I, donde se abordaron los tipos de esquizofrenia y sus características.

Como comentábamos, el esquizofrénico paranoide presenta síntomas psicóticos, que pueden dividirse en dos grandes bloques, los positivos y los negativos; tales síntomas fueron estudiados y resaltados por el tratadista Eugen Bleuler.

Los positivos son aquellos que nos hablan de una manifestación florida del padecimiento, como son los trastornos de pensamiento (delirios) y las alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones); los negativos se refieren a síntomas que no son tan exuberantes, pero que si denotan la existencia de la enfermedad mental y, el que los padece por sobre los positivos, tiene

un peor pronóstico para su enfermedad; entre ellos se encuentran el ser aislado, retraído, ensimismado, negativista, etc.

El esquizofrénico paranoide presenta comunmente manifestaciones de ambos síntomas, predominando los trastornos en el pensamiento (delirios) y las alteraciones senso-perceptuales (alucinaciones).

Con el interés de que sea más explícito éste punto, es importante definir, aunque sea someramente, los conceptos aquí enunciados.

Por lo que respecta a los trastornos en el pensamiento, se dice que "El paciente esquizofrénico paranoide piensa y razona en sus propios términos autistas, según sus propias e intrincadas reglas privadas de la lógica. El esquizofrénico puede ser muy inteligente y no hallarse confuso en sus abstracciones y deducciones, pero sus procesos de pensamiento son extraños y no conducen a conclusiones basadas en la realidad o la lógica universal"⁽³⁹⁾.

Así pues, los trastornos del pensamiento se pueden dar tanto en el contenido como en el curso del mismo; por lo que se refiere al contenido existen ciertas alteraciones que son denominadas "ideas delirantes" ó "convicciones delirantes", las cuales son concepciones erróneas de la realidad, en donde el esquizofrénico paranoide puede llegar a creerlas absolutamente y actuar conforme a ellas, no teniendo la capacidad de darse cuenta que dichas ideaciones no se encuentran en la realidad, o bien, son mal interpretadas en ésta, "...son ideas falsas que no pueden ser corregidas mediante el razonamiento..."⁽⁴⁰⁾.

Las ideas delirantes más comunes en los esquizofrénicos paranoides son aquellas que se les denomina persecutorias, de daño y perjuicio, de referencia, de transmisión de pensamiento, eróticas, celotípicas, místico religiosas, etc.

³⁹⁾ Harold Kaplan y Benjamin Sadock. Compendio de Psiquiatría. 2a ed. Ed. Salvat. México, D.F. 1987. p.

214.

⁴⁰⁾ Idem

En todo este proceso ideatorio pueden llegar a conformar verdaderos delirios estructurados, donde involucran a determinadas personas que son cercanas al propio individuo, ya sea de su familia o conocidos, o bien, personas indeterminadas.

Las ideas delirantes de persecución responden a la creencia de sentirse perseguido todo el tiempo, pensar que cada movimiento que hace hay alguien que lo observa, que lo siguen en la calle; es vivir en una continua angustia porque, para el individuo, esto existe realmente.

Por lo que respecta a las ideas delirantes de daño y perjuicio, estas se refieren a que, el individuo enfermo cree que se le va a causar algún mal, que todo está dispuesto para que se le dañe; piensa que existen "conspiraciones" entre sus familiares y conocidos para envenenarlo, quitarle sus pertenencias, matarlo, etc.

Las ideas delirantes de referencia se dan cuando el paciente cree verdaderamente que existe una relación causal entre él y lo que pasa en su exterior; esto es, por ejemplo, atribuirse hechos que son publicados o mencionados en los medios de comunicación, como el creerse responsable de una guerra al otro lado del mundo por el solo hecho de haber comido pescado ese día; o creer que lo emitido por el radio y la televisión va dirigido a él, con mensajes ocultos y cifrados.

En cuanto a las ideas delirantes de transmisión de pensamiento, puede ser que el individuo crea que otra persona le está insertando pensamientos, o bien, piensa que se los está robando. Creandose una gran angustia por ello, ya que considera que la persona sabe lo que piensa y cómo va a actuar.

En relación a las ideas de tipo erótico y de las celotípicas, estas tienen un trasfondo eminentemente sexual en la personalidad del individuo. Por lo que respecta a las primeras, éstas se traducen en tener una obsesión por cuestiones de tipo sexual solamente, lo que orilla, en algunas ocasiones, a ser causa de una masturbación insesante, o ya bien, en extremos, a ataques sexuales en contra de alguna persona, sobre todo integrante de la familia. Y, por lo que hace a las ideas delirantes celotípicas, estas se refieren a lo que comunmente conocemos como celos, pero que en este caso llegan a ser celos patológicos, creando el mismo individuo

concepciones falsas respecto a que su pareja lo engaña con otra persona, se burla de él, lo traiciona, etc.: sin ser esto cierto.

Y, por último, mencionaremos las ideas delirantes místico-religiosas, las que se pueden considerar muy comunes en el trastorno de la esquizofrenia paranoide. Se tratan de ideaciones en torno a cuestiones religiosas, que son erróneas y obsesivas; rebasando todo lo coherentemente posible. Se considera que puede ser un producto también de las ideas megalómanas (ideas de grandeza) que el paciente presenta, ya que puede considerarse profeta, enviado de Dios, o Dios mismo; equiparándose así, dentro de su concepción, a la Divinidad. Se puede convertir ésto en una obsesión, con características de ritualidad en los actos que lleve a cabo.

Ahora bien, por lo que se refiere a las alteraciones de la sensopercepción, podemos apuntar que las más comunes en los esquizofrénicos paranoides son las alucinaciones auditivas y, en menor proporción, las visuales.

La alucinación es la percepción de un estímulo inexistente, en donde el que la padece cree realmente que el evento existe; esto es, el paciente puede oír voces que no existen y ver cosas que tampoco están en el mundo real.⁽⁴¹⁾

Así pues, el esquizofrénico paranoide puede oír voces, de personas conocidas o desconocidas, que le dicen, en muchos casos, lo que tiene que hacer; le ordenan realizar ciertas conductas, se burla de él, lo insulta, o bien, le puede decir cosas agradables.

En las alucinaciones visuales, que son menos identificadas en la esquizofrenia paranoide, se ven cosas que realmente no existen, como imágenes aterradoras para el paciente, gentes conocidas por él con cara de demonios, etc.

Otros síntomas positivos pueden ser, que el paciente sea verborreico, esto es, que hable insesantemente y de temas sin mayor relación, en algunas ocasiones, dificultándose por eso el entendimiento de su conversación; también el de las asociaciones libres, que representan la

⁴¹⁾ *Ibidem*, p. 213.

concepciones falsas respecto a que su pareja lo engaña con otra persona, se burla de él, lo traiciona, etc.; sin ser esto cierto.

Y, por último, mencionaremos las ideas delirantes místico-religiosas, las que se pueden considerar muy comunes en el trastorno de la esquizofrenia paranoide. Se tratan de ideaciones en torno a cuestiones religiosas, que son erróneas y obsesivas; rebasando todo lo coherentemente posible. Se considera que puede ser un producto también de las ideas megalómanas (ideas de grandeza) que el paciente presenta, ya que puede considerarse profeta, enviado de Dios, o Dios mismo; equiparándose así, dentro de su concepción, a la Divinidad. Se puede convertir esto en una obsesión, con características de ritualidad en los actos que lleve a cabo.

Ahora bien, por lo que se refiere a las alteraciones de la sensopercepción, podemos apuntar que las más comunes en los esquizofrénicos paranoides son las alucinaciones auditivas y, en menor proporción, las visuales.

La alucinación es la percepción de un estímulo inexistente, en donde el que la padece cree realmente que el evento existe; esto es, el paciente puede oír voces que no existen y ver cosas que tampoco están en el mundo real.⁽⁴¹⁾

Así pues, el esquizofrénico paranoide puede oír voces, de personas conocidas o desconocidas, que le dicen, en muchos casos, lo que tiene que hacer; le ordenan realizar ciertas conductas, se burla de él, lo insulta, o bien, le puede decir cosas agradables.

En las alucinaciones visuales, que son menos identificadas en la esquizofrenia paranoide, se ven cosas que realmente no existen, como imágenes aterradores para el paciente, gentes conocidas por él con cara de demonios, etc.

Otros síntomas positivos pueden ser, que el paciente sea verborreico, esto es, que hable incesantemente y de temas sin mayor relación, en algunas ocasiones, dificultándose por eso el entendimiento de su conversación; también el de las asociaciones libres, que representan la

⁴¹⁾ Ibidem. p. 213.

incongruencia de un concepto y otro que menciona los manierismos, que son movimientos y muecas estereotipadas que puede repetir incesantemente; la ecopraxia y la ecolalia, que se refiere a la imitación que hace de otras personas, respecto a movimientos y forma de hablar, respectivamente.

Por lo que se refiere a los síntomas negativos, estos incluyen al afecto embotado, autismo, aislamiento social, retraimiento y pérdida de iniciativa.

Las alteraciones en el afecto son importantes de mencionar, ya que se refieren, sobre todo en el esquizofrénico paranoide, a la disociación ideo-afectiva que presenta el individuo; entendiéndose por tal, la falta de congruencia entre lo que piensa y lo que siente.

Su afectividad puede ser aplanada, por lo que aparentemente son indiferentes al mundo que los rodea

De igual forma, puede tener un afecto ambivalente, característica de la personalidad escindida del esquizofrénico paranoide, en la cual en un momento pueden estar riendo, para inmediatamente después romper en llanto (afectividad de cristal).

Para la Dra. Hilda Marchiori, "la afectividad del psicótico está alterada, existen sentimientos nuevos extraños y una marcada indiferencia (aparente) inestabilidad, todo está traducido por símbolos afectivos, es decir, su conducta incomprensible en relación a los aspectos emocionales que proyecta tienen un significado simbolismo, que en muchos casos nos ayudan a entender la conducta delictiva"⁽⁴²⁾.

En los casos empleados como muestra en la investigación, se registraron aquellos síntomas que se presentaron predominantemente en cada uno de ellos; obteniéndose los resultados que a continuación se apuntan (Tabla 1).

⁴²⁾ Psicología Criminal, p. 95.

Los síntomas predominantes se registraron por separado en cada caso pero, prácticamente, en todos ellos coexistían más de dos, consistiendo en esto la manifestación plena de la enfermedad mental.

Los síntomas que más se presentaron fueron las ideas delirantes de persecución y de daño y perjuicio; las alucinaciones auditivas, y las alteraciones en la afectividad y el retraimiento del grupo social; siendo, todas estas, manifestaciones características de la esquizofrenia paranoide.

Tabla 1

SINTOMAS PREDOMINANTES	CASOS
IDEAS DELIRANTES	
- Persecución	22
- Daño y Perjuicio	31
- Mistiformes	10
- Eróticas	9
- Celotípicas	4
- Transferencia	3
- Referencia	9
- Megalómanas	14
ALUCINACIONES	
- Auditivas	33
- Visuales	14
TRASTORNOS EN LA AFECTIVIDAD	30
AI SLAMIENTO	13
RETRAIMIENTO	23

Así, dentro del mismo cuadro clínico, como dato relevante se registró a qué edad el individuo tuvo su primer internamiento psiquiátrico, donde se obtuvo que en más de un 60% fue después de los 20 años de edad.

De acuerdo a lo anterior, podemos considerar que muchos de ellos ya habían cursado algunos grados escolares avanzados (de ser el caso) y, quizás, laborado algún tiempo.

Como ya habíamos mencionado, la esquizofrenia de tipo paranoide es aquella que se manifiesta en una edad más tardía en el individuo; así pues, su primer internamiento puede que no se dé en el momento que se manifieste plenamente la enfermedad, sino que transcurre un tiempo para esto, ya que el comienzo puede ser insidioso, poco perceptible, y después de algunos años es cuando se requiere el ingreso a una institución psiquiátrica.

Por otra parte, también se investigó los años con que cuentan en internamiento los individuos en la actualidad en este hospital, reportándose que en un 73% ha permanecido más de 5 años, esto relacionado por presentar un proceso crónico de su padecimiento, aunado a que muchos no cuentan con el apoyo que se podría esperar de alguna persona en el exterior.

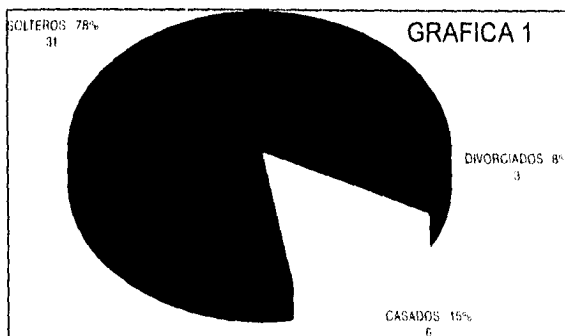
De igual forma, además del lapso actual de estancia, se estudió los reingresos psiquiátricos que han tenido, y así, se reportó que en más de un 70% han tenido más de tres internamientos, variables en períodos de estancia, que van desde días, meses o años; por lo que podemos decir que cuentan con numerosas experiencias hospitalarias y además, como vimos en el supuesto anterior, con una larga evolución del padecimiento, que quizás no ha sido controlado como se desearía, puesto que en su historial médico el movimiento de ingresos y egresos es remarcado.

Es importante comentar el papel que juega la familia del esquizofrénico paranoide en esta situación, puesto que, al no poder o no querer tenerlo en su hogar, hace que fracase el intento de readaptación a su medio social, por lo que las recaídas pueden ser más continuas; y, por lo tanto, su reincidencia en la comisión de conductas antisociales, más probable, puesto que existe el "sabotaje" para que no continúe con la toma de su tratamiento farmacológico y por el rechazo continuo de que es objeto, realizado éste de forma sistemática en su entorno.

2) Historia Personal del Esquizofrénico Paranoide

El muestreo de los casos tomados para esta investigación se llevó a cabo de abril de 1992 a agosto de 1993, dentro del lapso comprendido se registró que todos los individuos de la muestra tomada eran mayores de 30 años, presentándose que en un 45% fueron mayores de 51 años y, como se había descrito anteriormente, todos ellos de sexo masculino, dados los requisitos que establece la institución para internar pacientes en la misma.

Por lo que respecta al estado civil de los sujetos incorporados a la muestra, se pudo apreciar que el porcentaje de solteros es significativamente mayor al de casados; e, inclusive, no se reportó ningún caso de unión libre (Gráfica 1).



Así pues, mencionar que el 78% del total de la muestra es soltero, denota que no llegaron a establecer una relación duradera y estable con una mujer; y bien, si la llegaron a establecer, se ha disuelto en el 8% de los casos; existiendo, únicamente, el 15% de individuos aún casados, pero que, persistiendo la manifestación

franca del padecimiento, lo más probable es que se desintegre esa unión o ya no exista como hasta el momento de ser notoria la enfermedad se venía dando; quizás sin llegar al divorcio, pero sí al distanciamiento de la pareja.

Por lo antes visto, respecto a las relaciones que establece el individuo como ente social, mencionaremos que, como ya se había manifestado en la descripción del cuadro clínico, el esquizofrénico paranoide dentro de su sintomatología psicótica presenta alteraciones en su afectividad y emotividad; las relaciones que puede llegar a establecer con otras personas sufren de deterioro al cabo del tiempo, conforme progresa la enfermedad y tiende la misma a la cronicidad; todo ésto, también, por el ensimismamiento que es común que presenten, dentro del

cual el mismo paciente se aísla, se torna retraído y se encuentra inmerso en su propio mundo, en donde dominan los delirios y alucinaciones, sin mayor contacto con la realidad.

Asimismo, cabe señalar que, además de alteraciones sensoperceptuales e ideas de persecución, de daño y perjuicio, el esquizofrénico paranoide presenta marcados conflictos en la esfera sexual de su personalidad, que lo hace tener una concepción irreal de las cosas o, ya bien, alterada en diversos aspectos, así como deficiencia en relacionarse con otras personas, sobre todo con las del sexo opuesto; repercutiendo ésto directamente en su vida de pareja y estabilidad emocional.

En otro aspecto, se pudo observar que, la religión católica fue la que predominó respecto a las preferencias de los individuos de la muestra, con un 88% de los casos.

Es conveniente señalar aquí que, otra característica del padecimiento es la presencia de los delirios místicos o religiosos; concepciones mágicas, en casi todas las ocasiones, respecto a la relación del individuo con la religión y con el mundo; de ahí que pueda creerse profeta, o hijo de la Virgen María, o ya bien, enviado de Dios para realizar tal o cual hazaña.

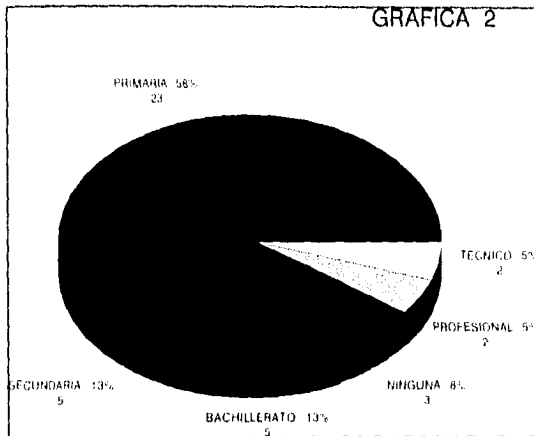
Todo esto depende también de la educación recibida, sobre todo en casa con la familia, de los aspectos religiosos y las costumbres que se aprendan de ello.

Cierto es que la mayoría de los individuos de la sociedad mexicana es, históricamente, de religión católica, pero en las personas que padecen este tipo de trastorno mental, este tipo de cuestiones se pueden volver obsesivas y fanáticas, fuera de toda coherencia; ya que, como se había visto, estructuran toda una serie de concepciones erróneas y las sistematizan en sus delirios.

De ahí que, inclusive, criminológicamente se den conductas lesivas (sobre todo homicidio), cometido por el esquizofrénico paranoide, argumentando que le fue encomendada por Dios o la Virgen María; o, también, se argumenta que la realización del hecho corresponde a un cierto "sacrificio" que se le ofrece a diversas divinidades o santos. Conductas que pueden llegar a ser manifestadas reiteradamente, a manera de rituales.

Como un ejemplo, dentro de la muestra empleada, se contempló el caso de un individuo que, como antecedente, tenía el autoagredirse de forma continua y con carácter de ritual, única y exclusivamente presionándose ambos ojos, hasta llegar a ocasionarse una lesión irreversible en uno de ellos; ésto con la ideación de ser un "sacrificio" para su esposa, ya que con ésta acción creía honrarla. Posteriormente, tuvo varias agresiones a otras personas bajo las mismas características, presionando los ojos, hasta que, en una de las víctimas, provocó la pérdida total de la vista, al motivar el estallamiento de los globos oculares por ejercer presión sobre ellos.

Por otra parte, otros datos que se recabaron en la investigación fueron los referentes al nivel escolar del individuo y la ocupación laboral que ha desempeñado; y así tenemos que, en el ámbito escolar, la predominancia existe en el nivel de primaria, con un 58%, pero, de igual manera, existen individuos que llegaron a cursar estudios profesionales o a nivel técnico (Gráfica 2).



Se ha establecido, en la literatura especializada, que el esquizofrénico paranoide, es aquel enfermo mental en el que no se disminuyen sus capacidades cognitivas, conserva su nivel intelectual intacto e, inclusive, "pueden ser muy inteligentes y bien informados"⁽⁴³⁾.

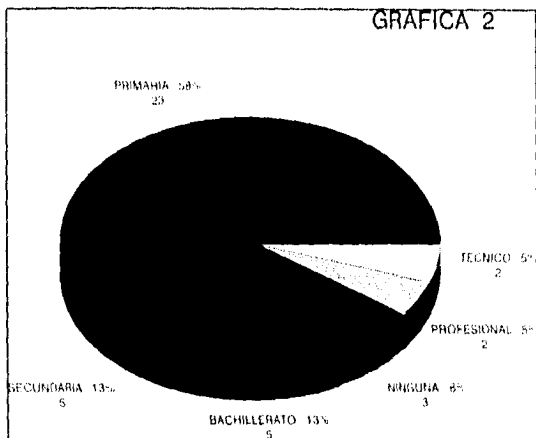
En este subgrupo de la esquizofrenia es donde se manifiestan los síntomas más tardíamente en el individuo, por lo mismo éste puede llegar, quizás, a grados más avanzados de estudio, hasta que se presente el padecimiento y lo incapacite para continuar normalmente su vida social.

No obstante ésto, es necesario comentar que, la población donde se tomó la muestra, es de un nivel socioeconómico y cultural que oscila, principalmente, de estrato medio a bajo; siendo esto

⁴³⁾ Howard H. Goldman, Psiquiatría General. Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 1987. p. 331.

Como un ejemplo, dentro de la muestra empleada, se contempló el caso de un individuo que, como antecedente, tenía el autoagredirse de forma continua y con carácter de ritual, única y exclusivamente presionándose ambos ojos, hasta llegar a ocasionarse una lesión irreversible en uno de ellos; ésto con la ideación de ser un "sacrificio" para su esposa, ya que con ésta acción creía honrarla. Posteriormente, tuvo varias agresiones a otras personas bajo las mismas características, presionando los ojos, hasta que, en una de las víctimas, provocó la pérdida total de la vista, al motivar el estallamiento de los globos oculares por ejercer presión sobre ellos.

Por otra parte, otros datos que se recabaron en la investigación fueron los referentes al nivel escolar del individuo y la ocupación laboral que ha desempeñado; y así tenemos que, en el ámbito escolar, la predominancia existe en el nivel de primaria, con un 58%, pero, de igual manera, existen individuos que llegaron a cursar estudios profesionales o a nivel técnico (Gráfica 2).



Se ha establecido, en la literatura especializada, que el esquizofrénico paranoide, es aquel enfermo mental en el que no se disminuyen sus capacidades cognoscitivas, conserva su nivel intelectual intacto e, inclusive, "pueden ser muy inteligentes y bien informados"⁽⁴³⁾.

En este subgrupo de la esquizofrenia es donde se manifiestan los síntomas más tardíamente en el individuo, por lo mismo éste puede llegar, quizás, a grados más avanzados de estudio, hasta que se presente el padecimiento y lo incapacite para continuar normalmente su vida social.

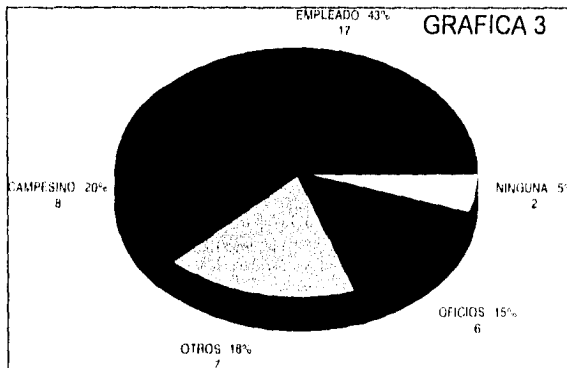
No obstante ésto, es necesario comentar que, la población donde se tomó la muestra, es de un nivel socioeconómico y cultural que oscila, principalmente, de estrato medio a bajo; siendo esto

⁴³⁾ Howard H. Goldman. Psiquiatría General. Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 1987. p. 331.

elemental para comprender los niveles de estudios alcanzados de los individuos, así como el acceso y oportunidad que tuvieron para continuar con grados académicos más elevados.

Asimismo, se reportó que pacientes que cursaron de nivel medio básico al profesional o técnico, obtuvieron casi siempre buenas calificaciones, inclusive excelentes; teniendo un aprovechamiento académico importante pero, en muchos de estos casos, disminuido por el detrimento palpable que sufrió la personalidad del individuo en cuanto se manifestó la enfermedad mental o se tuvo ciertos indicios de la misma; observándose desde ausentismo escolar, hasta grave disminución en su desarrollo académico.

Por lo que se refiere a su situación laboral, se pudo observar que la ocupación previa al internamiento que más casos reportó fue el rubro de "empleado", entendiéndose por éste en la presente investigación a aquel sujeto que proporciona sus servicios en la actividad en que se encuentra, de cierta manera, capacitado; que puede ser desde servidor público en dependencias de gobierno, hasta prestar sus servicios en comercios privados, por ejemplo, un taller automotriz. En la Gráfica 3, se pueden apreciar los datos obtenidos al respecto.



Existe un porcentaje (20%) respecto a la ocupación de "campesino", esto se debe, en parte, a que pacientes internados en el Hospital provienen del interior de la República Mexicana, y muchos de ellos pertenecen a ámbitos rurales, dedicados a trabajar en el campo junto con su familia.

En la actualidad, como actividades intrahospitalarias de rehabilitación, existen dos individuos que trabajan en oficios, y siete que asisten a terapia ocupacional, siendo 31 los que no realizan ninguna actividad.

Es necesario comentar que, la Terapia Ocupacional es una parte de lo que se considera como rehabilitación integral del paciente en internamiento, la cual consiste en la realización de

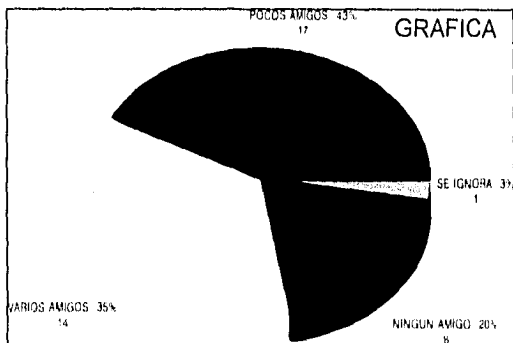
actividades que van desde ejercicios físicos, hasta cuestiones de labores manuales, como artesanías u oficios sencillos, que no representen mayor riesgo al individuo, pero que sí lo ocupen en una acción provechosa para sí mismo.

Sería difícil poder enumerar aquí en qué consiste la Terapia Ocupacional para cada individuo que la lleva a cabo, ya que ésta se debe ajustar, sobre todo, a las posibilidades del paciente, como lo es la edad, estado físico, aptitudes, escolaridad, etc., puesto que es una parte integrante del tratamiento, tomando en cuenta que muchos de ellos no le dan continuidad a sus labores, debido ésto, en parte, a la naturaleza misma del padecimiento.

La evolución natural del padecimiento ha tendido a la cronicidad y, en muchos casos, el deterioro integral que se ha dado gradualmente (tanto físico como mental), después de internamientos tan prolongados (diez años o más), orillan a que el sujeto sea cada vez más dependiente y, tal vez, más indiferente a su entorno, aunado a ésto a que a veces en el ámbito institucional no se tienen los recursos ideales para proporcionarles actividades que les agraden y los rehabiliten.

En los casos de individuos adultos maduros que tienen posibilidades de desarrollarse laboralmente, ésto se ve obstaculizado en muchas de las ocasiones, por las recaídas constantes que sufren en su padecimiento, lo cual no deja que puedan establecerse en su vida laboral, dentro de otros muchos aspectos de su existencia.

De igual forma, se pudo constatar que no solamente en relación de pareja el esquizofrénico paranoide puede presentar problemas de interacción con otras personas, como se mencionó anteriormente; ya que, de la muestra empleada, solamente 14 individuos (35%), pudieron interrelacionarse con otras personas (Gráfica 4).



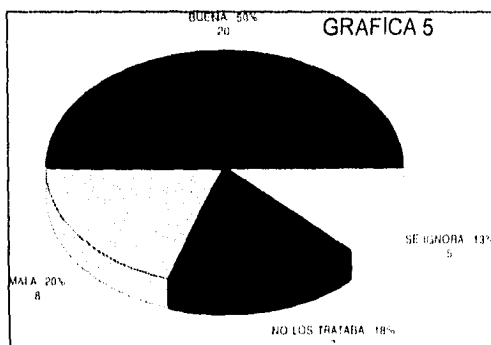
Así pues, si sumamos los porcentajes de los supuestos de ningún amigo y pocos amigos, tenemos que en un 63% (25 casos), el esquizofrénico paranoide ha sido incapaz de establecer relaciones interpersonales fuera del núcleo familiar; o bien, si las ha establecido, éstas han sido deficientes, ya que se reportan como

esporádicas, con lazos afectivos poco profundos y, en muchos casos, conflictivas, que orillan a la persona que convive con el individuo a abandonar la relación.

Pero lo anterior no solamente se da porque el esquizofrénico paranoide sea el conflictivo y deficiente en la interacción con otros seres humanos, sino también porque existen muchos prejuicios en torno a lo que es la enfermedad mental, al mismo enfermo mental y sus reacciones que se cree en todo momento van a ser agresivas o a sus conductas bizarras, siendo en la mayoría de las veces un tema que se evita y en el cual es insuficiente la disponibilidad para conocer acerca de él.

También se estudió la relación del individuo esquizofrénico paranoide con compañeros tanto de la etapa escolar como de la ocupacional.

De este modo, se obtuvo que, el individuo esquizofrénico paranoide pudo establecer una buena relación con sus compañeros de estudio en un 50%, como se puede contemplar en la Gráfica 5.

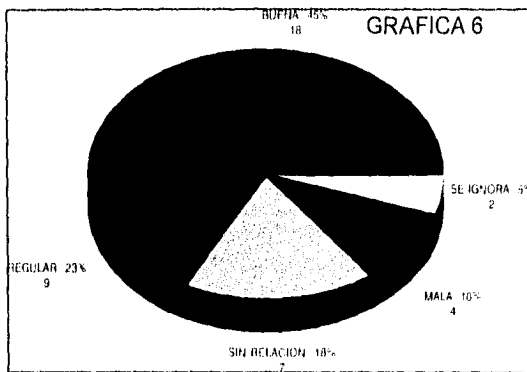


Como es sabido, en la etapa escolar, desde que el individuo cursa los primeros grados, encuentra afinidad en el grupo homogéneo que representan todos sus compañeros y se siente parte de él, se identifica con ellos, por aspectos tales como la edad, desarrollo físico, nivel intelectual, etc., que los hace semejantes y los conforma como grupo.

Pero, con el esquizofrénico paranoide no siempre acontece de esta forma, en el paso por la escuela su capacidad de relacionarse con sus similares se ve disminuida, inclusive desde la más temprana infancia (como antecedente del padecimiento que se manifestará posteriormente en la adolescencia), por el retraimiento y aislamiento que presentan en algunos casos; pero también se pueden describir estas etapas como de actitud agresiva y violenta con sus compañeros y con el entorno en que se encuentra.

De esta forma, el 50% (20 casos) que se obtuvo en la investigación respecto a las buenas relaciones de los individuos con sus compañeros de escuela, puede determinarse como tendencia del grupo en éste sentido, pero si tomamos en cuenta que fueron 15 casos los que oscilaron en tener mala relación con sus compañeros o, simple y sencillamente, no los trataban, estamos en hablando de un 38%, que es digno de mencionarse.

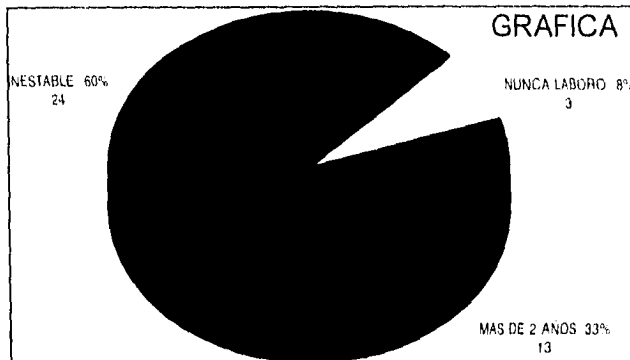
Por lo que respecta a la relación con compañeros de trabajo, ésta se vió con tendencia de un 45% (18 casos), de ser buena, seguida por los supuestos de regular, sin relación y mala (Gráfica 6).



Si reunimos las cifras obtenidas con respecto a las relaciones malas, regulares y sin relación, harían un total de 20 casos, lo que daría un total de 51% que, como se ve, prácticamente es equitativo con el 45% del supuesto de las relaciones buenas que se mencionaban anteriormente; denotando con ésto que, la interacción social del esquizofrénico paranoide, sea mala,

regular o no exista, representa inestabilidad en la capacidad de relacionarse con otras personas en su vida laboral, pero que, además, nos está hablando de una sociedad que tampoco quiere relacionarse con el enfermo mental y lo margina aún más de lo que la propia manifestación del padecimiento puede propiciar.

Lo mencionado anteriormente refuerza el hecho de que, la permanencia y estancia del esquizofrénico paranoide en su escuela o en su lugar de trabajo, se ve afectada por estar inmersa dentro de todo el complejo de manifestaciones de la enfermedad mental y por la problemática de comunicación, entendimiento y conocimiento de lo que ésta es. Y, así, tenemos que, en 23 de los casos tratados, que representan un 58%, se vió que los estudios académicos cursados por los individuos no los concluían y, de igual forma, en el desempeño laboral se pudo observar los siguientes resultados (Gráfica 7).



Si reunimos los porcentajes recabados sobre el trabajo realizado inestablemente y de los que nunca trabajaron, tendremos un total de 27 casos (68%), que representa una tendencia dominante sobre éste rubro; siendo menor el referente a un

trabajo, al menos registrado en el instrumento empleado, como relativamente duradero (más de dos años), con 13 casos (33%).

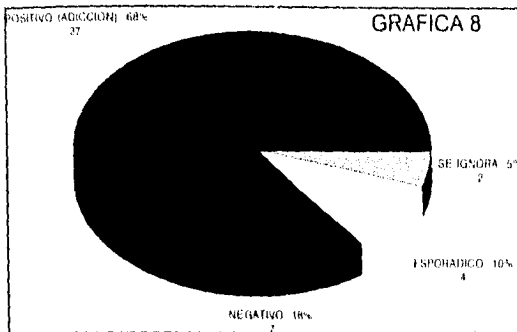
En otro aspecto, con la finalidad de desentrañar un tanto la personalidad del esquizofrénico paranoide en relación con su capacidad de agresión, violencia y falta de control de impulsos que puede llegar a presentar, se pretendió obtener datos acerca de qué supuestos son los que lo condicionan para que estas reacciones puedan manifestarse y llegar, inclusive, a la realización de una conducta antisocial.

Así pues, se obtuvo que lo que más le disgusta al esquizofrénico paranoide contemplado en la muestra, son las situaciones en que se ve agredido o maltratado, y, en un segundo término, ser molestado por alguna persona en especial.

Se encontró que de los siete casos en que al paciente le molestaba alguna persona, en cinco específicamente ésta era miembro cercano de la familia del individuo (4 casos el padre y un caso el hermano); siendo los otros dos casos dirigidos a persona no familiar.

Y, finalmente, en otro sentido, pero dentro del historial personal de los individuos, se obtuvieron datos acerca del consumo de alcohol y drogas de los mismos, mencionándose sólo en éste capítulo, ya que en el próximo se tocarán más a fondo, en lo que respecta a factores preparantes de la conducta antisocial; pero considerándose en éste como parte esencial del desarrollo y formación del individuo, desde sus primeros años (como contagio social y patrón cultural), hasta

las consecuencias que el uso y abuso de éste pudieron ocasionar en su vida de adulto y en la manifestación del padecimiento mental. (Gráfica 8)



Como se puede observar, el 68% de la muestra son positivos (adictos) en el consumo de alcohol y/o drogas; estudiándose también que la mayoría iniciaron el consumo en edades muy tempranas de la adolescencia, siendo las drogas más comunes, por ejemplo, la marihuana y los inhalantes; por ser los de

mayor acceso, según el costo económico.

Inclusive, en muchos casos, relata la familia que cuando el individuo inició su ingesta de alcohol y/o drogas, se dieron indicios de la enfermedad; y es que, como se podrá ver, en varias ocasiones el botón detonador de la psicosis es la ingesta de algún agente estimulante en el sistema nervioso central del sujeto; es decir, la predisposición a la enfermedad ya existía, pero sólo se requería un evento endógeno o exógeno que desencadenara su manifestación plena.

3) Familia del Esquizofrénico Paranoide

En la literatura médico-psiquiátrica, se menciona reiteradamente que la persona que padece una enfermedad mental puede considerarse como el miembro "emergente" de toda una patología mayor, que existe y se desarrolla en el núcleo familiar integral.

Por lo que respecta a la práctica médica y a la actividad diaria del equipo de salud mental, es común presenciar que la mayoría de pacientes que son atendidos en instituciones de salud del tipo del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramirez Moreno", con padecimientos crónicos y muchos de ellos con grados avanzados de deterioro, provienen de familias desintegradas, incompletas y desestructuradas, donde la falta de unión es lo más común, teniendo como resultado la falta de comunicación entre sus elementos y, por lo tanto, la cada vez más marcada insensibilidad de los mismos.

En muchos de los casos, se ha notado el ausentismo del padre, de la madre, o bien, de ambos; o si cohabitan con el resto de la familia, presentan problemas de alcoholismo y/o drogadicción, lo que llega a repercutir de forma muy importante en la interacción de la misma. Aunado a que, en muchas ocasiones, no sólo los padres (uno de ellos o ambos), presentan este tipo de problemas, sino que se extiende a los abuelos, hijos, nietos, etc., en línea ascendente y descendente; y a hermanos, primos, tíos, etc., en línea colateral, creando con este hecho, todo un ambiente convulsionado, que en la mayoría de los casos desarrolla patologías, inestabilidad, violencia y agresiones reiteradas en su seno.

Así pues, en la investigación, se trató de abarcar algunos aspectos respecto a la naturaleza de la familia del esquizofrénico paranoide, su interacción con éste, entre ella misma y con el entorno en donde se desenvuelve. De esta forma, el primer cuestionamiento que se abordó fue el relacionado a con quién vivía el paciente antes de ingresar a la institución psiquiátrica, registrándose una dominancia de 78% de individuos que vivían con sus padres.

El total de los individuos que vivieron con un familiar, cualquiera que este haya sido, fue de 39, o sea un 98%; existiendo solamente un caso (3%) que vivió con la familia adoptiva; pero que,

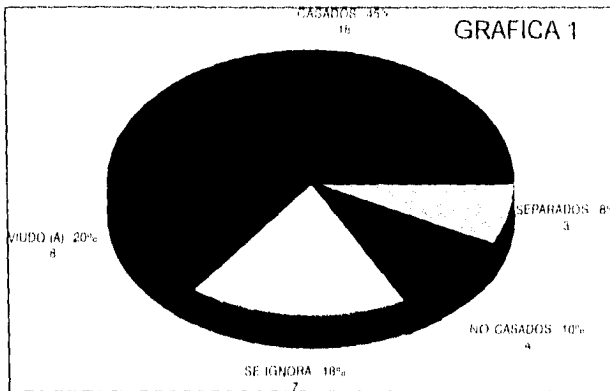
inclusive en este caso, aunque el grupo nuclear actúa como sustituto, el rol que desempeña es el mismo que el de la familia biológica.

Por otra parte, como se puede observar, antes de ingresar a la institución psiquiátrica 39 casos, o sea un 98% de los individuos, vivía con sus padres u otros familiares, pero una vez internados ya no tienen mayores expectativas de regresar al ámbito familiar cuando sean egresados, ya que sólo se reporta que un 48% puede tener acceso a esta alternativa.

Así pues, lo anterior nos evidencia que en la familia del esquizofrénico paranoide existe una cierta resistencia a responsabilizarse de él; pero, sin embargo, se deben de tomar en consideración varias situaciones, una de las cuales se traduce en que, verdaderamente, la familia no está preparada para vivir con un enfermo mental, y mucho menos cuidarlo, ya que, por principio, en México no existe la educación mínima básica acerca de lo que es la salud mental, las patologías por las que ésta puede afectarse, y la forma de atenderlas; y una vez que se manifiesta plenamente la sintomatología psicótica del esquizofrénico paranoide (y en sí de todo enfermo mental), no se considera su actitud y sus conductas dentro de los parámetros de lo "normal", y, por lo tanto, produce en la demás gente insertidumbre, inseguridad y miedo a lo desconocido; prejuiciando a la persona que lo manifiesta y tratándose por todos los medios de no tener interacción directa con la misma, dando en muchas ocasiones explicaciones mágicas a la enfermedad, como la de ser resultado de una brujería o algún "mal" que le hicieron a la persona.

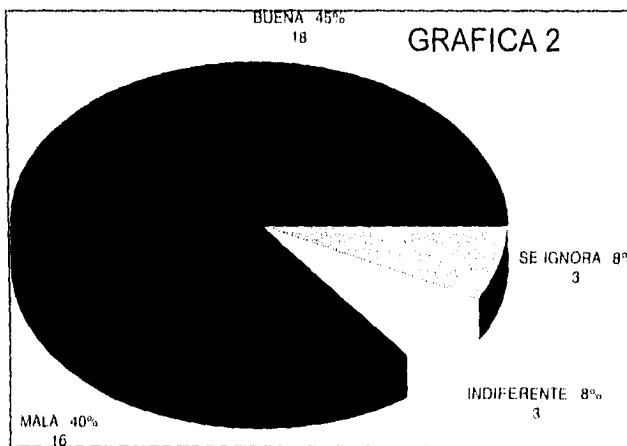
Por lo antes mencionado, en la mayoría de los casos, los familiares prefieren dejar al individuo indefinidamente en un hospital psiquiátrico; surgiendo de ahí el gran problema que tienen éste tipo de instituciones, por el acrecentado abandono de pacientes en las mismas.

Con respecto al estado civil de los padres de los individuos contemplados en la muestra, se determinó que, en un 45% (18 casos) fueron casados, como se puede observar en la Gráfica 1, que a continuación se presenta.



Pese a que en un 45% se reportó que los padres de los individuos contemplados en la muestra están casados, se logró constatar, en la entrevista directa al familiar del paciente, que la mayoría de las veces la familia se encontraba incompleta, y si no de una forma constante, si esporádica,

por la ausencia del padre, e inclusive, en algunas ocasiones por la ausencia de la madre; por lo tanto, al considerar este hecho, se puede decir que al ser madre o padre "periféricos", su relación con los hijos no pudo haber sido intensa y con lazos afectivos perdurables.

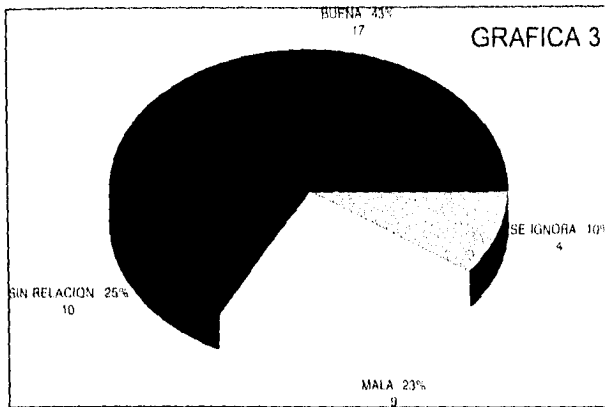


Esto nos lleva a estudiar la relación que tenían los padres entre sí; la cual se registra como a continuación se señala en la Gráfica 2.

Si sumamos los porcentajes obtenidos de las relaciones malas e indiferentes entre los padres, nos da un total de 48% (19 casos), lo que muestra que

aproximadamente es la mitad de los casos tomados para la muestra.

Ahora bien, una vez estudiada la relación entre ambos padres, contemplaremos la relación de éstos con el esquizofrénico paranoide, con lo cual entenderemos, en parte, la disfunción familiar que en muchos casos se presenta (Gráfica 3).



De igual forma, si en este caso unimos los porcentajes de los supuestos de sin relación y mala relación, tenemos que, en un 48% del total de la muestra, se tienen relaciones deficientes entre padres e hijos, las cuales son producto, a la vez, de las malas e indiferentes relaciones entre ambos padres; no

llegando con ésto a interactuar debidamente y, por lo tanto, vislumbrándose la falta de entendimiento en todo el núcleo familiar.

En otro aspecto, por lo que respecta a otros miembros de la familia, se reportó el número de hermanos con que contaba cada sujeto contemplado en la muestra, obteniéndose que en un 80% de los casos tenían más de cuatro.

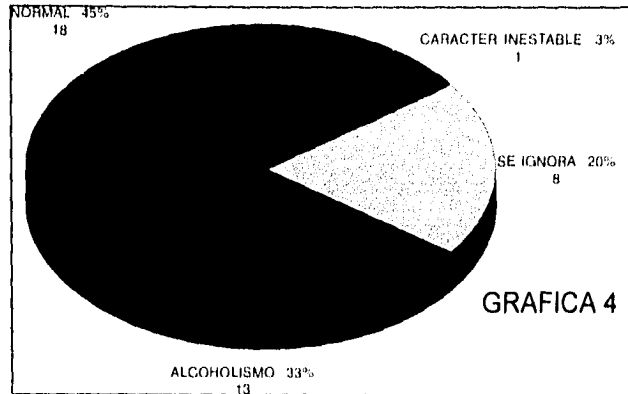
Como ya se había contemplado anteriormente, al extraerse la muestra de una población que en su mayoría es de escasos recursos, donde las alternativas y opciones de vida se ven restringidas, sus características son muy específicas; entre ellas cabe mencionar el gran número de integrantes por cada familia que puede existir, por no recibir orientación ni educación al respecto; y, en donde en algunas ocasiones, por cuestiones de índole genético o ambiental, más de uno de sus elementos presentan anomalías mentales en diversos grados.

También, como resultado de un número excesivo de hijos en una familia, puede traducirse las pocas opciones de aspirar a estudios académicos más avanzados para cada uno de ellos, ya que, como lo hemos mencionado anteriormente, los recursos económicos y culturales son bajos.

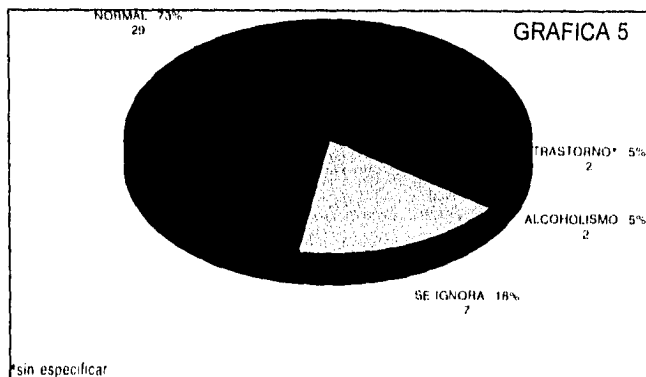
Aparte de recabar información acerca de la relación padres-paciente, también se cuestionó respecto a la interacción entre el paciente y sus otros familiares tales como hermanos, primos, tíos, etc., y se trató de determinar si existía por parte de ellos algún tipo de maltrato al individuo,

y, se obtuvo que, en un 68% (27 casos) esto no se presentaba, pero en un 15% (6 casos) si existía la actitud hostil.

Por otra parte, también se contemplaron los antecedentes psiquiátricos de los padres. Por lo que respecta al padre, en la Gráfica 4 se pueden observar los resultados.

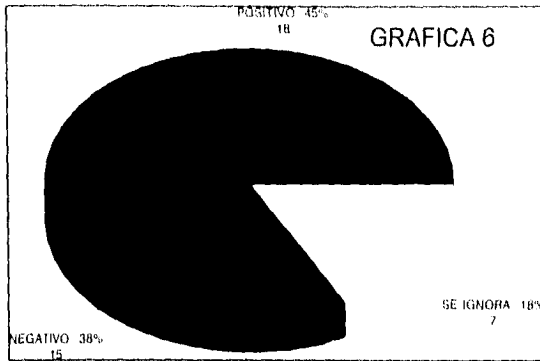


En cuanto a los antecedentes psiquiátricos de la madre, en la Gráfica 5, se pueden observar los datos obtenidos.



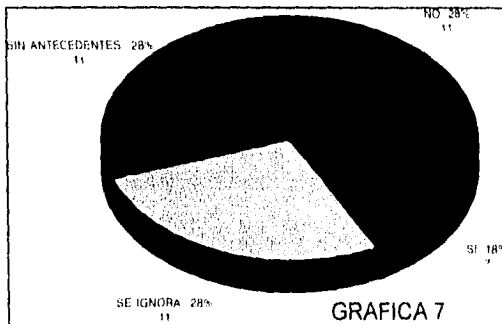
Como se puede observar, por lo que respecta a los antecedentes psiquiátricos positivos, la tendencia más marcada es en el padre, ya que presenta, sobre todo, problemas de alcoholismo (33%), presentándose también en la madre, pero en una proporción menor (5%).

También se estudiaron los antecedentes psiquiátricos de otros familiares; y se obtuvo que un porcentaje de 45, que es bastante significativo, si los tuvieron (Gráfica 6).



Con esto se puede decir que, el porcentaje mayor de antecedentes psiquiátricos del esquizofrénico paranoide de ésta muestra, se encuentra en los otros familiares del mismo, independientemente de que si uno o ambos padres lleguen a presentar algún trastorno mental.

Y, como último aspecto, nos referiremos a si han recibido tratamiento psiquiátrico los familiares con antecedentes de problemas de enfermedad mental (incluyendo a ambos padres) (Gráfica 7).



A pesar que en un 28% (11 casos) se ignora la información, se contempla como representativo que en otro 28% de los casos que tuvieron antecedentes psiquiátricos en la familia no se atendieron médicamente, contra un 18% (7 casos) que sí lo hicieron.

En el ámbito de la psiquiatría y ramas de la ciencia afines, continúa la polémica en cuanto a determinar el origen de la esquizofrenia, inclinándose un grupo de ellos a asegurar que tiene definitivamente cuestiones de orden hereditario; otros más afirman que su causa es el medio ambiente que rodea al individuo, y, por último, un tercer grupo, sigue la corriente ecléctica, el cual contempla que su origen pertenece tanto al orden hereditario como al ambiental.

4) Medio Criminógeno en que se Desarrolla

El medio ambiente en que nace y se desarrolla todo individuo es determinante para su conformación como ente individual y social, ya que el sujeto como tal, requiere de toda una serie de elementos que lo estructuren y le den pautas a seguir a lo largo de su vida, siendo unas innatas y otras aprendidas.

De esta forma, en lo que al esquizofrénico paranoide se refiere, también es muy relevante éste aspecto, y en general, en todo individuo que sea considerado de algún modo como marginado del grupo social, por presentar características que difieren de la estructura y sistema rígido de la sociedad; entre los que se pueden ver incluidos a aquellas personas que han cometido conductas para y antisociales, a los enfermos mentales, a diversos grupos étnicos, grupos sociales económicamente marginados como los pertenecientes a los "ghetos" de las ciudades urbanizadas, etc. Ya que se puede apreciar que sus oportunidades y alternativas de vida no han sido las mismas que para otros grupos sociales de diversos niveles y sectores socioeconómicos y culturales.

En relación con lo antes mencionado, se dice que el ámbito en que se desarrollan los individuos que realizan conductas antisociales es, por lo general, hostil, agresivo, convulsionado y, donde el hacer este tipo de acciones no representa mayor asombro en el entorno ni en el propio individuo; se visualiza como una forma común de existencia, es decir, se adopta como "forma de vida" del grupo específico, repitiendo patrones culturales aprendidos por generaciones, aunado al contagio social paulatino y constante que se presenta.

Así pues, apuntaremos que, "la conducta asocial de las personas esquizofrénicas se explica por el hecho de que el aprendizaje social puede fallar también en estos niños debido a su ambiente patológico y conducir a una aversión prácticamente para toda la vida frente a las demás personas"⁽⁴⁴⁾.

Pero, si bien es cierto ésto, se dice que el medio ambiente, por más factores criminógenos que contenga, no "predestina" al individuo para ser de una manera determinada, ni mucho menos a

⁴⁴⁾ Harold Kaplan y Benjamin Sadock, op. cit. p. 205.

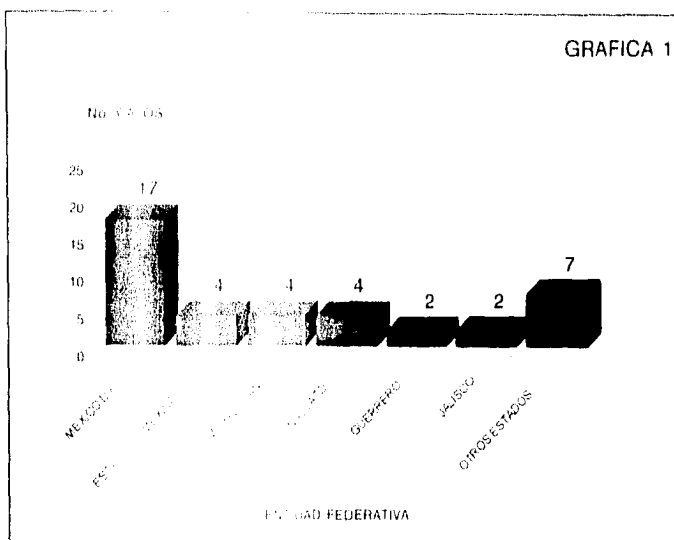
realizar tal o cual conducta más bien, en un momento dado, puede "condicionar" para que esto suceda.

Con lo antes expuesto, se puede decir que el medio ambiente saturado de factores criminógenos es un campo de cultivo idóneo para que se den cierto tipo de conductas, hechos y acontecimientos, pero no necesariamente se tienen que dar. Precisamente es aquí donde aparece la voluntad y la autodeterminación del individuo, que en el enfermo mental se encuentran alteradas

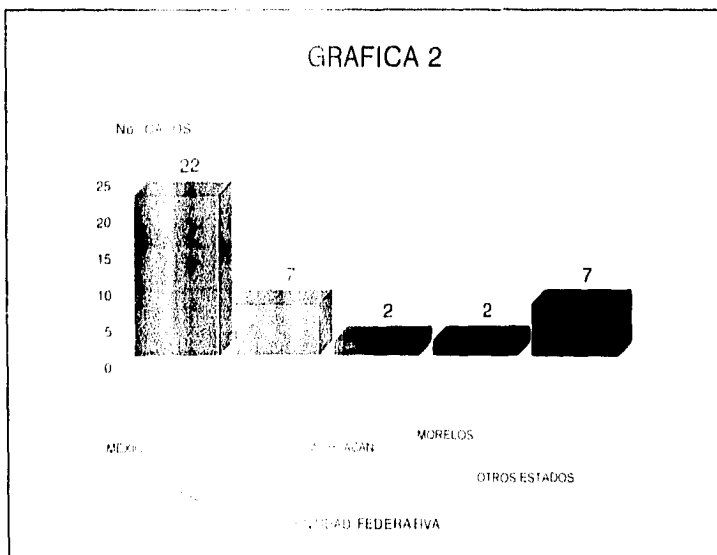
Ahondando en este punto podríamos comentar que, en el caso de los enfermos mentales (en específico los esquizofrénicos paranoicos que son sobre los que versa la investigación), por la sintomatología psicótica que llegan a presentar, manifiestan errores de conducta, éstos precedidos por errores de juicio debido a que la evaluación que hacen de la realidad no es objetiva, de acuerdo a la "lógica común" del grupo social. Así pues, de este modo, en un medio donde las opciones de desarrollo social y personal son mínimas, aunado a la marginación ejercida hacia grupos vulnerables, hacen que las posibilidades de realizar conductas antisociales crezcan; esto es, la persona pueda responder de la misma manera agresiva, que como se le ha condicionado a vivir.

Dentro de esta investigación se obtuvieron datos respecto al medio de donde provienen los individuos tomados como muestra, y como un primer cuestionamiento, se formuló de qué parte del país eran originarios, registrándose a continuación los resultados en la Gráfica 1.

Los casos que provienen del interior de la República Mexicana hacen un total de 23, o sea un 58%; siendo conveniente anotar que todos ellos pertenecían a ámbitos rurales, donde el desarrollo social y económico no era muy grande.

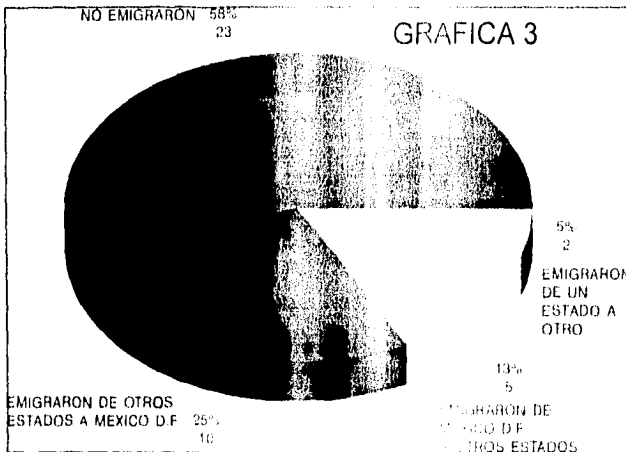


Pero por el contrario, en la actualidad residen, independientemente del lugar de internamiento, más individuos en México, D.F., que en los Estados de la República, como se puede observar en la Gráfica 2.



Reuniendo los casos que residen actualmente en el interior de la República, tenemos un total de 18, o sea un 45%. notándose la disminución con el porcentaje obtenido en el supuesto de lugar de origen, que reportó 23 casos, o sea un 58%.

Haciendo un estudio más a fondo respecto a éste rubro, se quiso determinar qué porcentaje había emigrado de su lugar de origen; y así se obtuvo que, el porcentaje mayor (58%) se refirió a los casos que no emigraron, siendo el restante 43% el que si emigró, como se representa en la Gráfica 3.



Aquí se observa que, prácticamente es equitativo el porcentaje de los individuos que emigraron de los que no emigraron de su lugar de origen; llamando la atención que, de los 17 casos que emigraron, 10 fueron de un Estado de la República a la capital de la misma, 5 de la capital a la provincia, y solamente 2 de un

Estado a otro.

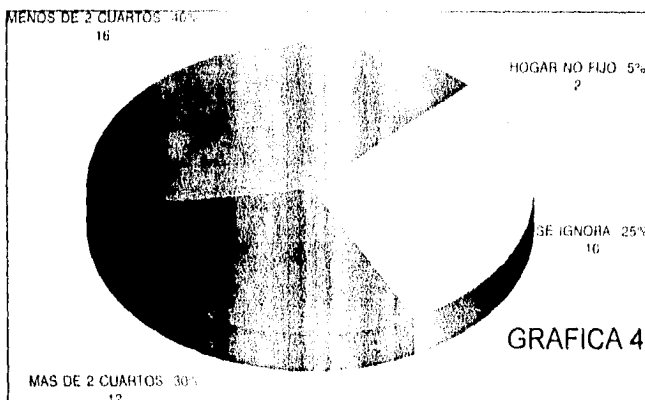
Es importante comentar que, en entrevistas a algunos familiares, comentaron haber notado que cuando el paciente emigró de su lugar de origen, fue cuando presentó las manifestaciones francas del padecimiento por primera vez, o bien, si estas ya existían, se exacerbaban. Recabándose, también, que en varios casos fueron a trabajar temporadas relativamente prolongadas (más de dos años) a los Estados Unidos, y cuando regresaban a su hogar manifestaban la enfermedad o con síntomas acrecentados.

Algunos tratadistas como Harold Kaplan y Benjamin Sadock, han analizado este punto, y al respecto consideran que la migración y la industrialización de las grandes ciudades son factores que han influido a aumentar los índices de esquizofrenia, pero sin embargo no se ha concluido

esto de forma determinante.⁴⁵ Si que las actuales investigaciones respecto al origen de la esquizofrenia tienden cada vez más a remitir a cuestiones de tipo orgánico, pero sin duda existen factores ambientales que intervienen en su manifestación y el cuadro clínico que presente la misma.

Todo esto puede ser considerado como un producto de desestabilidad emocional, provocadora de estrés, que hace que el individuo experimente sentimientos de desesperación, angustia, depresión, etc., que lo hace más susceptible para la aparición del padecimiento, puesto que ya existe la predisposición de un cerebro familiar para que se manifieste. Esto, a la vez, como producto de tener que llegar a un lugar del que muchas veces se desconocen sus costumbres, no se tienen oportunidades de empleo, vivienda, medios de esparcimiento, etc., y que, inclusive, a veces no se habla el mismo idioma, como los casos que emigraron a los Estados Unidos o individuos de grupos étnicos que hablan dialecto y emigran a las grandes ciudades, sin tener mayor posibilidad de comunicación.

Por otra parte, también se recabó información respecto a las características de la vivienda donde los individuos habitaban antes de ingresar a la institución psiquiátrica, obteniéndose los siguientes resultados, presentados en la Gráfica 4.

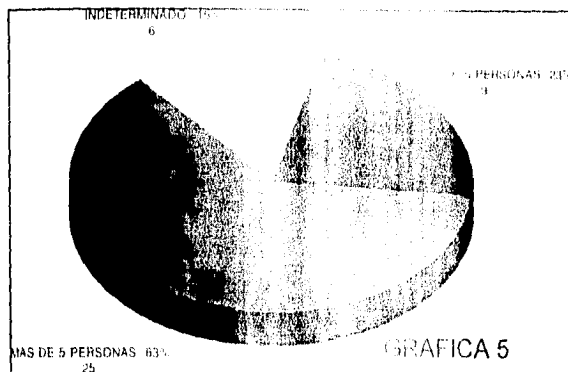


Es necesario hacer la observación que en ésta investigación se entiende por cuarto no solamente las recámaras de una casa, sino a los espacios divididos dentro de la propia construcción, los cuales pueden ser ocupados como estancia, comedor, cocina,

⁴⁵ Ibidem. p. 203

etc. Del mismo modo, en el supuesto de Menos de 2 Cuartos se incluyeron los casos que se refieren a cuarto redondo, esto es, sin una división en la construcción, donde podían coexistir todos los servicios en un solo espacio.

Asimismo, también se determinó cuántas personas cohabitaban en dichas viviendas, reportándose los datos que en numeración en la Gráfica 5, se muestran.



Correlacionando los resultados de las últimas gráficas, tenemos que si en un 40% (16 casos), los individuos vivían en construcciones de menos de 2 cuartos y, en un 63% (25 casos), cohabitan más de 5 personas en ellos, existe hacinamiento, falta de privacidad y, por lo tanto, probablemente

promiscuidad con los otros integrantes de la familia.

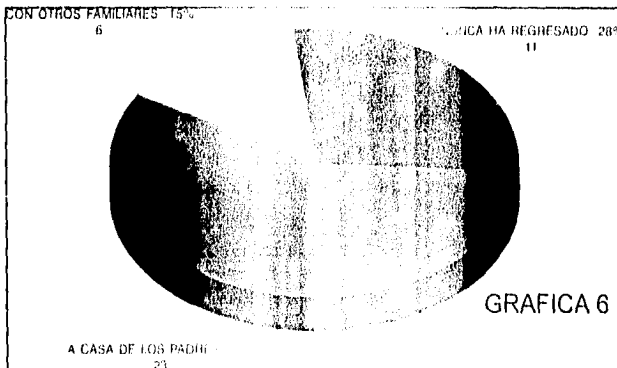
Por lo tanto, consideramos que el espacio vital de un individuo es aquel donde puede crecer y desarrollarse como persona, gozando de intimidad, opciones y tiempo para él mismo; de no ser así, puede existir un ambiente viciado, invadido por otros tantos individuos que buscan también esa privacidad y existencia independiente por lo que les será difícil autodeterminarse e identificarse como seres individuales, y por lo tanto pueden ser autosuficientes.

Independientemente de las condiciones habitacionales que se han enumerado, existen otros tipos de factores criminógenos en el medio ambiente (familiar y social), en que se desenvuelve el individuo. Así, por ejemplo, mencionaremos el problema del alcoholismo y la drogadicción que existe en la comunidad. En donde la gran mayoría de personas dependientes a la droga prefieren los inhalantes y la marihuana, así como bebidas embriagantes; señalando de nuevo que la población donde se tomó la muestra pertenece a estratos socioculturales y económicos que oscilan de medio a bajo, recordando en su forma, las cifras que se obtuvieron respecto a los

antecedentes de alcoholismo y drogadicción en los familiares del paciente, contemplado ya en el inciso que precede al presente.

Otro aspecto importante es la relación que tiene el individuo desde su infancia con ciertos grupos sociales de su medio ambiente, que practican reiteradamente otras conductas para y antisociales, que van desde la pedofilia y la homosexualidad, hasta expresiones máximas de criminalidad dentro de las familias y en las calles; arraigándose ésto en muchas ocasiones en el individuo como forma de ser y actuar, por el contagio social que se presenta dentro de estos ámbitos.

Conforme a lo anterior también se estudio en qué porcentaje éstos pacientes, después de tener períodos de internamiento psiquiátrico, han regresado a su medio social anterior, representándose los resultados en la grafica 6



GRAFICA 6

Quizás el porcentaje de pacientes que han regresado al hogar de los padres después de internamientos psiquiátricos anteriores, es porque la enfermedad mental aún no llegaba a considerarse crónica y, por lo tanto, tenía con más frecuencia etapas de remisión médica, que también

duraba lapsos más largos, pero cada vez el paciente ha tenido largo tiempo de evolución de su padecimiento, sus posibilidades de remisión son cada vez más difíciles, por lo tanto, los familiares se muestran también cada vez más renuentes al hecho de llevarse a casa, como se había tratado también en el inciso anterior.

Así pues, se puede observar que en el 73%, el esquizofrénico paranoide regresa al mismo medio ambiente, en muchos de los casos criminógeno, en el que se desarrolló desde su más temprana edad; propiciándose con ésto, que probablemente reincida en la comisión de conductas para y antisociales, si es que la enfermedad persiste, y si no, puede estar latente esta probabilidad.

Todo esto debido a que, como se había manifestado anteriormente, el contagio social que ejercen las personas que cometen el esquizofrénico paranoide son determinantes en el desarrollo de éste y, por lo tanto, tienen que ver en parte, con el hecho de que lleguen a cometer actos antisociales y agresión en general al ambiente que lo rodea.

Una de estas situaciones, comentada en el punto anterior a éste, es el alcoholismo de uno o ambos padres, y el que presenta en la actualidad el mismo individuo, en algunos casos; así como el rechazo y la marginación social, y muchas veces la falta de acceso a la atención médica idónea, etc.

Se había comentado, también, que de los 40 casos tomados como muestra, respecto a los padres, 13 de ellos presentaban alcoholismo positivo; y en los individuos se reporta una adicción en 27 de los casos, con lo cual se puede distinguir que es probable el contagio social y la tendencia a seguir tales patrones de conducta, de padres a hijos.

5) Dinámica Criminológica de la Conducta Antisocial

En este inciso, abordaremos cuestiones referentes a la criminogénesis y criminodinámica de las conductas antisociales de los casos que conforman la muestra. El primero de estos conceptos se refiere, a decir del Mto. Rodríguez Manzanera, al "conjunto de factores y causas que dan como resultado la conducta antisocial"; y, el segundo, consiste en "la explicación de los procesos seguidos para llegar a la conducta antisocial"⁽⁴⁶⁾.

Así pues, comenzaremos por decir que, la personalidad del hombre delincuente tiene varios matices, se ve influida por diversos factores que determinan su acción y que, inclusive, la han conformado desde la infancia; de ésta forma, la manera en que realiza las conductas antisociales revela en gran parte su potencialidad ante circunstancias específicas y el riesgo criminológico que puede llegar a representar bajo ciertos supuestos. De esta forma, se puede decir que el "delito" es solo uno de los síntomas de una enfermedad más grave, pero que su estudio integral nos sirve de parámetro, de medición y comparación, para determinar la peligrosidad del individuo.

Analizar profundamente la conducta antisocial y bajo qué circunstancia fue realizada, nos lleva al conocimiento del proceder específico del esquizofrénico paranoide y, de este modo, comentaremos que en un 55% (22 casos), el primer acto lesivo realizado, lo llevaron a cabo después de internamientos subsecuentes, es decir después del primer internamiento. En un 40% (16 casos), lo realizaron antes de su primer internamiento en institución psiquiátrica, y, en un 5% (2 casos), se ignora la información.

Esto es que, en un 55 % de los casos, prácticamente la mitad de la muestra empleada, en el momento de cometer el acto ilícito, el individuo ya contaba con antecedentes de tratamiento psiquiátrico; esto es, ya se le había diagnosticado una enfermedad mental y, seguramente, se le había prescrito tratamiento psicofarmacológico. Así pues, se podría pensar que, en ese momento, se encontraba en una fase aguda del padecimiento, o bien, en remisión del mismo pero con ciertos "brotos psicóticos" que determinaron la comisión del hecho, puesto que no existió continuidad en su tratamiento médico.

⁴⁶⁾ Criminología. p. 465.

Inclusive, sería conveniente señalar que en tres de los casos tomados en la muestra, lo que representa un 8%, se realizaron las conductas antisociales dentro de hospitales psiquiátricos.

Por lo que respecta a los 16 casos (40%) de la muestra, que llevaron a cabo la conducta lesiva antes de su primer internamiento a hospital psiquiátrico o institución que prestare tal servicio, se observó que en varios de estos supuestos ya se había advertido la existencia, con manifestación plena o no, de enfermedad mental, y si no se había notado claramente, si había ciertos indicios que hacían presuponer al familiar o conocidos, que el sujeto presentaba alteraciones de personalidad y conducta bizarra, en muchos de los casos.

Pero, curiosamente, existen algunos ejemplos en la muestra empleada en que, hasta antes de la comisión de la conducta antisocial, nunca se había advertido la existencia de enfermedad mental; siendo el hecho lesivo, en muchos casos, el botón detonador del brote psicótico del individuo; aunque no obstante esto, se podría decir que existían ciertos aspectos, aunque velados en su mayoría, para presuponer alteraciones en la personalidad del mismo, tanto el aislamiento de su familia y grupo social (trabajo, escuela, amigos, etc.), ideas delirantes de daño que podrían pasar desapercibidas (envenenamiento, celos patológicos, etc.) o bien de persecución (sentirse perseguido por alguna (s) persona (s) en especial o en forma indiferenciada); ó, tornándose violento e irritable. Pero todo esto dentro de ciertos parámetros "normales" de conducta.

Como ejemplo de lo antes mencionado, tenemos el siguiente caso, perteneciente a la muestra empleada en esta investigación.

Individuo que contaba con la edad de 36 años, casado, empleado federal, estudió hasta nivel medio superior, en su matrimonio había procreado a cinco hijos, solvencia económica buena y estable; con una forma de vida que se podría catalogar de "normal" y, hasta cierto punto, feliz.

En noviembre del año de 1969, muere su hermano y sobrino de meses en un accidente automovilístico; cae en una profunda depresión, aunado ésto a que, también en esos momentos, se llevaban a cabo los trámites para su divorcio.

En diciembre (próximo a fechas navideñas), encontrándose en la casa de sus padres, viendo televisión con su familia (ambos padres, hermana y hermano), empezó a sentir un "bochorno", se sintió "como si le fuera a dar gripa" SIC. (sujeto). Se dirigió al piso de arriba de la casa, al cuarto de su papá. para tomar un medicamento, vió la pistola que estaba en el cajón junto a éstas; bajó las escaleras y disparó contra su padre y hermano, provocándoles la muerte instantánea.

Desde que bajó las escaleras, hasta el momento de encontrarse detenido, no recuerda absolutamente nada.

Aparentemente, la familia y amigos, nunca advirtieron ningún síntoma que pudiese denotar manifestación de enfermedad mental; pero, sin embargo, en su historia clínica se encuentran antecedentes tales como pensamientos delirantes de daño, como miedo a ser envenenado y celos patológicos (motivo en parte de su divorcio).

Posterior al hecho realizado se arrepiente y dice no explicarse cómo sucedió todo y cómo fue capaz de hacerlo.

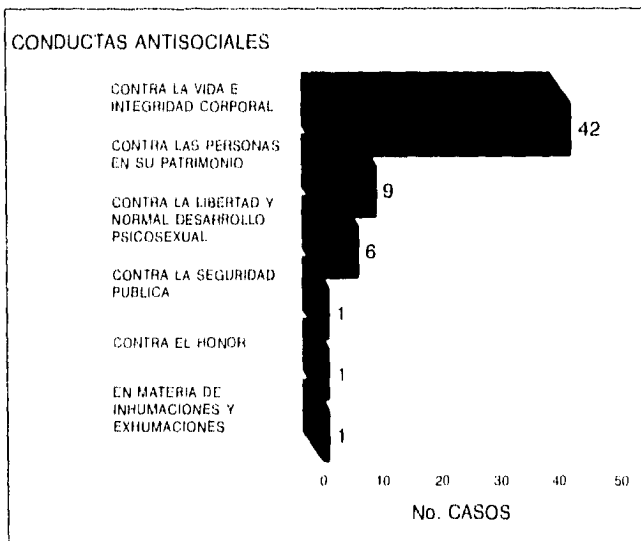
Así pues, con cuadros clínicos como éste, donde el aspecto afectivo y emotivo tienen gran relevancia, pueden llegar a realizarse homicidios de estas características, totalmente impulsivos e inclusive, que no se hubiese denotado antes el trastorno de la persona. De igual forma, es de resaltar, aprovechando el ejemplo expuesto, que existiendo en un cerebro lábil la predisposición a brotes de este tipo, es más probable que se desencadenen estas situaciones, bajo ciertas circunstancias, tal como la depresión que sufrió días antes al hecho.

A continuación mostraremos, en tablas secuenciadas respecto a su clasificación, las conductas antisociales típicas y antijurídicas que se registraron en los casos tomados para la muestra; especificando que suman un número mayor al de 40, ya que algunos individuos presentaron la comisión de 2 o más de ellas, tratándose por separado cada una en este sentido (Tabla 1)

TIPO DE CONDUCTA ANTISOCIAL, TIPICA Y ANTIJURIDICA, REALIZADA	
Tabla 1	
Clasificación de acuerdo al Bien Jurídico Lesionado	
CONDUCTA	No.DE CONDUCTAS
CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL DE LAS PERSONAS	
Homicidio	21
Lesiones	16
Tentativa de Homicidio	3
Ataque Peligroso	2
Total	42
CONTRA DE LAS PERSONAS EN SU PATRIMONIO	
Robo	7
Daño en Propiedad Ajena	2
Total	9
CONTRA LA LIBERTAD Y NORMAL DESARROLLO PSICOSEXUAL	
Violación	3
Tentativa de Violación	3
Total	6
CONTRA LA SEGURIDAD PUBLICA	
Portación de Arma Prohibida	1
CONTRA EL HONOR	
Injurias	1
EN MATERIA DE INHUMACIONES Y EXHUMACIONES	
Profanación de Cadáver	1

En la siguiente gráfica se pueden mostrar las proporciones de las cifras mencionadas anteriormente (Gráfica1)

TIPO DE CONDUCTAS ANTISOCIALES REALIZADAS



Gráfica 1

Así pues, se registraron un total de 60 conductas antisociales, típicas y antijurídicas, realizadas; siendo 4 los sujetos que llevaron a cabo tres y 12 individuos que realizaron 2; esto es, un 40% de la muestra total empleada.

Cabe mencionar que, se observó que en un número significativo de los casos, la conducta antisocial y lesiva fue dirigida en contra de algún miembro de la familia; y, así tenemos que:

Tabla 2

TABLA 2

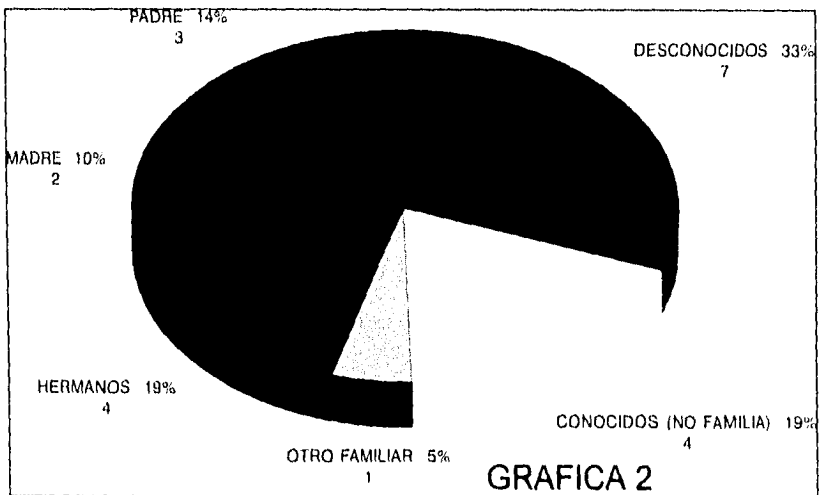
CONDUCTA ANTISOCIAL DIRIGIDA A ALGUN FAMILIAR		
PARRICIDIO	Contra el Padre	3
	Contra la Madre	2
FRATICIDIO		4
HOMICIDIO EN CONTRA DE OTRO FAMILIAR		1
ATAQUE PELIGROSO	Contra el Padre	1
	Contra la Madre	1

TABLA 2 (CONTINUA)

CONDUCTA ANTISOCIAL DIRIGIDA A ALGUN FAMILIAR	
LESIONES	
	Contra el Padre 2
	Contra la Madre 2
INTENTO DE VIOLACION	
	Contra la Madre 1
	Contra la Hermana 1
DAÑO EN PROPIEDAD AJENA CONTRA ALGUN FAMILIAR	1

De esta forma, podemos observar que de las conductas antisociales y lesivas realizadas por los individuos integrantes de la muestra, 19 fueron dirigidas a la familia; siendo 16 catalogadas como delitos contra la vida y la integridad corporal.

De los 21 homicidios reportados en la muestra total, tenemos que 10 fueron cometidos a algún familiar del sujeto (Gráfica 2).



Es importante comentar que, de la muestra total, 12 agresiones se virtieron en contra de mujeres (30%), 26 a hombres (65%) y, en dos casos, se ignora la información (5%).

Por otra parte, mencionaremos que, en cuanto a la edad que tenía el sujeto en el momento de cometer la conducta antisocial, se pudieron observar los siguientes resultados (Tabla 3).

TABLA 3

EDAD DEL PACIENTE	CASOS	PORCENTAJE (%)
De 15 a 20 años	4	10
De 21 a 25 años*	8	20
De 26 a 30 años*	12	30
De 31 a 35 años*	7	18
De 36 a 40 años	4	10
Más de 40 años	3	8
Se ignora	2	5

Con estos datos se contempla que, los porcentajes más altos se registran en las edades que van de 21 a 35 años, y, si se suman los porcentajes que obtuvieron estos tres intervalos, se advertirá que es un 68% de los casos en total tomados para la muestra.

Pero, no obstante que los tres intervalos anteriormente citados son los que obtuvieron más alto porcentaje, el segundo de estos, el que se refiere al rango de 26 a 30 años, obtuvo un 30% del total de la muestra empleada.

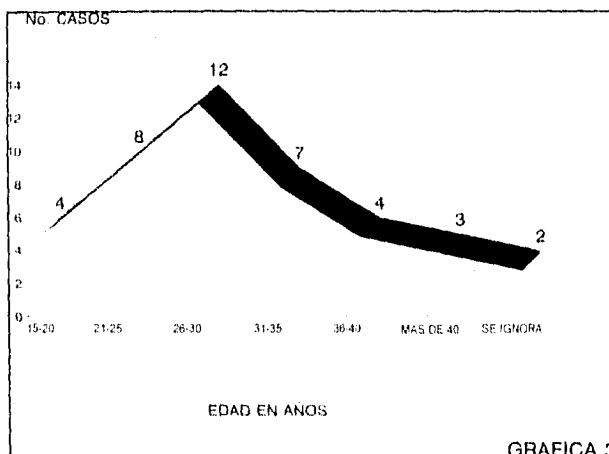
Se puede considerar que para esta edad, los individuos se encuentran con una evolución del padecimiento que puede oscilar de diez a quince años aproximadamente, tomando en cuenta que la enfermedad se manifiesta en los hombres entre los 17 a los 30 años de edad⁽⁴⁷⁾, encontrándose en la clasificación de adulto joven, seguramente contando ya con antecedentes de internamientos psiquiátricos y de medicación.

Dependiendo de cada caso en específico y del cuadro clínico que presente el mismo, es como se va a presentar el deterioro físico y mental del individuo, así como la demenciación; pero, como habíamos mencionado anteriormente, en el esquizofrénico paranoide sus funciones mentales, entre otras, se conservan casi intactas; así pues, podemos decir que de 26 a los 30 años de

⁴⁷⁾ vid. W.T. Carpenter y R.W. Buchanan. op cit. p. 682.

edad, sus capacidades no están deterioradas tan devastadoramente como en otros tipos de padecimientos mentales, aunque ya se cuente quizás con un lapso considerable de evolución del padecimiento.

De ésta forma se puede observar, en la Gráfica 3, que es mayor la incidencia de conductas antisociales en los sujetos de la muestra conforme mayor es su edad cronológica, pero que, llegando a un punto (intervalo 26-30 años), empieza a declinar



En este estudio se investigó sobre los antecedentes de criminalidad en la familia del paciente, pero en 19 de los casos no se pudo obtener la información, en 17 se reportó que no existen antecedentes y en 3 se mencionó al padre y en uno al hermano.

Por lo tanto, no se puede considerar como significativo este rubro.

Por lo que respecta a otros antecedentes de conductas anti y para sociales, en el sujeto mismo, diremos que se registró lo siguiente (Tabla 4).

TABLA 4

OTRAS CONDUCTAS ANTI Y PARASOCIALES	NUMERO DE CASOS
Agresividad	37
Autoagresiones	6
Piromanía	1
Abuso Sexual	3
Nudismo	2
Exhibicionismo	1
Vagancia	1
Homosexualidad	17

De nueva cuenta nos encontramos con que, las conductas anti y parasociales suman más de 40 (muestra total), ésto también debido a que en la mayoría de los casos se presenta la comisión de dos o más de éstas.

Un elemento importante en la comisión de las conductas antisociales que nos habla acerca de la personalidad criminológica del delincuente en general, es el hecho de haber mencionado a otra persona la futura realización de ésta acción que nos habla, bajo ciertas circunstancias, que el individuo tiene poca temibilidad a las consecuencias de sus actos e, inclusive, a la revelación de lo que pretende llevar a cabo. Y así nos encontramos con que 33 de los sujetos no mencionaron a nadie sobre la comisión de la conducta antisocial, en 4 casos se ignora y solamente 3 si lo hicieron.

Estos resultados también se observan por el hecho de que, en un 50% de las conductas antisociales realizadas por los sujetos de los casos tomados como muestra, se llevaron a cabo eminentemente por impulso en el momento preciso, no existiendo lapso mayor para su premeditación.

De esta forma, se puede decir que, en algunos trastornos psiquiátrico, la disminución de las funciones mentales superiores, el juicio alterado y el poco contacto que se tiene con la realidad, son factores que lo orillan al que lo padece a no realizar conductas antisociales muy estructuradas, que nos hablen de una meditación prolongada y razonada inteligentemente en su ejecución; pero, sin embargo, por lo que respecta al esquizofrénico paranoide, por tener éste sus facultades intelectuales en mejor estado, se puede observar que en algunos casos aunque sean premeditados están regidos por la manipulación que ejercen sobre él las alucinaciones de tipo auditivo y las ideas delirantes (delirios encapsulados), logrando así, idear ciertos actos para la realización del hecho, pero sin mayor estructura.

Así pues, aunque el proceder en la realización de las conductas antisociales esté viciado por este tipo de alteraciones, el esquizofrénico paranoide puede estructurar estas y referirlas a personas determinadas; y así, llegar a la agresión dirigida a aquel individuo que se encuentra dentro de su sistema delirante.

Por lo antes mencionado en los párrafos anteriores, diremos que en un 90% de la muestra manejada para esta investigación, el esquizofrénico paranoide actuó solo en la comisión de la conducta antisocial, en un 5% con otra persona, en un 3% en grupo y, de otro 3% se ignora la información.

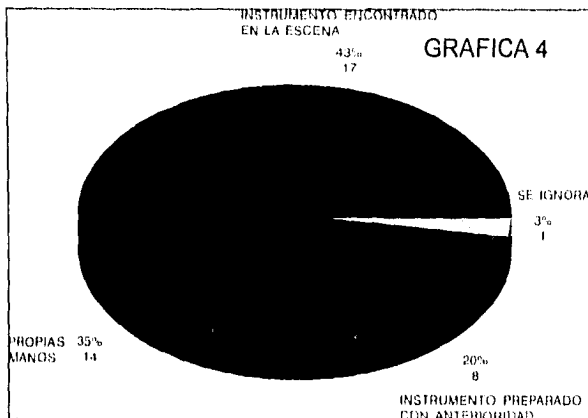
El haber actuado con otra persona o en grupo puede denotar que, o ya bien, su actitud ha sido de liderazgo, si actuó dirigiendo a las otras personas, o que es sumamente influenciable, si fue manipulado por el grupo para cometer la conducta antisocial.

Así pues, se reporta que en dos casos el sujeto actuó con otra persona y en un solo caso en grupo. Como se podrá apreciar, el enfermo mental con todas las características que conlleva su padecimiento, es más susceptible de ser influenciable que las personas que gozan de todas sus capacidades mentales.

Por otra parte, con respecto a los instrumentos utilizados en la comisión de la conducta antisocial (ver Tabla 5, Gráfica 4), mencionaremos lo siguiente:

TABLA 5

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA COMISION DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL		
INSTRUMENTO	CASOS	PORCENTAJE (%)
Propias Manos	14	35
Instrumento Encontrado en la Escena	17	43
Instrumento Preparado con Anterioridad	8	20
Se Ignota	1	3



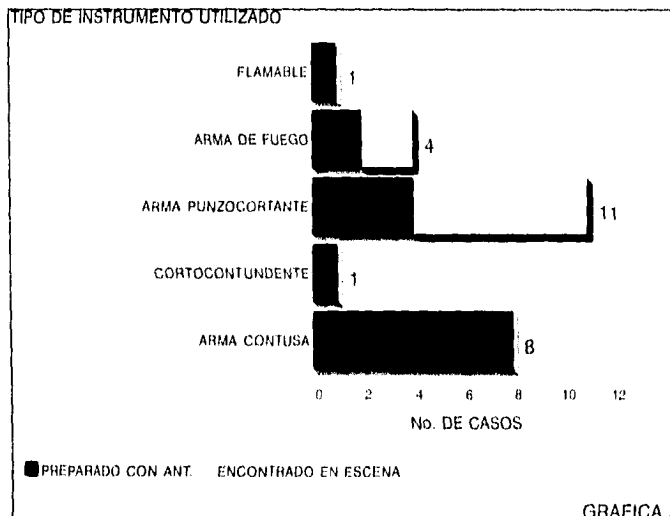
Esto nos habla que solamente en un 20%, se podría decir, la realización de la conducta antisocial fue premeditada, ya que se prepararon los instrumentos para su realización.

De los 25 casos en que se reportó utilización de algún instrumento en la comisión del

acto lesivo, se realizó la siguiente clasificación (ver Tabla 6, Gráfica 5).

TABLA 6

TIPO DE INSTRUMENTO	MODO DE UTILIZARLO	NUMERO DE CASOS
Flamable	Preparado con Anterioridad	1
Arma de Fuego	Preparado con Anterioridad	2
Arma de Fuego	Encontrado en Escena	2
	Total	4
Arma Punzocortante	Preparado con Anterioridad	4
Arma Punzocortante	Encontrado en Escena	7
	Total	11
Arma Cortocontundente	Preparado con Anterioridad	1
Arma Contusa		
Piedras	Encontrado en Escena	5
Palos	Encontrado en Escena	2
Martillo	Encontrado en Escena	1
	Total	8



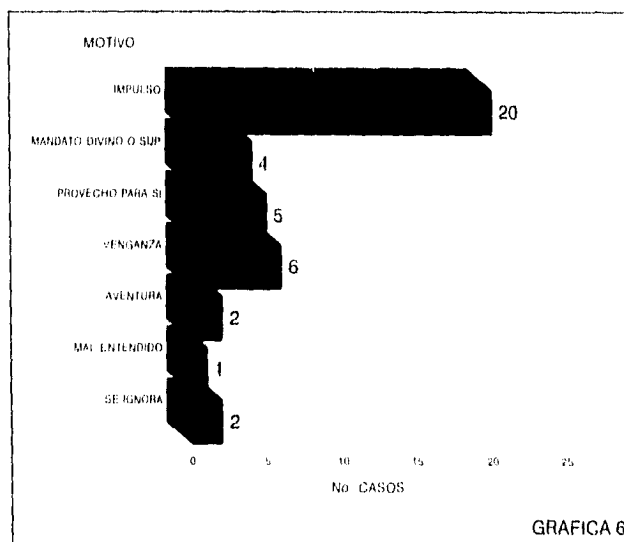
Ahora bien, posterior a la realización de la conducta antisocial, 22 de los sujetos tomados en la muestra no destruyeron el instrumento que los implicaba en la comisión de la misma, 14 fueron realizadas con sus propias manos, y en cuatro se ignora la información.

Como se había mencionado antes, en un 50% de la muestra empleada, el acto fue realizado meramente por impulso, pero existiendo en otros casos motivaciones diversas para su

realización, a decir del propio individuo y en relación al propio desarrollo de los acontecimientos (Tabla 7, Gráfica 6).

TABLA 7

MOTIVO DE REALIZACION DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL		
MOTIVACION	CASOS	PORCENTAJE (%)
Impulso	20	50
Mandato Divino o Superior	4	10
Provecho para si	5	13
Aventura	2	5
Venganza	6	15
Mal Entendido	1	3
Se Ignora	2	5



La Dra. Hilda Marchiori nos comenta al respecto que, "las conductas criminales pueden desarrollarse sin ninguna razón manifiesta, como los casos de homicidios cometidos por psicóticos esquizofrénicos. Se trata de conductas impulsivas, de crímenes cometidos aparentemente sin vacilación, el desencadenamiento imprevisto es propio de la

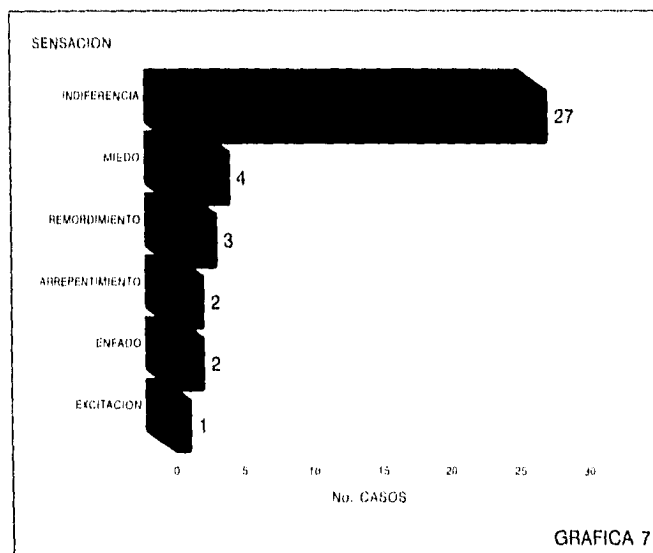
impulsividad psicótica, que puede manifestarse en el odio agresivo con respecto a un miembro de la familia o a un desconocido"⁽⁴⁸⁾.

En referencia a la sensación experimentada, posterior a la realización del acto lesivo, se registró lo que a continuación se presenta en tabla y gráfica (Tabla 8, Gráfica 7).

⁴⁸⁾ El Estudio del Delincuente. 2a ed. Ed. Porrúa, S.A. de C.V. México, D.F. 1989. pp. 23-24.

TABLA 8

SENSACION INMEDIATA DESPUES DE LA REALIZACION DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL		
SENSACION	CASOS	PORCENTAJE (%)
Indiferencia	27	68
Miedo	4	10
Remordimiento	3	8
Arrepentimiento	2	5
Enfado	2	5
Excitación	1	3



Así pues, haciendo una correlación con las dos últimas tablas presentadas, tenemos que, en un 50% de la muestra empleada, el individuo, al parecer, antes y en el momento de la realización de la conducta antisocial no tiene motivación alguna y acciona impulsivamente; esto nos refiere de forma directa a la sintomatología y a los rasgos de

personalidad del esquizofrénico paranoide, como lo es el tener bajo control de impulsos. De igual forma, en un 68%, dichos individuos no expresan mayor emoción al haber ejecutado la conducta lesiva, lo cual nos habla del aplanamiento, disociación y ambivalencia afectiva, así como de la alteración de su juicio.

Todo esto entendiéndolo, por supuesto, como el producto de una patología que se revierte en los actos realizados por las personas que padecen el trastorno, siendo importante remarcar, por

ésto, las manifestaciones que presenta el mismo y la repercusión que tiene en la vida personal y social del individuo.

Así pues, respecto al impulso e indiferencia que presenta ante la conducta antisocial realizada, podemos reforzar lo mencionado retomando lo comentado por los autores Kaplan y Sadock en el libro "Compendio de Psiquiatría", donde se afirma que "el esquizofrénico es más dependiente de los estímulos inmediatos y más determinado en su conducta por ellos que por los objetivos a largo plazo"⁽⁴⁹⁾.

El Dr. Claude Olievenstein comenta que es impresionante el observar la determinación del paranoico, por sus ilimitadas posibilidades de transgresión, "infunde temor sobre todo, por su capacidad de pasar a la acción en todo momento, sin respetar absolutamente ninguna regla del contrato social y sin que sea posible prever la intensidad o alcance de dicha acción"⁽⁵⁰⁾.

Pero podemos decir, a consideración nuestra, que es el propio miedo que el individuo tiene (que lo hace vivenciar angustia, sufrimiento y ansiedad), el que provoca el paso a la acción, puesto que tiene temor al mundo que le es hostil, se considera perseguido y presa fácil de cualquier daño; de ahí que actúe de forma anticipatoria a los hechos.

No obstante esto, aunque se mencione que el individuo actúa de forma impulsiva (en un 50%), ante hechos y personas concretas, veremos más adelante que ya tiene como antecedente toda una carga de información registrada, que lo prepara para actuar de forma determinada.

⁴⁹⁾ Op. cit. p. 215.

⁵⁰⁾ El Yo Paranoico. Ed. Paidós España. 1993. pp. 34-35.

CAPITULO IV. PELIGROSIDAD CRIMINOLOGICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

Como habiamos mencionado en el Capitulo I, Inciso 3 de éste trabajo, los factores criminógenos son todo aquello que puede favorecer la comisión de conductas antisociales, los cuales pueden ser tanto de naturaleza endógena, exógena o de ambas.

Aquí se contemplarán los que se pueden considerar como predisponentes, preparantes, desencadenantes, activantes o inhibidores, de las conductas antisociales realizadas por los individuos tomados como muestra para el estudio.

1) Factores Predisponentes

Estos son eminentemente de naturaleza endógena, y pueden ser biológicos o psicológicos.

Para Enrico Ferri, los factores de orden antropológico, inherentes al propio criminal, son la primera condición del crimen, los cuales pueden ser orgánicos, psíquicos y sociales o personales; seguidos por los físicos y sociales, ya mencionados en el Capitulo I de este trabajo.

De esta manera, como principal punto de estudio, se deben contemplar las condiciones del hombre desde el aspecto orgánico, que es la primera subclase, la cual "comprende las anomalías del cráneo, de cerebro, las vísceras, de la sensibilidad, de la actividad refleja y todas las características somáticas en general, como fisonomía, tatuaje, etc."

La siguiente sería la constitución psíquica del criminal, la cual "comprende las anomalías de la inteligencia y del sentimiento, sobre todo del sentido moral y las especialidades de la literatura y el argot criminal".

Y, por último, las condiciones personales del criminal comprenden sus "condiciones puramente biológicas, como la raza, la edad, el sexo, y las condiciones biosociales, como el estado civil, la

profesión, el domicilio, la clase social, la instrucción, la educación de que ha sido objeto, casi exclusivo de la estadística criminal"⁽⁵¹⁾.

Como podemos observar, de los factores inherentes al hombre, los más relevantes para éste estudio son los psíquicos, pero sin dejar a un lado los orgánicos y personales, ya que, de hecho, no se pueden contemplar uno separado de los otros, pues coexisten en el individuo y forman parte integral de él; teniendo, a su vez, relación directa con lo físicos y sociales, ya expuestos en el Capítulo I.

Así pues, por lo antes mencionado, diremos que el estudio de los factores endógenos en el caso de enfermos mentales es elemental para determinar ciertas consideraciones criminológicas, puesto que, eminentemente, predomina esta esfera en su desarrollo y forma de actuar.

De tal forma, por lo que respecta a los casos estudiados, se considera criminológicamente como factor predisponente a la enfermedad mental en sí (esquizofrenia paranoide), dado al cuadro clínico que presenta, sobre todo por la sintomatología tan característica que ya hemos estudiado y por ser factor de naturaleza endógena.

Lo anterior lo fundamentamos en el hecho de que el esquizofrénico paranoide, al padecer alucinaciones auditivas y/o ideas delirantes, junto con toda la manifestación plena del padecimiento, lo hacen proclive a realizar conductas antisociales, debido a que no tiene contacto con la realidad y, en su pensamiento y percepción propia, puede considerarse amenazado o agredido por personas indeterminadas o conocidas por él; estando su juicio alterado, sin conciencia de su enfermedad mental ni de las consecuencias de los actos que realiza.

Para la Dra. Hilda Marchiori, "las alucinaciones e ideas paranoides hacen que la agresión se proyecte de un modo a veces inesperado porque el individuo siente que debe matar a esa persona que lo está persiguiendo (en el caso de la esquizofrenia paranoide)". De la misma forma nos explica que, "es una conducta anticipatoria a nivel de los procesos persecutorios y por ello

⁵¹⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Criminología*, p. 470.

son inesperados, aunque en la práctica el delito y las alucinaciones ya están estructuradas desde antes, así como la desorganización de la personalidad⁵²⁾.

Aunado a lo antes plasmado, debemos considerar también que, además del trastorno mental que sufre el individuo, con todas las manifestaciones del mismo, también existen condiciones orgánicas y psíquicas, de orden hereditario, congénito o adquiridas, que, una vez que se acentúan en el organismo del individuo, pueden conllevar a resultados que aún más predispongan a la persona a realizar conductas antisociales (coexistencia tanto de factores psíquicos como orgánicos).

Aparte de la sintomatología característica y florida del esquizofrénico, como lo son los delirios y las alucinaciones, también existen trastornos a nivel de áreas específicas de la personalidad del mismo, las cuales pueden exacerbar algunos síntomas de la propia enfermedad mental, y acarrear muchas actitudes y conductas que se convierten, de igual forma que la manifestación del padecimiento, en problemáticas para su desenvolvimiento en las esferas sociales y de convivencia, siendo más susceptible a los cambios y presiones que se den en su vida.

Con esto queremos decir que, aparte de la enfermedad mental denominada esquizofrenia paranoide, el individuo puede sufrir otro tipo de padecimientos psicofísicos, los cuales al evolucionar, pueden conducir a características particulares y formas especiales de conducta⁵³⁾.

De esta forma, analizaremos de forma específica la sintomatología presentada por los individuos tomados como muestra en el momento de realizar el hecho lesivo: subrayando que, como se ha observado, los síntomas que predominan en los individuos en estudio, son las alteraciones en el pensamiento y en la percepción.

⁵²⁾ El Estudio del Delincuente. p. 24.

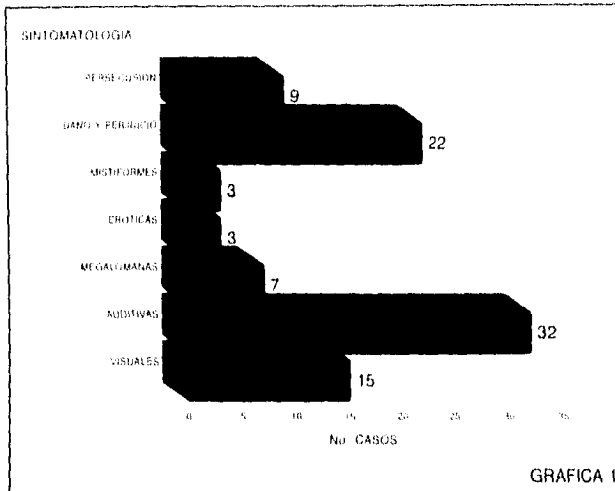
⁵³⁾ Luis Rodríguez Manzanera. Criminología. p. 476.

En relación con lo antes mencionado, es importante comentar, como ya se había visto, que de las 60 conductas antisociales que se reportaron, 42 fueron realizadas en contra de la vida e integridad corporal de las personas; cuestión que puede referirse a que, el paciente dentro de su "mundo esquizofrénico", puede envolver a determinadas personas en sus delirios, o bien, tener alucinaciones auditivas que le ordenan agredir a un ser humano, por sentirse en un primer momento agredido él también, como ya se había apuntado en el comentario de la Dra. Marchiori al respecto. así pues, se podría decir que este hecho los "predispone" a dirigirse de una forma determinada, no teniendo conciencia de sus propios actos y de no valorar la conducta a realizar, así como las consecuencias que produzca la misma.

De ésta forma, a continuación se anotarán los resultados obtenidos respecto a qué sintomatología presentaban los sujetos en el momento de realizar la conducta antisocial y que, inclusive, fue la que predispuso directamente al individuo para su realización (Tabla 1, Gráfica 1).

TABLA 1

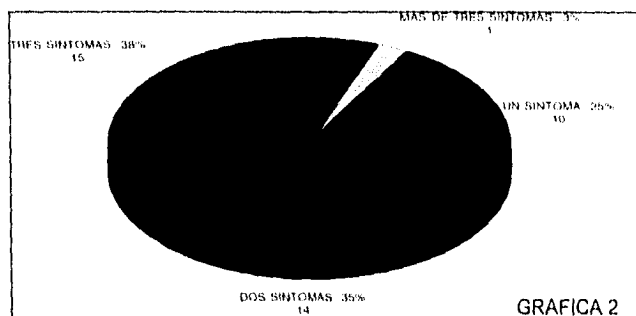
SINTOMATOLOGIA	CASOS
IDEAS DELIRANTES	
Persecución	9
Daño y Perjuicio	22
Mistiformes	3
Eróticas	3
Megalómanas	7
ALUCINACIONES	
Auditivas	32
Visuales	15



Como se podrá observar en la Tabla 1, Gráfica 1, la sintomatología que más casos presentó fue las ideas delirantes de daño y perjuicio y las alucinaciones auditivas, con 22 y 32 casos, respectivamente, seguidas de las ideas delirantes de persecución y las alucinaciones visuales, con 9 y 15 casos, respectivamente.

El total de síntomas presentados en la comisión de la conducta antisocial, como se contempla, suman más de 40, que son los casos estudiados; esto es debido a que se registraron los síntomas que predominaban en ese momento, fuera uno o más de los mismos; siendo así porque consideramos que la enfermedad no se manifiesta con síntomas aislados, sino al contrario, como todo un complejo fenomenológico; aunque esto no impide que uno de ellos en específico sobresalga de los otros.

A continuación mencionaremos los casos que se registraron con uno, dos o más síntomas, extrayendo de esto el porcentaje correspondiente (Gráfica 2).



Por otra parte, el Maestro. Luis Rodríguez Manzanera realiza una clasificación de sujetos antisociales, a partir de la proporción en que intervienen los factores endógenos y exógenos; así pues, existen los tipos de exocriminal puro, exocriminal preponderante, exo-endocriminal, endo-exocriminal, endocriminal preponderante y, por último endocriminal puro.

Como se puede observar, en los dos primeros se refiere a que los aspectos externos predominan en el sujeto, en cuanto a los dos siguientes, se observan equilibrados en la influencia tanto de factores exógenos como endógenos; y en los dos últimos, las condiciones endógenas son las que prevalecen por encima de las exógenas.

Por lo que respecta al endocriminal puro, se dice que en éste no existen factores externos, son sujetos fuera de la realidad, esto es, enfermos mentales, donde todo es elaborado y concebido dentro de su mente

De igual forma, el Mto. Luis Rodríguez Manzanera comenta que ninguno de los tipos establecidos puede existir en la realidad de forma tan pura que no tenga relación con los otros; ya que siempre intervienen factores tanto endógenos como exógenos en la comisión de una conducta antisocial.

Asimismo, establece que, por lo que respecta al endocriminal puro, que se refiere exclusivamente al caso de los enfermos mentales, se puede decir que su peligrosidad se podría determinar como probable, como diagnóstico criminológico; su reincidencia, que sería el pronóstico criminológico, la cataloga de impredecible; y, por lo tanto, su tratamiento tendría que ser psiquiátrico y en un régimen institucional⁽⁵⁴⁾.

Por nuestra parte, al comentario señalado, podríamos agregar que, una vez presentes los factores endógenos en el individuo, no bastan para que de forma irremediable éste presente tendencia a la comisión de conductas antisociales; decimos que lo hace más proclive, pero no lo determina en ese sentido.

⁵⁴⁾ Ibidem p. 478.

Para que se lleve a cabo una conducta antisocial por parte de un enfermo mental, es necesario que se reúnan todos los elementos que lo condicionen y lo orillen a realizarla, los cuales son tanto de orden endógeno como exógeno.

2) Factores Preparantes

Una vez analizados los factores predisponentes en el primer inciso de este Capítulo, procederemos aquí a exponer lo referente a los factores preparantes de la conducta antisocial, los cuales son de naturaleza eminentemente exógena: debiendo agregar que, comunmente, "vienen de afuera hacia adentro", a decir del Mto. Luis Rodríguez Manzanera⁵⁵⁾.

Así pues, al ser de naturaleza eminentemente exógena, los factores preparantes son aquellos que van condicionando al individuo a realizar cierto tipo de conductas, entre las cuales se pueden manifestar las de carácter antisocial, ya que son los que disponen de todos los elementos necesarios para que ésto suceda.

Los factores preparantes son, por lo general, de tipo social, de características netamente exógenas. O bien, pueden ser de naturaleza mixta, como el alcohol, considerado por la mayoría de autores como el factor preparante por excelencia.

En el caso de los enfermos mentales, creemos que el consumo de bebidas embriagantes es más de naturaleza endógena, por supuesto, el fenómeno es externo, social, pero la acción que ejerce directamente es, en éste caso, sobre la exacerbación de la sintomatología, actuando directamente en el sistema nervioso central (igual que en cualquier persona) pero, siendo muy especial en éstos casos ya que los resultados pueden ser más exuberantes que los obtenidos en una persona con "sanía mental", por lo tanto, las conductas que realizan pueden estar más propensas a convertirse en antisociales, puesto que se le está "preparando" para que ésto se puede dar.

De esta forma, contemplamos como factor preparante el consumo de bebidas embriagantes, ya que, siendo un agente que actúa en dos niveles diferentes, externo e interno, va adecuando la conducta del individuo, de forma tal, que sus reacciones son impulsivas, puesto que la

⁵⁵⁾ Ibidem. p. 476.

concepción que tiene de las cosas no es real, aunado a la desinhibición y el estado de inconciencia que provoca la embriaguez.

Al igual que del alcohol, se puede hablar de cualquier tipo de estupefaciente, los cuales crean dependencia en muchos de los casos, donde el actuar del individuo es prácticamente manipulado por este tipo de sustancias, perdiendo además la voluntad y el verdadero sentido de la vida.

Atenderemos a los resultados obtenidos en la muestra empleada, respecto a la sustancia psicotrópica o bebida embriagante que ingerían los individuos para, de esta forma, contemplar en qué medida este hecho condicionó la realización de la conducta antisocial, ya que, como se había mencionado en el inciso 2 del Capítulo III, se reportó un 65% de consumo reiterado (adicción), en un 10%, de forma esporádica y, únicamente, en 18% el no consumo.

De los 7 casos que representan el 18% de individuos en la muestra que no consumían bebidas embriagantes o psicotrópicos, mostraremos a continuación con qué tipo de conductas antisociales estuvieron relacionados (Tabla 1).

TABLA 1

ANTECEDENTES DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO	CONDUCTA REALIZADA	CASOS
Negativos	Tentativa de Homicidio	2
Negativos	Homicidio	5
Negativos	Robo	1
Negativos	Lesiones	1
Negativos	Profanación de Cadáver	1
Negativos	Violación	1

En total suman once las conductas antisociales, ya que dos pacientes llevaron a cabo dos de ellas y uno realizó tres.

En la siguiente tabla, se puede observar específicamente que conductas realizaron cada uno de los casos contemplados en la tabla anterior.

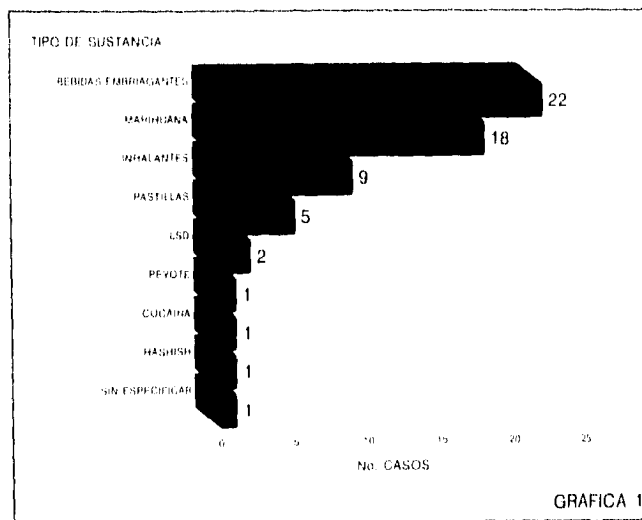
TABLA 2

CASO	CONDUCTAS ANTISOCIALES	NUMERO DE CONDUCTAS ANTISOCIALES
1	Robo	1
2	Tentativa de Homicidio	1
3	Homicidio	1
4	Homicidio	1
5	Homicidio y Profanación de Cadaver	2
6	Homicidio y Parricidio	2
7	Tentativa de Homicidio, Lesiones y Violación	3

Por lo que respecta a los sujetos que sí empleaban drogas, se pudo observar que las más comunes eran la marihuana y los inhalantes, así como las bebidas embriagantes.

Regularmente, cada uno de estos individuos consumidores no empleaban una sola droga, sino que utilizaban la combinación de varias de ellas, sobre todo marihuana e inhalantes, por ser éstas las de más fácil acceso por el costo económico, dándose en muchos de los casos la situación de que, a su vez, las combinaban con bebidas embriagantes.

En la Gráfica 1 que a continuación presentamos, se muestran los tipos de sustancias y los casos que se registraron como consumidores de las mismas.



Se reportaron un total de 18 casos (45%) de la muestra, en donde el sujeto consumía dos o más drogas enervantes.

El esquizofrénico paranoide, al momento de consumir drogas o bebidas embriagantes, exagera su cuadro psicótico, es decir, se manifiesta la sintomatología

de forma inesperada y aguda. siendo riesgosa la situación, ya que puede presentar alucinaciones de tipo auditivo y/o visual y sus ideas delirantes afloran aún más: considerándose por ésto, como un factor que lo prepara para reaccionar de determinada forma, ya que ubica al sujeto en circunstancias tal vez idóneas para que realice alguna agresión en el entorno

Así pues, por lo anteriormente expuesto, se podría decir que en relación a los factores preparantes de conductas antisociales, los esquizofrénicos paranoide se deben contemplar con otros parámetros, ya que dada la enfermedad mental y la manifestación plena que de ésta se observa, los hace sujetos diferentes dentro del estudio criminológico correspondiente

Ahora bien, una vez que ya vimos el factor preparante por excelencia, que es el consumo de bebidas alcohólicas y de estupefacientes, comentaremos otros tipos de factores, también de naturaleza exógena, que van "condicionando" al individuo para hacerlo más propenso a cometer una conducta antisocial.

El esquizofrénico paranoide, por lo ya expuesto en el capítulo anterior, se presenta como un individuo con grandes conflictos en diversas esferas de su personalidad, en sus relaciones interpersonales y en su manera de dirigirse en el mundo ya establecido de la sociedad con que convive; su lógica es propia, donde tiene sus reglas y sus consideraciones de diversos aspectos de la vida, los cuales pueden diferir en mucho de los reconocidos comúnmente, por lo que representa dificultades muy marcadas en el ámbito familiar y en su entorno social en general, ya que no es comprendido e, inclusive, es reprimido.

La forma de dirigirse a él, por parte de las personas con las que convive y aún con las que no convive pero que alguna vez llega a tener contacto, lo pueden condicionar para que, de alguna manera, actúe en forma defensiva ante el mundo exterior, ya que, como en el momento de expresarse es rechazado o agredido, su forma de reaccionar a estímulos agresivos es agresivamente, simplemente por instinto de conservación.

Así pues, podemos decir que, existen esferas sociales en las que el individuo se desenvuelve la mayor parte del tiempo, entonces, por lo consiguiente, tenemos que uno de los factores

preparantes en el esquizofrénico paranoide se observa en el ámbito de la sociedad en general y en el medio ambiente criminógeno específico en el que vive (macroestructura), donde juega diferentes roles dentro de la propia organización social, y los lazos de unión no son tan delimitados ni fuertes; y, por otro lado, el ámbito familiar (microestructura), donde lo ideal es ejercer un rol determinado en su organización y en las jerarquías, en donde si se forman lazos afectivos duraderos y de alta intensidad.

Por lo tanto, de donde más patrones culturales y de conducta aprende el individuo es del núcleo familiar, así pues, si en este ámbito solamente existen conflictos, inseguridad, indefinición de roles y jerarquías en su estructura; donde la relación de sus integrantes es con base a agresiones reiteradas como "forma de vida" sin establecer lazos afectivos, o si se dan, de una manera mal orientada, y sobre todo, no teniendo más opciones ni deseo de cambio y superación; se tiene un medio de cultivo idóneo para que todos estos aspectos se cohesionen y den como resultado personalidades y conductas de los integrantes de la familia desviadas y propensas a ser antisociales.

Todo esto aunado a la influencia del medio criminógeno en el que comúnmente se desarrollan los individuos empleados como muestra, que es de marginación, pobreza, rechazo, ignorancia, objeto de estigmatización por parte de la sociedad mexicana en general, por lo que se obtiene un aumento de los factores de origen exógeno que en un momento determinado pueden intervenir en la preparación de una conducta antisocial que el esquizofrénico paranoide realice, o bien, que reincida en ella.

De esta forma, podemos decir que la enfermedad mental en sí predispone al esquizofrénico paranoide a la posibilidad de realizar una conducta antisocial, por la sintomatología tan característica que presenta; pero ésta nunca se llegará a dar si el padecimiento está controlado y no existen los factores que lo condicionen para tal situación (que son los factores preparantes), ni tampoco sin el factor que desencadene su realización, aunque exista la predisposición y el factor que prepare su comisión.

De esta forma, pasamos al siguiente inciso, donde se estudiará el factor desencadenante de la conducta antisocial, sin el cual es imposible que ésta exista.

3) Factores Desencadenantes

El factor desencadenante es aquel "que precipita los hechos", es el último evento que hace que se lleve a cabo la conducta antisocial; puede ser tanto de naturaleza endógena como exógena.

En muchas de las ocasiones, comúnmente por opiniones no técnicas, se considera al factor desencadenante como aquel en donde específicamente se puede medir la peligrosidad de un individuo; pero desde la visión de la clínica criminológica en éste sentido, es más importante el factor predisponente, ya que se dice que a mayor predisposición que presente el individuo mayor será su peligrosidad y, a menor predisposición menor será su peligrosidad.

No obstante esto, el factor desencadenante de la conducta antisocial juega un papel importante, de igual forma que el predisponente, pues nos especifica cual fue el evento que propició su comisión; y con esto, considerar en qué condiciones un sujeto puede ser proclive a la realización de determinada conducta.

Para el Mto. Luis Rodríguez Manzanera, respecto al presente tema, comenta que "en mucho el factor desencadenante está condicionado por el predisponente, pues lo que puede desencadenar en un sujeto puede no hacerlo en otro"⁽⁵⁶⁾

Así pues, por lo que se refiere a los esquizofrénicos paranoides, dependerá de la manifestación plena de su padecimiento, la consideración de las circunstancias que puedan actuar como desencadenantes en un momento dado.

Como habíamos mencionado, en un 50% de los casos, los individuos actuaron de forma impulsiva en la realización de la conducta antisocial, por lo que se puede decir que el factor desencadenante es mínimo para que tenga un desenlace de tal magnitud; esto lo relacionamos con el bajo control de impulsos que tiene el esquizofrénico paranoide y su baja tolerancia a la frustración, donde un simple hecho que nosotros pudiéramos considerar como insignificante, en ellos puede o no, desatar una descarga de furia, que los orille a actuar de forma agresiva.

⁵⁶⁾ Ibidem. pp. 477-478

Lo anterior puede acentuarse, como lo expusimos en el inciso anterior, en el hecho de que el sujeto esté condicionado a actuar de forma agresiva, como mecanismo de defensa, contra aquellas personas que lo hostilizan reiteradamente; de ahí que una parte significativa de las agresiones se dé en el medio intrafamiliar.

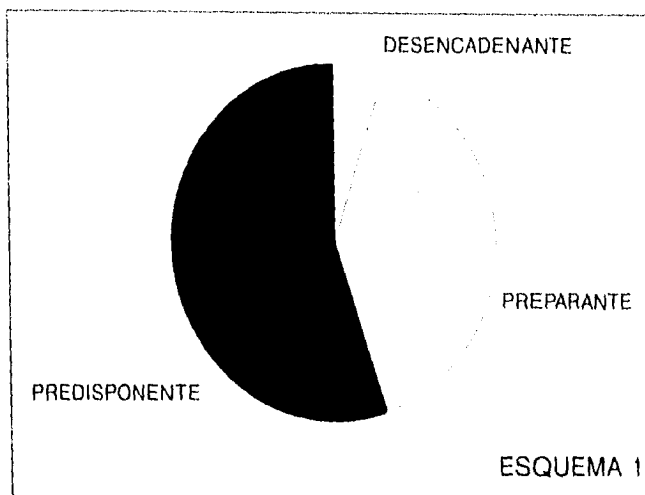
Puede ser que el factor desencadenante no sea el determinante para considerar la peligrosidad del esquizofrénico paranoide, pero si es un parámetro de bastante importancia, ya que nos ilustra acerca de la forma en que el sujeto reacciona ante una situación en específico; siendo relevante el señalar en esa circunstancia la capacidad que tuvo el individuo para contenerse de la acción, o bien, de desbordarse, considerando de igual forma, en qué grado lo hizo.

De esta manera, integrando lo antes mencionado, coincidimos con la consideración del Mto. Rodríguez Manzanera, el cual nos menciona que, a mayor factor desencadenante menor peligrosidad y, a menor factor desencadenante mayor peligrosidad; esto es que, si existe un evento de gran magnitud al cual el individuo reacciona de forma violenta, menor es la peligrosidad, ya que la ocasión lo orilló a actuar de ésta manera; pero, si el suceso es mínimo y él reacciona violentamente, sin ningún control de sus impulsos, se dirá que es más riesgoso criminológicamente, ya que en cualquier momento, cualquier hecho por leve que sea, podrá desencadenar una reacción de agresión del individuo.

No obstante esto, es importante ver a los factores criminógenos que interactúan de forma integral, ya que sólo de esa manera se podrá ser objetivo al emitir un juicio respecto al hecho mismo y a la peligrosidad del sujeto en cuestión; es decir, habrá que estudiarse tanto los factores predisponentes, preparantes, y desencadenantes, que intervinieron en el hecho, para así poder tener una visión total de las características y rasgos de personalidad del individuo, así como el fenómeno en cuestión, y de la posibilidad de que éste último vuelva a ocurrir.

Considerando lo analizado anteriormente, exponremos un esquema que nos ayude a clarificar este punto, en el cual se puede ver en qué proporción actúan los factores predisponentes, preparantes y desencadenantes en la realización de la conducta antisocial en el estudio que exponemos en este trabajo.

DINAMICA DE LOS FACTORES CRIMINOGENOS EN LA CONDUCTA ANTISOCIAL REALIZADA POR EL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE



Con ésto podemos concluir diciendo que, donde existe predisposición criminógena (esquizofrenia paranoide - sintomatología), un medio donde se condicione al individuo a reaccionar de forma hostil a su mundo exterior (familia desintegrada, desestructurada, incompleta; más un medio criminógeno donde lo que más abunda es el abuso de estupefacientes, de alcohol, la delincuencia, etc.), podrá observarse que en muchas de las ocasiones, habrá eventos quizás mínimos que "destapen" la realización de una conducta antisocial, ya que será poco el control de impulsos que se tenga para contenerse; aunado, obviamente, a la caracterología de la enfermedad mental en sí.

Así pues, los factores no pueden existir por separado, es decir, aunque en el individuo puede existir la predisposición criminógena por la sintomatología que presenta, la comisión de la conducta antisocial no es forzosa que se produzca, ya que, si no existen factores preparantes que vayan condicionando al individuo a realizarlas o factores que puedan "desbordar" en él tal situación, ésta no sucederá.

Todo esto, nos lleva a considerar la importancia que tiene el hecho que la población en general, las familias y gente que convive con el esquizofrénico paranoide y con todo enfermo mental, tengan una educación sobre este aspecto, ayudando así a la comprensión del mundo esquizofrénico paranoide, evitando de esta manera el abuso, el rechazo y la marginación de que son objeto muchos de ellos.

4) Factores Activantes e Inhibidores.

A través de la vida de cada individuo, coexisten una serie de fuerzas de diversa índole, que pueden ser tanto internas como externas, y que influyen en él para actuar de determinada forma, que son generadas y penetradas por el sujeto mismo y el medio donde éste se ha desarrollado, en la comunidad en que ha crecido y por los patrones culturales, de la familia y la sociedad en general, con las que ha tenido contacto, teniendo que abarcar así, todo el universo de posibilidades que esto implica.

Unas de estas fuerzas pueden "accionar" la realización de cierto tipo de conductas en el individuo; y, por el contrario, existen otros tipos de fuerzas contrarias, que pueden inhibir dicha conducta.

En Criminología a esto se le denomina factores activantes e inhibidores de la conducta antisocial, lo que para el Mtro. Luis Rodríguez Manzanera son los factores criminoimpelentes y criminorepelentes respectivamente.

Los factores criminorepelentes o inhibidores, "pueden ser de todo estilo, hay inhibidores jurídicos, políticos, económicos, físicos, los hay morales, los hay religiosos, etc."⁽⁵⁷⁾

Por lo que respecta a los factores criminoimpelentes o activantes, estos pueden observarse en varias esferas de la existencia del individuo, traducéndose en impulsos y exacerbaciones de la personalidad del mismo, siendo importante comentar esto en referencia a los esquizofrénicos paranoides ya que, como todo paciente psiquiátrico, tienen un bajo control de impulsos y actúan, la mayor parte de las veces, antes de valorar la conducta y sus consecuencias.

De esta forma es importante analizar cuáles son aquellos factores que actúan como criminoimpelentes y cuáles como criminorepelentes, ya que, dependerá de ello que el individuo

⁵⁷⁾ Ibidem, p. 47.

tenga más coherencia para realizar una conducta antisocial, si los factores inhibidores son bastantes y suficientes.

Pero, respecto a lo antes mencionado, es difícil establecer una línea divisoria drástica entre ambos, ya que, en un momento, cierto factor puede actuar como criminorepelente, y al otro, como criminompeleante.

Esto es, específicamente, lo que sucede con el esquizotípico paranoide, ya que al contemplar algunas cuestiones respecto a sus creencias religiosas, es de notarse que en vez de que el aspecto religioso actúe como factor inhibidor o criminorepelente, en ellos es al contrario en muchas de las ocasiones, ya que es precisamente con base en sus creencia, que cometen cierto tipo de conductas antisociales, siendo las más comunes las que atentan en contra de la integridad corporal, como se ha visto en la investigación.

Conforme lo antes expuesto, es conveniente señalar los siguientes puntos:

1.- Las alteraciones de pensamiento que pueden sufrir este tipo de pacientes tiende a que sus ideas sean erróneas, lo que se denominan ideas delirantes, y, pese a ésto, crean firmemente en las mismas, como ya se había comentado anteriormente.

2.- Las ideas delirantes místicas son parte de la sintomatología psicótica que manifiesta el individuo, por lo tanto, crean concepciones erróneas acerca de cuestiones de tipo religioso, donde la mayoría de las veces ellos forman parte de estas ideaciones, volviéndose para ellos una obsesión.

3.- Pueden presentar, de igual forma, ideas delirantes mesiánicas, en las que ellos aparecen como principales personajes, los cuales son enviados por Dios o alguna otra divinidad, la que, a su forma de pensar, les ha encomendado una misión; y bien, ésta misión, puede ser la de matar a alguien.

4- Sus ideas y opiniones están totalmente fuera de la realidad, pero las creen firmemente, lo que hace que estructuren sus delirios y los sistematizan para actuar de determinada forma; lo que hace que en sus circunstancias lo hagan más "riesgoso" criminológicamente.

No con ésto queremos decir que en todos los esquizofrénicos paranoides la cuestión de la religión actúa como factor criminoincistente o activante ya que, como en la presente investigación se mostró, de los cuarenta casos tomados como muestra, tan sólo tres realizaron la conducta antisocial llevados por las ideas erróneas de orden místico, de las cuales se puede apuntar que, una fue lesiones, otra homicidio y, la tercera, tentativa de homicidio; observándose que las tres fueron perpetradas en contra de la integridad corporal y vida de las personas.

Otro tipo de factores inhibidores, son los referentes a la moral; respecto a ésto, diremos que en el mundo del esquizofrénico paranoide, al no existir el contacto con la realidad idónea, sus consideraciones de la vida se ven alteradas, así como su relación con otras personas y su ser moral. Como producto de toda esta manifestación de la enfermedad mental, el esquizofrénico paranoide se ve con dificultades para introjectarse y tener valores acordes a nuestra realidad.

Así pues, por lo que respecta a la moral como factor inhibidor de conductas antisociales, mencionaremos que su efecto es limitado, ya que se ve inmersa en un marasmo de conceptualizaciones, en donde las relaciones del individuo esquizofrénico paranoide con el mundo del ser y del deber ser están alteradas.

Otros factores inhibidores, son aquellos que se podrían definir como específicos de las condiciones sociales generales que presentan la mayor parte de los casos empleados como muestra; tal es el aspecto referente a la seguridad pública e impartición de justicia que, en las zonas en donde habitan (la mayor parte de ellas marginadas) han sido condicionadas a temer a los aparatos del sistema empleados para desempeñar dicha función; la cual la realiza, generalmente, amedrentando y reprimiendo a los habitantes de éstas zonas; y que, por el contrario, al ejercer la presión desmedida estos cuerpos policíacos y de impartición de justicia, se produce un acrente en la realización de conductas antisociales por parte de estos núcleos de

población, ya que mientras más violentamente es reprimido el sujeto, con más violencia reacciona.

Es necesario mencionar esto ya que el enfermo mental con estas características sociales, como lo habíamos mencionado anteriormente, se encuentra en un estado de marginación y rechazo doble, ya que al padecer un trastorno mental, ser de bajo nivel económico, social y cultural y el haber cometido una conducta antisocial, lo hacen perfecta "presa" para un sistema que no tiene mayor alteración para ellos, y donde la reincidencia criminológica puede verse muy incrementada. Consideramos que éste puede ser el primer factor activante en muchos de los casos, que por supuesto se traduce en la intolerancia.

También como factores activantes tenemos dentro de la esfera interna del esquizofrénico paranoide, por ejemplo, el del impulso sexual, el cual se puede contemplar como una situación inmersa dentro de toda la estructura patológica y conflictiva de su personalidad, como lo habíamos mencionado antes.

Remitiéndonos a los datos obtenidos en la investigación, se obtuvo que, de cuarenta casos estudiados, tres solamente realizaron la conducta antisocial teniendo como móvil alguna cuestión de tipo sexual, presentando el individuo, en el momento de la comisión, ideas delirantes de tipo erótico.

Como se puede notar, dentro de la muestra tomada, éste número de casos no es representativo, pero se revela como indicativo para desentrañar ciertas cuestiones relevantes en el perfil criminológico del esquizofrénico paranoide, tomando en cuenta que es una área de conflicto en su personalidad.

Otro factor a tener en cuenta, podríamos mencionarlo, es el referente a la situación económica de la mayoría de los casos que fueron empleados, siendo ésta eminentemente precaria, reflejándose esto en las conductas antisociales cometidas en contra del patrimonio de las personas.

Por lo que respecta a la presente investigación, el robo y daño en propiedad ajena, fueron las conductas antisociales que presentaron 9 casos en total, siendo importante mencionar que siete fueron para la primera y dos para la segunda.

Ahora bien, se dice que los factores preparantes son aquellos que actúan de forma doble, ya que acentúan a los activantes y como característica primordial, aniquila a los inhibidores; si tomamos al consumo de alcohol y drogas como factor preparante, vemos que el esquizofrénico paranoide con el bajo control de impulsos que tiene, ingiriendo estas sustancias, exacerba la sintomatología psicótica que presenta; así pues, se desinhibe en circunstancias que, sin consumir agentes externos, lo habrían mantenido de la realización de una agresión o conducta antisocial impulsiva, activándose con esto, por ejemplo, los impulsos de tipo sexual, donde los preceptos morales o religiosos pueden no tener el efecto deseado, e inclusive, en determinado momento actuar también como activantes.

Aún sin la ingesta de sustancias psicotrópicas o bebidas embriagantes, situaciones o eventos de tipo social pueden causar el mismo efecto, esto es, aumentar los factores activantes y disminuir o anular los inhibidores; así decimos que la relación caótica, agresiva y hostil que mantienen en su mayoría los esquizofrénicos paranoides con su familia y ésta con ellos, puede ser un factor que active la realización de cierto tipo de conductas, también agresivas y hostiles, disminuyendo la influencia que podrían tener las cuestiones de otra índole que controlarían al individuo, puesto que la estructura de la propia familia es disfuncional y sus valores culturales y morales; así como el considerarse como núcleo fundamental de la sociedad, no tiene peso, o bien, no existen.

Ahora bien, si existen ciertos indicadores que nos muestran cuales pueden ser aquellos eventos y circunstancias que activen una conducta en el esquizofrénico paranoide, y cuales son aquellas que las inhiban, pero, como todo, es cuestión de cada caso en específico y el análisis profundo de los mismos, ya que cada individuo es diferente y también la manifestación de la enfermedad es diferente; concluyéndose, de igual forma y muy comúnmente, la influencia de la familia y el entorno social, que en muchas de las ocasiones es hostil y agresivo.

CAPITULO V. TRATAMIENTO JURIDICO Y CRIMINOLOGICO DEL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DEL PABELLON 5 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO" Y EN MEXICO, D.F.

1) Legislación Penal Vigente acerca de los Enfermos Mentales en México, D.F.

Por lo que al aspecto legislativo en materia penal se refiere, diremos que los enfermos mentales han sido, si no ignorados en gran parte, sí despectivamente contemplados en los ordenamientos sustantivos y adjetivos que han tenido vigencia en nuestro país.

El antecedente más remoto, por lo que a legislación penal contemporánea respecta, esto es, la codificada posterior a la consagración de México como República independiente y soberana, lo encontramos en el Código Penal de 1871, también conocido como Código Martínez de Castro, en su artículo 165, siendo importante señalar que en el Código Procesal Penal de 1880 no se hacía ninguna referencia en cuanto a los procedimientos que debían seguirse para éste artículo, y mucho menos sobre los procesados o sentenciados que enloquecían.

Así pues, tenemos que la determinación de las personas autorizadas para definir la situación del inculcado, el juez durante el proceso o el encargado de la ejecución de la sentencia, carecían prácticamente del sustento legal para cualquier decisión.

Para el año de 1884, el Código Procesal en su artículo 703 menciona que "declararse la irresponsabilidad de un procesado por la exculpante de locura será necesariamente remitido al hospital para su curación"⁽⁵⁸⁾.

En la propuesta de Código Penal de 1929, realizada por el Mto. José Almaráz, se le conceden más derechos al enfermo mental, sobre todo en el aspecto social; pero no es sino hasta 1931, con la reforma de Luis Garrido, que en el Código Penal se hace una importante mención sobre la

⁵⁸⁾ vid. Javier Grandini González. *Medicina Forense* Ed. Joaquín Porrúa. México, D.F. 1989 p. 162

idea de la rehabilitación social del enfermo mental que ha realizado alguna conducta típica y antijurídica, donde se contempla que "la pena en vez de ser de expiación de un pecado cometido, debe de ofrecer una protección, una defensa de la sociedad contra los individuos peligrosos"⁽⁵⁹⁾.

De esta forma, el Código Penal de 1931, que aún rige en el país, no consideraba a los enfermos mentales como responsables penales de las conductas típicas y antijurídicas que realizaban, pero sí como responsables sociales y, por lo tanto, era necesario imponerles una medida de seguridad, cuya característica principal, por injusta, era su indeterminación en tiempo: así pues, se decía que cesaba cuando la persona sanara, siendo esto imposible, por ejemplo en los casos en que el paciente padeciera una esquizofrenia o retraso mental, ya que estos padecimientos son irreversibles, y, de esta forma, eran reclusos permanentemente⁽⁶⁰⁾.

Afortunadamente se han realizado reformas a los preceptos señalados, donde, inclusive, se ha transformado la terminología tan despectiva que se usaba, tal como el denominar a los enfermos mentales como "locos", "idiotas", "dementes", etc. Ahora, el marco legal que contempla la salud y asistencia social de los enfermos mentales en México es muy amplio; ya que son varios los ordenamientos que contienen su regulación en ámbitos jurídicos diversos, que van desde el aspecto meramente de atención médica que las instituciones del Estado le deben de proporcionar, así como la guarda de su persona y bienes, hasta la relación que, en un momento dado, podrían tener éstos con conductas antisociales que lleguen a presentar repercusiones de tipo legal.

Pero empezaremos por decir que, dentro de un contexto general, en nuestro país, el derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución Política, en su artículo 4o. párrafo 4; en donde se establece que toda persona tienen derecho a la protección de la salud, siendo la ley la que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará, también, la participación que la Federación y las entidades federativas tendrán en dicha materia, de

⁵⁹⁾ Idem

⁶⁰⁾ CNDH. Programa para la Atención de los Enfermos Mentales e Inimputables Internados en Centros de Reclusión. 1992. pp. 4-5.

acuerdo a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución, al referirse a las facultades del Congreso.

Por lo que respecta al aspecto penal, los ordenamientos que contemplan a los enfermos mentales son el Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal, el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales.

El Código Penal, en su Título Primero denominado Responsabilidad Penal, Capítulo IV, establece en el artículo 15 fracción VII, que se considera excluyente de delito si, cuando se realiza el hecho típico, el agente que lo produce no tiene la capacidad de comprender el carácter ilícito del mismo o de conducirse conforme con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que él mismo hubiese provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso deberá responder por el resultado típico, solamente si lo hubiese previsto o le fuera previsible.

En el Título Segundo, Capítulo I, denominado Penas y Medidas de Seguridad, en el artículo 24, inciso 3, se contempla como medida de seguridad el internamiento o tratamiento en libertad de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

Es relevante mencionar que, en el artículo 52 del mismo ordenamiento, se determina en qué se basará el Juez para fijar las penas y medidas de seguridad a aquellas personas que han cometido una conducta típica y antijurídica, estableciendo en cada una de sus siete fracciones los criterios a seguir para determinarlas, siendo, precisamente, las fracciones IV y VII las que más se adecuan en cuanto a los enfermos mentales se refiere ya que, en la primera, se toma en cuenta la forma y grado de intervención del agente en la comisión del delito, así como su calidad y la de la víctima u ofendido; siendo éste relevante en cuanto al estudio de la relación de la víctima y del victimario, que en el caso de los enfermos mentales, como ya lo habíamos visto, se dá sobre todo en el ámbito familiar. Y, la segunda, precisa que se deben valorar las condiciones especiales

y personales en que se encontraba el agente en el momento de la comisión del delito, ya que podría haber estado bajo el efecto de un trastorno mental permanente o transitorio, pero sólo se tomará esto en cuenta cuando sea relevante para determinar la posibilidad de haber ajustado su conducta a las exigencias de la norma.

Del Título Tercero, denominado Aplicación de las Sanciones, el Capítulo V trata específicamente acerca del TRATAMIENTO DE INIMPUTABLES Y DE QUIENES TENGAN EL HABITO O LA NECESIDAD DE CONSUMIR ESTUPEFACIENTES O PSICOTROPICOS, EN INTERNAMIENTO O EN LIBERTAD, y comienza por establecer en su artículo 67, que en el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente. Y se establece que, si se trata de internamiento, el sujeto inimputable deberá ser internado en la institución correspondiente para su atención, pero nunca delimita qué tipo de institución es ésta, y bajo que circunstancias y calidad legal se encontrará en ella.

También menciona que si el sentenciado tiene el hábito o la necesidad de consumir estupefacentes o psicotrópicos, el Juez ordenará, de igual forma, el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico, pero que esté bajo la supervisión de aquella, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Por lo que respecta al artículo 68, menciona que las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, pero solamente si se obligan a tomar las medidas necesarias 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 tendrá la facultad de modificar o determinar la conclusión de la medida, de manera provisional o definitiva, debiendo considerar las necesidades del tratamiento, las que se

acreditarán con base en revisiones periódicas, dependiendo las características específicas del caso.

El artículo 69, establece que la medida de tratamiento fijada por el Juez, no deberá exceder de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Pero, si concluido éste tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo dejará a disposición de las autoridades sanitarias y se deberá proceder conforme a las leyes aplicables.

En el artículo 69 bis, en relación con el último párrafo del artículo 15, fracc. VII del mismo ordenamiento, establece que, si la capacidad del autor de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, sólo se encuentra disminuida por las causas señaladas en el precepto señalado, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá dos terceras partes de la pena que le correspondería al delito cometido o la medida de seguridad, que se establece en el artículo 67, ya comentado, o bien ambas, en caso de ser necesario, pero siempre partiendo del grado de afectación de la imputabilidad del autor.

Por lo que se refiere al Título Quinto, denominado Extinción de la Responsabilidad Penal, en sus Capítulos VII y X, contempla, en el primero, artículo 116, que la extinción de la pena o medida de seguridad se da cuando son cumplidas éstas, o bien, las sanciones por las que fueron conmutadas. De igual forma que la sanción que se hubiese suspendido se extinguirá por el cumplimiento de los requisitos señalados al otorgarla, dentro de los términos y plazos legalmente aplicables. Y, el segundo, artículo 118 bis, es específico respecto a la Extinción de las Medidas de Tratamiento de Inimputables, y establece que cuando el inimputable sujeto a una medida de tratamiento estuviese prófugo y posteriormente fuera detenido, la ejecución de su medida de tratamiento se considerará extinguida, si se puede acreditar que las condiciones personales del sujeto no corresponden ya a las que hubiere dado origen a su imposición; por ejemplo en un caso de transtorno mental transitorio, o ya bien, remisión total del padecimiento psiquiátrico.

La legislación mexicana concentra bajo una sola denominación a todos los enfermos mentales, siendo que existe una extensa variedad de trastornos, que son clasificados a partir de su origen, duración, tratamiento, etc., con una gama impresionante de manifestaciones y cuadros clínicos que si bien, pueden hacerlas semejantes unas con otras, también pueden no tener absolutamente nada en común; aunque se les denomine "enfermedad mental" a todas sus formas. Un ejemplo de esto, como se veía anteriormente, son las diversas clases de esquizofrenia, que aunque estén agrupadas dentro de un mismo trastorno, sus características pueden ser totalmente diferentes de un tipo a otro.

Cierto es que, contemplar casuísticamente las enfermedades en un código sustantivo de la materia sería algo ilógico, pero quizás se podrían establecer ciertos parámetros para agrupar a determinados padecimientos mentales y darles un tratamiento jurídico y criminológico más específico y acorde a las necesidades que se observan en la realidad.

En cuanto a materia procesal, tenemos que los enfermos mentales cuyas conductas han tenido repercusiones de tipo penal, tienen su marco jurídico, primeramente, en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, que en su artículo 3o.bis, perteneciente al Título Primero, denominado Reglas Generales, Capítulo I, llamado Acción Penal, menciona que "En las averiguaciones previas en que se demuestre plenamente que el inculpado actuó en circunstancias que excluyen la responsabilidad penal, previo acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, el Ministerio Público lo pondrá en libertad y no ejercerá acción penal".

Por lo que respecta al artículo 6o., el Ministerio Público pedirá al Juez la aplicación de la sanción correspondiente al caso concreto de que se trate o ya bien, si procede, la libertad del procesado, por diversos supuestos que al respecto se den, como lo son, que el delito no haya existido, o si hubiese existido no sea imputable al procesado, o porque exista en favor del agente alguna de las circunstancias excluyentes de responsabilidad a que se refiere el capítulo IV, libro primero, del Código Penal, o en los casos de amnistía, prescripción y perdón o consentimiento del ofendido.

En el Capítulo III, Detención del Inculpado, Título Segundo, Diligencias de Policía Judicial e Instrucción, en el artículo 134 bis, señala en su segundo párrafo que "Las personas que se encuentren en estado de ebriedad, bajo el influjo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aquellas que su situación mental denote peligrosidad y quienes a criterio de la autoridad investigadora, pretendan evadirse, serán ubicadas en áreas de seguridad"

Respecto a la determinación del perfil criminológico del inculpado, que en el tema que nos ocupa es de vital importancia, en el artículo 296 bis, perteneciente a la Sección Tercera, denominada Instrucción, del Capítulo I, llamado Declaración Preparatoria del Inculpado y Nombramiento del Defensor, del ya mencionado Título Segundo, se comenta que, "Durante la instrucción el Juez que conozca del proceso deberá observar las circunstancias peculiares del inculpado, allegándose datos para conocer su edad, educación e ilustración; sus costumbres y conducta anteriores; los motivos que lo impulsaron a delinquir; sus condiciones económicas y las especiales en que se encontraba en el momento de la comisión del delito; la pertenencia del inculpado, en su caso, a un grupo étnico indígena, y las prácticas y características que como un miembro de dicho grupo pueda tener; los demás antecedentes personales que puedan comprobarse, así como sus vínculos de parentesco, amistad o nacidos de otras relaciones sociales, la calidad de las víctimas u ofendidos por el delito y las circunstancias de tiempo, lugar, modo y ocasión que demuestren su mayor o menor temibilidad"; estando, de igual manera, relacionado éste artículo con el 52 del Código Penal.

Ahora bien, en el Título Quinto, que se refiere a Diversos Incidentes, en su Sección Primera, denominada Incidentes y en su Capítulo II, llamado Suspensión del Procedimiento, en su artículo 477 menciona los casos en que se podrá suspender el procedimiento, y en la fracción III contempla que así sucederá cuando se presente el caso de la última parte del artículo 68 del Código Penal, y, en el último párrafo se especifica que, no obstante que se realice la suspensión, a solicitud del Ministerio Público o del ofendido o de sus representantes de éstos, el juzgador adopte medidas precautorias patrimoniales en los términos del artículo 35 del mismo ordenamiento.

En el artículo 479 se establece que, el proceso penal continuará su curso, practicándose las diligencias que no se hubieren podido tener lugar, sin repetir las practicadas sino cuando el juez lo estime necesario, cuando desaparezcan las causas que motivaron la suspensión, en el caso que se refiere el artículo 68 del Código Penal.

Por lo que respecta al artículo 481, menciona que "para suspender el procedimiento bastará el pedimento del Ministerio Público, hecho con fundamento en los artículos anteriores. El juez lo decretará de plano sin substanciación alguna. Asimismo se podrá suspender el procedimiento, a petición del inculcado o su representante, dando vista al Ministerio Público".

En la fracción V del artículo 660 del mismo ordenamiento, se establece que el sobreseimiento procederá cuando esté plenamente comprobado que en favor del inculcado existe alguna causa eximiente de responsabilidad; lo que referimos directamente con la fracción VII del artículo 15 del Código Penal.

En el Título Séptimo, Organización y Competencia, en su Capítulo X, denominado De la Dirección General de Prevención y Readaptación Social y otras dependencias, en su artículo 674, fracción II, contempla que compete a dicha dependencia "orientar técnicamente la prevención de la delincuencia y el tratamiento de adultos delincuentes, alienados que hayan incurrido en conductas antisociales y así como crear y manejar instituciones para el internamiento de estos sujetos"; en su fracción VI, establece que, de igual forma, le compete la creación, organización y manejo de museos criminológicos, laboratorios, lugares de segregación, colonias, granjas y campamentos penales, reformatorios, establecimientos médicos y demás instituciones para delincuentes sanos y anormales. Y, por último, en su fracción X, contempla que debe, dicha dependencia, ejercer orientación y vigilancia sobre los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad por la jurisdicción penal y los sujetos a libertad preparatoria o condena condicional.

Por lo que respecta al Código Federal de Procedimientos Penales, éste menciona en el Título Octavo, denominado Sobreseimiento, Capítulo Único, artículo 298 fracción VI, que el

sobreseimiento procederá cuando esté plenamente comprobado que en favor del inculpado existe alguna causa eximente de responsabilidad.

En el Título Decimoprimer, nombrado Incidentes, Sección Segunda, Incidentes Diversos, Capítulo III, denominado Suspensión del Procedimiento, en su artículo 468 menciona que una vez iniciado el procedimiento judicial, no podrá suspenderse sino en los casos que el mismo precepto determina, donde en la fracción III se manifiesta que uno de ellos es que el procesado enloquezca en cualquier estado del proceso.

De igual forma, establece que la suspensión que se encuentre fundada en dicha fracción no impide que, a requerimiento del Ministerio Público o del ofendido o sus representantes, adopte el juzgador medidas precautorias patrimoniales en los términos del artículo 149 del mismo ordenamiento.

En el artículo 471, establece que cuando se haya decretado la suspensión del proceso en los casos a que se refiere determinadas fracciones del artículo 468, entre ellas la III, se continuará tan luego como desaparezcan las causas que los motivaron.

Y, en el artículo 472, contempla que el tribunal resolverá de plano sobre la suspensión del procedimiento, de oficio, a petición del Ministerio Público o del inculpado o sus representantes, en lo procedente, fundada en cualquiera de las causas mencionadas en el artículo 468.

En el Título Decimosegundo denominado Procedimiento Relativo a los Enfermos Mentales, a los Menores y a los que tienen el Hábito o Necesidad de Consumir Estupefacientes o Psicotrópicos, en su Capítulo I, nombrado Enfermos Mentales, en su artículo 495 determina que "Tan pronto que se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalías 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 inculpado en manicomio o departamento especial".

En el artículo 496, establece que inmediatamente que se compruebe que el inculpado está en alguno de los casos a que se refiere el artículo 495, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial, en el que la ley deja al criterio del tribunal la forma de investigar la infracción penal imputada, la participación que el inculpado hubiere tenido en ella, y de estimar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial.

Una vez comprobada 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, en caso de que los tenga, el tribunal resolverá el caso, ordenando la reclusión del individuo en los términos de los artículos 24, inciso 3, 68 y 69 del Código Penal, ya citados anteriormente; y la resolución que se dicte será apelable en efecto devolutivo, de acuerdo al artículo 497.

El artículo 498 menciona que, cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 468, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

Y, en el artículo 499, se contempla que la vigilancia del recluso estará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.

En el artículo 534 se establece que cuando un reo enloquezca después de dictarse en su contra sentencia irrevocable que lo condene a pena corporal, se suspenderán los efectos de ésta mientras no recobre la razón, debiendo internarse en un hospital público para su tratamiento.

Y, por último, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los artículos 11 y 86, se refiere a que en los hospitales donde sean internados enfermos en calidad de detenidos, la institución sólo se hará responsable de la atención médica, quedando a cargo de la autoridad correspondiente la responsabilidad de su custodia.

2) Derechos Humanos

Todo individuo, por el solo hecho de serlo, tiene una serie de derechos y prerrogativas fundamentales inherentes a su ser, no importando raza, sexo, nivel social, económico y cultural, si pertenece a un grupo étnico o tiene alguna preferencia determinada de tipo político o sexual.

La evolución de la civilización a través de los tiempos se ha manifestado de diversas formas en diferentes ámbitos, utilizando en algunos, afortunadamente, criterios, actitudes y posturas más tolerantes hacia los grupos sociales minoritarios y, por lo consiguiente, considerados los más vulnerables dentro del marco de la macro y microestructura del sistema imperante.

Sin embargo, dichos grupos vulnerables de la sociedad contemporánea, pese a los avances que en la ciencia y la tecnología tienen la mayoría de los países industrializados y los que se encuentran en vías de desarrollo, son objetos de violaciones continuas y reiteradas a sus derechos fundamentales, por lo tanto, organismos internacionales se dan a la tarea de plasmar en documentos de repercusión mundial, principios y reglas que deben de acatarse para preservar las garantías de estos grupos y, de alguna forma, asegurar su bienestar.

Así pues, el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, en Ginebra, en febrero de 1991, publica los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCION DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES MENTALES Y PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL, en donde, en el Principio 1, llamado Libertades Fundamentales y Derechos Básicos, establece que :

- Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible a la salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

- Todas las personas que padecen una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

- Toda persona que padece una enfermedad mental, tiene derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otro tipo, el abuso físico o de otra índole y al trato degradante.

- No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental; entendiéndose por "discriminación" cualquier distinción, exclusión o preferencia que dé como resultado impedir o menoscabar el disfrute en pie de igualdad de derechos.

- Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como en otros documentos internacionales e instrumentos pertinentes que los contemplen.

- Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará solo después de una audiencia equitativa a cargo de un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional.

- Cuando una corte y otro tribunal competente lleguen a la conclusión de que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Posterior a éste primer Principio, se contemplan derechos que oscilan desde el respeto mismo a la dignidad humana de la persona que padece una enfermedad mental, hasta la debida atención médica que se les debe proporcionar y sus derechos civiles, políticos, sociales y culturales.

En el Principio 18, se establecen las Garantías Procesales que tiene toda persona que padece alguna enfermedad mental, los cuales son :

- Tendrá derecho a designar un asesor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si carece de medios, se le designará uno.

- Si es necesario, tendrá el derecho a la asistencia de un intérprete. Si carece de medios, se le proporcionará uno.

-El paciente y el asesor de su paciente, podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un informe independiente de salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

- Se proporcionarán al paciente y a su asesor copias de expediente del paciente y de todo informe que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas formaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondrían en peligro la seguridad de otras personas. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá entregarse al representante personal y asesor del mismo, siempre que éste no represente algún riesgo. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su asesor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

-El paciente y su representante personal y asesor, tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

- Si el paciente o su representante personal o asesor solicitan la presencia de determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de otras personas.

- En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada, y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los propios deseos del paciente, la necesidad de respetar la vida privada del paciente y de otras personas, y la necesidad de no perjudicar gravemente la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de otras personas.

- La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y asesor.

Por lo que respecta al Principio 20, éste habla respecto a los denominados "Delinquentes", y expresa que :

- Este principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión a raíz de delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

- Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible de salud mental, según lo estipulado en el principio 1. Estos Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas, reconocidos en los instrumentos señalados del párrafo 5 del Principio 1.

- La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en una opinión médica competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

-El tratamiento de las personas que se determine que padecen una enfermedad mental, será en toda circunstancia compatible con el Principio 11 (referente al tratamiento médico que deben recibir estas personas)⁽⁶¹⁾.

⁶¹⁾ Comisión Nacional de Derechos Humanos. Normas Nacionales e Internacionales Relativas a Enfermos Mentales e Inimputables. México, D.F. 1994. p 12.

Por su parte, en México, la COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, ha emitido una propuesta sobre los DERECHOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO, los cuales son los siguientes :

1. Todo paciente tiene derecho a recibir atención hospitalaria, de así ameritarlo su padecimiento.
2. Tiene derecho a que, a su ingreso al hospital, se le informe de las normas que rigen dentro del mismo y a saber quiénes serán los miembros del personal de salud encargados de su atención.
3. Tiene derecho a que se le brinden todos los recursos con que cuenta el hospital para lograr un diagnóstico correcto, oportuno y un tratamiento eficaz.
4. El paciente hospitalizado en una institución privada tiene derecho a recibir información sobre honorarios médicos y costos de los servicios y, en su caso de no cubrirlos, no podrá ser retenido contra su voluntad.
5. Tiene derecho a recibir información sobre alternativas terapéuticas o de procedimientos de diagnósticos con el fin de determinar, conjuntamente con lo médico, lo más conveniente para él, tomando en cuenta su ideología y sus creencias religiosas.
6. Tiene derecho a que se solicite su autorización antes de que se le apliquen tratamientos o procedimientos que impliquen riesgos para él.
7. Tiene derecho a que la información contenida en su expediente clínico se maneje confidencialmente.
8. Tiene derecho, si sus condiciones lo permiten, a nombrar un representante que reciba la información o que tome decisiones por él en lo concerniente a su salud, si las circunstancias así lo exigen.

9. Tiene derecho a recibir un trato digno y humano por parte del personal que labora en el hospital independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
10. Tiene derecho a recibir información veraz, concreta, respetuosa y en términos que pueda entender, en relación con su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y sobre los procedimientos a los que se le pretenda someter.
11. Tiene derecho a solicitar su egreso voluntario del hospital, sin que esto afecte su futura atención por la misma institución.
12. Tienen derecho a participar voluntariamente como sujeto de investigación, sin que en su decisión influyan presiones de ningún tipo, siempre y cuando conozca los objetivos, riesgos y beneficios de la investigación, así como a desligarse de ella en el momento en que lo decida, sin que ello afecte la calidad de su atención.
13. Tiene derecho a negarse a participar como sujeto de investigación, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.
14. Tiene derecho a que sus órganos o especímenes quirúrgicos sean tratados digna y humanitariamente.
15. Tiene derecho a una muerte digna y a un trato humanitario de sus restos mortales.
16. Tiene derecho a ser transferido de un hospital a otro, en caso de ameritarlo, siempre que se le indique el objetivo de dicha transferencia.
17. Tiene derecho a participar en forma activa en su tratamiento y restablecimiento.
18. Tiene derecho a recibir la visita de sus familiares y amigos, si ésta no va en perjuicio de la evolución de su padecimiento.

19. Tiene derecho a atención espiritual por parte de ministros de la religión que profese.
20. Tiene derecho a gozar de actividades recreativas, siempre que el hospital cuente con áreas específicas para tal fin.
21. Tiene derecho a la comunicación telefónica, siempre que el hospital cuente con este servicio y no exista contraindicación médica para ello⁽⁶²⁾.

De igual forma, la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, publicada el 16 de noviembre de 1995 en el Diario Oficial de la Federación, se establece en su punto número 8, los Derechos Humanos y de Respeto a la Dignidad de los Usuarios, mencionando que dentro de un hospital psiquiátrico, el usuario tiene derecho a :

- 8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
- 8.2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- 8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quienes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.
- 8.4. Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.

⁶²⁾ Ibidem. p. 34

8.5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

8.6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desean.

8.7. Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.

8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

8.9. Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

8.10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

8.11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.

8.12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

8.13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

8.14. Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo están tratando.

8.15. Solicitar la revisión clínica de su caso.

8.16. Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.

8.17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.

8.18. Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.

8.19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato e inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.

8.20. Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución, enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

8.21. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

8.22. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.

8.23. Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.

8.24. Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

Este ordenamiento, viene a sustituir a las Normas Técnicas 144 y 196, de julio y agosto de 1987, respectivamente; observándose que en esta propuesta ya se establece un apartado sobre los Derechos Humanos de las personas que padecen una enfermedad mental, ya que en las anteriores aún no se manejaba como tal, siendo un gran avance en cuanto a regulación de su situación jurídica en la sociedad mexicana, adecuada a las necesidades propias de nuestras instituciones y a las garantías que se les deben proveer a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos en la República Mexicana.

3) Victimología

La Victimología, como su nombre lo indica, es la ciencia que estudia a la víctima del delito; considerada por algunos autores como parte de la propia Criminología y, por otros, como una disciplina totalmente independiente de ésta⁽⁶³⁾.

No obstante a estas consideraciones sobre el campo de conocimiento al que pertenece, su análisis es de gran importancia para la determinación del perfil criminológico del sujeto activo de la conducta antisocial; y, de igual forma, de la capacidad latente de una persona para ser víctima "fácil" de algún delito.

Por lo que a los esquizofrénicos paranoides se refiere, es de suma importancia valorar este aspecto ya que, como se ha visto, son múltiples los factores que se ven involucrados para que éste llegue a la comisión de la conducta antisocial; donde la víctima puede ser el punto crucial para que la acción se produzca o no.

De esta forma, podríamos mencionar infinidad de elementos relevantes con respecto a las causas que originaron los sucesos, así como la dinámica de los mismos, pero, uno de los más importantes para poder tener una visión integral del fenómeno, es el estudio de la víctima, considerándola como parte de un todo, en donde, en algunas ocasiones, no sólo es "sujeto pasivo" sino, por el contrario, tiene participación directa en el hecho perpetrado.

La presencia de la víctima en la conducta antisocial consumada o en grado de tentativa, tiene características muy particulares; es un elemento indispensable para que el acto se realice como se llevó a cabo, y no de otra manera.

Existen diversas tipologías victimológicas propuestas por diversos autores, de las cuales nosotros nos adherimos a la del Mto. Benjamin Mendelsohn, fundamentada en la correlación de

⁶³⁾ Luis Rodríguez Manzanera. *Victimología*. 2a ed. Ed. Porrúa, S.A. de C.V. México, D.F. 1989. p. 14.

culpabilidad entre la víctima y el infractor; estableciendo que existen cinco tipos de víctimas, entre las que encontramos :

1.- A la víctima completamente inocente, "que puede calificarse como víctima "ideal", es decir la víctima inconsciente, por ejemplo, el niño víctima".

2.- La víctima de culpabilidad menor-víctima por ignorancia; "por ejemplo: la mujer que se provoca un aborto por medios impropios".

3.- La víctima tan culpable como el infractor-víctima voluntaria.

4.- La víctima más culpable que el infractor, la cual comprende :

- a) Víctima Provocadora, "que con su conducta incita al infractor a cometer la infracción".
- b) Víctima por Imprudencia, "que determina el accidente por falta de control de sí mismo".

5.- La víctima más culpable o únicamente culpable:

- a) Víctima Infractora: "cometiendo una infracción, el agresor cae víctima (exclusivamente culpable-ideal), se trata del caso de legítima defensa".
- b) Víctima Simuladora: "el acusador que premedita o irresponsablemente inculpa al acusado, recurriendo a cualquier maniobra"
- c) Víctima Imaginaria: "es decir el paranoico (reivindicador, litigioso, interpretativo, perseguidor-perseguido), histórico, mitómano, senil, infantil o adolescente".⁽⁶⁴⁾

De igual forma, el Mto. Hans Von Hentig propone otra clasificación de las víctimas, considerando entre ellas a las que lo son por impulso y eliminación de inhibiciones. En éste ámbito explica a la víctima agresiva, la cual es la que reiteradamente ha torturado a su familia, a sus amigos, a sus subordinados y, en general, a las personas que se han encontrado cerca de ella, los cuales, llegado el momento, y por un mecanismo de saturación, se convierten de víctimas a victimarios⁽⁶⁵⁾.

⁶⁴⁾ Cit. por Luis Rodríguez Manzanera. *Victimología* p. 82.

⁶⁵⁾ *Ibidem*. p. 84

Así pues, relacionando lo mencionado por el Mto. Von Hentig y la clasificación del Mto. Mendelsohn, a éste tipo de víctimas agresivas, se les puede ubicar dentro de los grupos 4 y 5, los referentes a las víctimas que son más culpables que el infractor, ya que "provoca" la reacción natural que se podría esperar cuando se estimula de esta forma a una persona; o bien, puede considerarse como la única culpable, ya que, puede ésta ser infractora, simuladora o imaginaria, ocasionando que, el victimario que antes fuera la víctima caiga en el "juego" y active su mecanismo de defensa.

Comentamos lo anterior, con la finalidad de explicar lo referente a los esquizofrénico paranoides en este sentido y, en general, con todo enfermo mental, en la mayoría de las ocasiones.

Como habíamos analizado anteriormente, es común que el esquizofrénico paranoide actúe impulsivamente en la comisión de conductas antisociales, esto es, sólo en el momento último del suceso; pero, como ya se había apuntado, sus delirios son estructurados y sistematizados desde antes, así como el contenido de las alucinaciones auditivas y visuales (si es que se presentan), así pues, están influidos desde antes con información ya registrada en su memoria. Así pues, aunque actúe impulsivamente en el último momento, ya existe todo un antecedente de eventos que ha vivenciado y que, en una circunstancia determinada, se presentan de forma tal vez inconsciente.

Por lo tanto, es relevante estudiar la relación que establece el esquizofrénico paranoide con aquellas personas con quien convive, para poder determinar el condicionamiento que en un momento dado pueden ejercer éstas sobre el sujeto para que realice conductas antisociales, y en donde, regularmente, son parte de su propia familia.

Es importante mencionar que, como también ya habíamos planteado, un número de casos significativo de la muestra, por el trasfondo que representa, fue el referente a la realización de la conducta antisocial en contra de algún familiar, ya que fueron 19 de un total de 60 actos.

Para esto, también es importante recordar que, la mitad de los homicidios perpetrados en los casos de la muestra (10 de 21) se llevaron a cabo en contra de un familiar.

Lo que nos demuestra que, en muchas ocasiones, algún integrante en especial de la familia, o toda la familia, o bien aquellas personas con las que convive el esquizofrénico paranoide muy de cerca, son víctimas provocadoras, que pueden ser tan culpables o más que el enfermo mental, ya que puede promover los elementos que hagan posible la acción e, inclusive, hacerlo de forma intencionada.

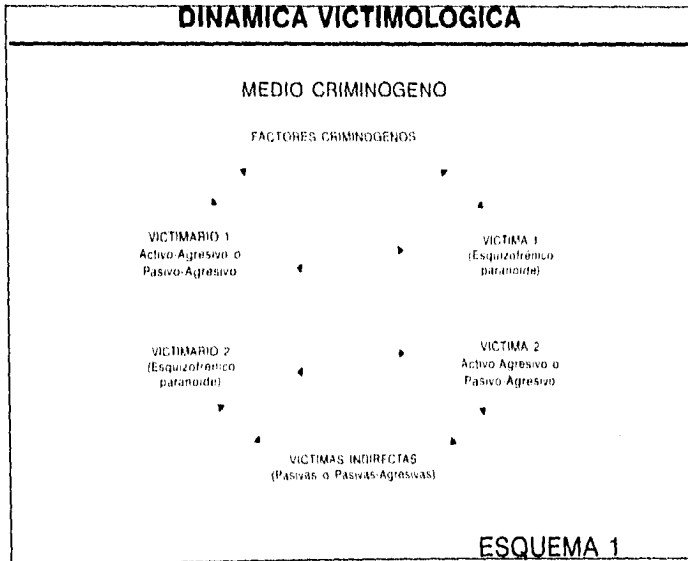
Para Von Hentig, una clase de víctimas son los débiles y enfermos mentales; y, estando de acuerdo con él decimos que, en la dinámica victimológica, el enfermo mental es en primer momento víctima directa de su victimario (que en un segundo momento será víctima) y de las circunstancias, ya que es objeto de marginación, estigmatización, rechazo y agresión cotidiana y continua.

Con esto queremos decir que, aunque el esquizofrénico paranoide actúe la mayor de las veces de forma impulsiva, ya tiene registrada la información, aunque sea en su contenido delirante, de todo aquello que lo lastima, lo agrede, lo rechaza, lo victimiza; así pues, independientemente que no medie en el momento provocación directa por parte del "sujeto pasivo" (ya que si existe todo un sistema de provocación anterior), se da la agresión hacia él, precisamente hacia él, puesto que no en vano se ha condicionado la forma de reaccionar del esquizofrénico paranoide en ese sentido; pasando a ser, irónicamente en muchos de los casos, victimario, y tildado de esa forma, tanto familiar, social, jurídica, criminológica e institucionalmente; sin considerar que mucho tiempo atrás, sino es que desde el momento de detectarse la enfermedad o aún antes, era víctima del que ahora se le considera como tal.

Con la finalidad de presentar gráficamente lo expuesto, procederemos a mostrar un esquema que trata de plasmar lo más relevante en cuanto a la dinámica victimológica, que incluye tanto a la persona de la víctima, la del victimario (en los dos tiempos, como se mencionó en el párrafo anterior), y a todos aquellos factores que interactúan para que el suceso se realice tal y como se llevó a cabo, y no de otra forma, ya que cada parte es elemental para que esto exista y se manifieste como un fenómeno en el mundo del ser (Esquema 1).

Es necesario comentar que, por lo que respecta a los factores criminógenos, se contemplan tanto los endógenos como los exógenos, los primeros en referencia al estado psiquiátrico de la víctima y del victimario, así como la estructura de la personalidad de ambos y sus características psicológicas que en gran medida determinarían su modo de proceder, actuar y reaccionar ante hechos concretos; los factores exógenos, se traducen en la influencia del ámbito familiar, el medio ambiente, de los cuales, por lo regular, son núcleos totalmente convulsionados, agresivos y patológicos, como ya habíamos visto en los resultados de nuestra investigación.

La dinámica psicológica de los sujetos que participan en la realización de la conducta antisocial, uno como víctima y otro como victimario, revela indicios que, revalorando la situación, nos habla de miedo, temor, odio, inseguridad, baja tolerancia a la frustración, bajo control de impulsos, etc., por una o ambas partes; lo cual lleva a que se manifiesten agresiones, la mayor parte de las veces, por falta de comunicación y tolerancia.



Como podemos observar, en un primer momento, el esquizofrénico paranoide juega el rol de víctima, para después, en un segundo momento, cambiar los papeles y aparecer como victimario, en la última acción de la dinámica victimológica.

De igual forma, en el esquema propuesto, el Victimario 1 (considerado también como la Víctima 2), puede tener la característica de ser eminentemente agresivo, donde la manera de dirigirse hacia el esquizofrénico siempre ha sido de forma hostil, y, por otro lado, puede ser pasivo-agresivo, lo cual se refiere a que, aunque aparentemente su trato con el sujeto sea amable, existe una descarga de agresión que no necesita ser de violencia física o verbal, pues se puede manifestar mediante actitudes de rechazo, veladas en muchos aspectos, pero que verdaderamente existen.

También podría contemplarse la víctima totalmente pasiva, pero no entraría en el esquema presentado ni en la dinámica que ejercen los sucesos en éste sentido.

Por otra parte, al igual que la víctima directa de la conducta antisocial, sobre la que recae todo el peso de la realización de la misma, existen otras, las cuales se les puede denominar como indirectas, ya que, aunque no se ha ejercido el acto lesivo sobre ellas, si se ven involucradas en sus repercusiones o bien, las perjudican.

En el caso de los esquizofrénicos paranoides, las víctimas indirectas se pueden contemplar en la familia del mismo, haya sido la agresión vertida sobre ésta o no, también a la familia de la Víctima 2, si es que la agresión se dirigió en contra de persona no familiar; y, en sí, a todas aquellas personas que conviven con los sujetos participantes en la dinámica victimológica, así como el entorno social de donde proviene y la sociedad en general.

Estas pueden actuar de una manera totalmente pasiva ante los eventos que ocurren, o bien, puede ser su participación también pasiva-agresiva, sobre todo si la conducta antisocial se lleva a cabo dentro del núcleo familiar; como un ejemplo mencionaremos que, cuando éstas, a pesar de que se percatan de la violencia de que es objeto el enfermo por parte de un integrante de la familia, no hace absolutamente nada para impedirlo, colaborando de esta forma para que se siga maltratando, si no, inclusive, participando en el hecho.

De esta forma, al igual que la directa, la víctima indirecta también puede ejercer la "propiciatoria", esto es que con actos cotidianos tienda de forma encubierta a la realización del hecho, creando un condicionamiento paulatino, logrando por fin el desenlace que "supuestamente" se quería evitar.

Así pues, por lo antes expuesto, consideramos que, el esquizofrénico paranoide juega un papel doble en la dinámica victimológica, al igual que la víctima última; esto es, primero ser víctima, para después tornarse en victimario, obligado, en muchas de las ocasiones, por las circunstancias imperantes en el momento.

Un ejemplo totalmente acorde a lo expuesto anteriormente es un caso registrado dentro de la muestra empleada para la investigación, el cual describimos a continuación.

Sujeto proveniente de una familia de nivel social y económico alto, donde el padre ocupa un puesto de Jefe de Policía y Tránsito del lugar donde pertenecen, la madre se dedica al hogar y al cuidado de sus siete hijos, todos ellos con estudios, ya sea profesionales o carreras técnicas.

El individuo ocupa el cuarto lugar de los hermanos, estudió hasta el bachillerato, ya que por la manifestación de la enfermedad mental no pudo continuar una carrera; siendo esto a los 17 años.

Su infancia y adolescencia fue tormentosa, con un padre despótico, tirano y agresivo, y una madre sumisa y sobajada por su pareja. La personalidad del padre infundía miedo tanto en la familia como en el lugar donde residían. Insultaba y maltrataba a su esposa e hijos, sobre todo al paciente ya una vez manifiesta la enfermedad. Puesto que para el padre era vergonzoso tener un hijo con trastorno mental, se negó a aceptar el hecho, prohibiendo que éste tuviera atención médica y se le prescribiera algún tratamiento medicamentoso.

Al ser adulto el sujeto, 27 años, se cambia de domicilio junto con su padre, por problemas que tenían ambos progenitores; el padre ya era un hombre senil de 60 años de edad, trató de controlar al paciente de forma agresiva, con pistola en mano y lanzando tiros al aire; llegando un

momento en que el paciente, en pleno estado psicótico, viendo al padre recostado, toma combustible del auto, se lo arroja y le prende fuego.

Pasado ésto, el individuo asegura que lo que realizó fue en "legítima defensa".

En este ejemplo se ve de forma muy clara la dinámica victimológica, donde:

- 1) En primera instancia el padre es el victimario y su hijo la víctima.
- 2) Posteriormente, y en el momento último de los eventos, el hijo se convierte en victimario y el padre en víctima.
- 3) Al padre se le puede considerar como una víctima más culpable que el victimario (según clasificación que hace de éstas el Mto. Mendelsohn), puesto que su manera de actuar, sobre todo con el sujeto, fue siempre hostil, agresiva y déspota; provocando, de cierta manera, la reacción desproporcionada de su hijo; de ahí que éste asegure que actuó en "legítima defensa".
- 4) El padre se expuso de sobremanera ante el riesgo de que le pudiese ocurrir algún percance estando solo con el paciente, ya que estaba sin medicación, él era una persona senil y su capacidad física era mucho menor a la de su hijo; aunado a esto, la forma de amedrentarlo, sabiendo que el sujeto podría tener una reacción agresiva, puesto que en su contenido de ideas delirantes conceptualizaba al padre como el mal, como el "diablo", al cual había que aniquilar.
- 5) Por lo que respecta a la familia, sobre todo a la madre, tiene intervención directa, y se puede decir que su forma de conducirse ante la situación fue pasiva-agresiva, siendo en un mismo término victimaria-víctima indirecta.

Aclarando que no en todos los casos se manifiesta esta dinámica, ya que, por ejemplo, en la agresión ejercida en contra de una persona desconocida en vía pública de forma puramente impulsiva, no se puede decir que anteriormente ésta había victimado al individuo, sino, por el contrario, a esta sí se le considera como víctima totalmente inocente; pero que, sin embargo, son parámetros importantes para considerar, ya que, en medida en que se estudie este supuesto, se podrán prevenir muchas conductas futuras que tengan estas características.

Con esto, podemos finalizar diciendo que, el esquizofrénico paranoide puede resultar, antes de realizar una conducta antisocial, víctima de su familia, de su medio y de todo el sistema social en que se desarrolla, el cual no le proporciona más alternativas ni opciones de vida; pero que sí, por el contrario, lo reprime y rechaza en la mayoría de los casos.

Por lo tanto, esto nos revela que no solamente se debe de tomar en cuenta la prevención criminal, sino también la prevención victimal, y de igual forma en la reincidencia criminal y reincidencia victimal; puesto que tan riesgoso puede ser un criminal, como lo puede ser una víctima en potencia, con factores que la predispongan, la preparen y la desencadenen como tal.

4) Probabilidad de Reincidencia Criminológica

Como hemos podido observar a través del trabajo desarrollado, muchos son los riesgos existentes para que los esquizofrénicos paranoides de esta muestra presenten en un futuro conductas antisociales similares a las que ya han realizado, esto es, que reincidan en la criminalidad.

Para efecto de que sea un poco más claro nuestro análisis, decidimos dividirlo en pequeñas exposiciones de aquellos factores y eventos que pueden acentuar aún más este riesgo, partiendo desde las cuestiones de la enfermedad mental del individuo, de carácter puramente médico, hasta la consideración de las micro y macroestructuras sociales que ya en su momento abordamos, determinando su función y la influencia en la probable reincidencia que se llegue a manifestar.

Contemplar estos aspectos en forma independiente, no presupone que se manifiesten en el individuo como factores aislados sino, por el contrario, todos forman parte de un complejo que interactúa y, de cierta forma, dependen unos de otros; así, por lo que respecta a este estudio, se puede decir que es el análisis conveniente para abordar al esquizofrénico paranoide desde su naturaleza tridimensional, esto es, la biopsicosocial.

ASPECTO MEDICO

Es de vital importancia que el esquizofrénico paranoide reciba un tratamiento integral acorde a su padecimiento, tanto en el aspecto médico, para el control de su sintomatología, como de índole social, jurídico y criminológico.

Dependerá del buen control que se tenga de la enfermedad, con base en un tratamiento farmacológico y las adecuadas terapias psicológicas, para que de esta forma, se llegue a disminuir, si no todo en parte, aquella sintomatología que puede hacerlo más propenso a la realización de conductas agresivas u hostiles; esto es, por ejemplo, poder controlar sus alucinaciones auditivas y disminuir las ideas delirantes que ha estructurado.

Por lo que respecta a las terapias psicológicas, estas pueden tener un efecto muy limitado, dado que el paciente se encuentra en la mayoría de las ocasiones fuera de la realidad y no puede hacer conscientes muchos de los conflictos de su personalidad mediante sesiones con el terapeuta; ahora bien, es necesario comentar que, dependiendo del estado del paciente así como sus capacidades y el grado de deterioro que presente, es como el especialista en salud mental abordará su caso, implementando para este efecto la terapia psicológica que él crea conveniente.

Como se había mencionado en el Capítulo I del trabajo, la esquizofrenia es una enfermedad mental que se puede controlar, pero no se puede curar. Los descubrimientos médicos en torno a esta enfermedad se han visto incrementados muy aceleradamente en los últimos tiempos, creando nuevos medicamentos que pueden ayudar a contrarrestar algunos de los síntomas más característicos de la esquizofrenia, pero todavía no se descubre la forma de curarla.

Así pues, hasta la fecha, se tendrán que adoptar medidas precautorias para que, dentro de lo posible, se contenga las manifestaciones de la enfermedad, equilibrándose la química del cerebro a base de medicamentos especializados para cada caso, dependiendo de la manifestación de la enfermedad. Tales medicamentos se les denomina NEUROLEPTICOS.

Pero no solamente el tratamiento se debe contemplar en función de fármacos, ya que el efecto de éstos dependerá de una serie de cuestiones personales del individuo, involucrando aquí a su familia y entorno social, así como la terapia psicológica de apoyo que se le proporcione; por lo tanto, dependiendo de una prescripción de fármacos razonada, adecuada a las características del caso, así como el apoyo psicológico y afectivo que se le puede proporcionar al sujeto, se dará la buena o mala evolución del padecimiento.

Dicho lo anterior, por lo que al aspecto criminológico se refiere, comentaremos que si no se tiene un buen control farmacológico de la enfermedad mental, no se cuenta con una terapia psicológica adecuada al caso, y no existen lazos afectivos con el individuo; estas serán circunstancias ideales para que en el individuo se presenten mayores probabilidades de reincidir criminológicamente.

De igual forma, como ya se ha expresado, el bajo control de impulsos que presenta el esquizofrénico paranoide así como su baja tolerancia a la frustración, como rasgos distintivos de su personalidad, también pueden ser factores de riesgo para que probablemente reincida criminológicamente, puesto que en cualquier momento, por cualquier nimiedad, puede reaccionar de forma precipitada, atentando contra la integridad física de alguna persona.

ASPECTO FAMILIAR

Como ya se había mencionado en el Capítulo III, Inciso 3, la familia del esquizofrénico paranoide de esta investigación es, por lo regular, desintegrada, desorganizada e incompleta, con mala relación entre los padres e incluso indiferente, y de éstos mismos con el paciente.

La familia es el núcleo primario donde el individuo tiene sus primeras enseñanzas y patrones de conducta, y es en ella donde se establecen los lazos afectivos más estrechos; pero si este núcleo está "enfermo" y no existe la interacción correspondiente, sus integrantes no pueden desarrollarse plenamente en su seno.

De este modo, aquel esquizofrénico paranoide que retorne al ámbito familiar caótico y desorganizado, después de haber cometido una conducta antisocial, lo más probable es que reincida, ya que no cuenta con una contención acorde, ni con la motivación y apoyo del núcleo elemental, función que debe desempeñar la familia como microestructura social, componente de un complejo mucho más amplio.

Esta situación se refuerza comentando lo que vimos en el Capítulo III, esto es que, en un 58% (23 casos), los sujetos que han tenido internamientos psiquiátricos anteriores han regresado, cuando se les externa, a la casa de los padres, y, en un 15% (6 casos), con otros familiares.

Otro aspecto relevante para tomar en cuenta es que, si el contagio social se encuentra dentro de su misma familia, es decir, si algún o algunos familiares suyos también tienden a la criminalidad, la posibilidad de reincidencia criminológica se verá incrementada en el esquizofrénico paranoide;

reportándose sobre antecedentes de criminalidad en la familia en la investigación, un 10% de los casos.

ASPECTO SOCIAL

Ahora hablaremos del ámbito social, el cual se puede circunscribir, en un primer momento, al medio ambiente cercano en que se desenvuelve el paciente, siendo eminentemente criminógeno en la mayoría de los casos que tomamos como muestra, con características de hacinamiento, promiscuidad, contagio social de conductas consideradas como para y antisociales, como el consumo de drogas y bebidas embriagantes, la criminalidad en sus diversas modalidades, etc.

Si consideramos que en un 73% regresa el individuo con su familia, esto presupone que vuelve al mismo núcleo social, siendo factible vislumbrar ciertas pautas en este supuesto; esto es, si el sujeto regresa al mismo ámbito donde realizó la conducta antisocial, con su familia, su calle, su colonia, con las mismas influencias sociales que prevalecían en el momento de cometer el ilícito, y aún mucho antes, puede ser indicador de que la probabilidad de reincidencia está latente, tanto en el consumo de estupefacientes o alcohol (si es que consume), y en el de cometer reiteradas conductas antisociales, sin existir contención ni por parte del núcleo familiar ni por parte de la comunidad que lo rodea, puesto que, en muchas de las ocasiones, estas actitudes se dan como forma "normal" de vida en un complejo social determinado.

La responsabilidad sobre los enfermos mentales la tiene la sociedad en general, ya que es ella quien debe de encontrar las alternativas para proporcionarle un lugar decoroso en su medio y, sobre todo, proveerlos de opciones para que su existencia sea, dentro de lo posible, productiva y no considerarlos como una "carga", puesto que también el marginarlos, rechazarlos y hostilizarlos es un factor importante para que ellos respondan de forma agresiva al medio y cometan conductas de tipo ilícito.

ASPECTO INSTITUCIONAL

En muchas de las ocasiones, en muchos aspectos, se dice que el Estado no se provee de los sistemas funcionales que requiere para impartir la justicia y hacer que se ejecuten sus disposiciones.

El sistema tanto judicial como ejecutor y sanitario que regula a los enfermos mentales es totalmente parco y arcaico, no se ajusta a las necesidades de este núcleo social tan marginado y estigmatizado. El Estado no ha ideado el mecanismo adecuado para dar tratamiento jurídico, social, criminológico, institucional, legislativo, etc., a los enfermos mentales que cometen conductas antisociales; y así, una vez que al enfermo mental se le determina una medida de seguridad por un ilícito que cometió, su tratamiento no es integral, por lo tanto, es prácticamente inevitable que su reincidencia criminológica se presente, y quizás en un grado mayor al que se dió en un primer momento.

Lo contemplado en el párrafo anterior se ve incrementado cuando el esquizofrénico paranoide ya ha tenido alguna experiencia en instituciones penitenciarias, puesto que, al salir de esta, su reincidencia criminológica se presenta; suponiéndose de ésto que, lejos de rehabilitar y reintegrar socialmente al individuo, se le reprime, privándosele de su libertad, no existiendo los mecanismos idóneos para darle un tratamiento integral que cubra todas las esferas que requiera la futura prevención de la reincidencia.

Así pues, podemos decir que, dentro de la investigación se obtuvo que en un 63% (25 casos) de la muestra, tuvieron antecedentes de haber estado alguna vez en una institución penitenciaria; donde en un 43% (17 casos) fue por la realización de la misma conducta antisocial, en forma reiterada.

Lo anterior nos muestra claramente que, el esquizofrénico que reincidió criminológicamente, lo ha hecho en un porcentaje considerable en la misma conducta antisocial que las veces anteriores (al menos más de dos veces), esto nos dice que el sistema judicial, ejecutor y sanitario no ha sido muy efectivo en su participación en este sentido.

La reincidencia se da y se seguirá dando, hasta que no se hagan reformas considerables a las leyes en materia penal, tanto sustantiva como adjetiva, y que los programas de tratamiento en internamiento y atención integral en las instituciones del estado para compurgar medidas de seguridad, sean actualizados, acorde con las necesidades de los enfermos mentales en general; puesto que deben idearse nuevas formas de tratamiento en internamiento a este tipo de individuos, ya que no se les puede considerar como a la población penitenciaria común que se encuentra en reclusión, por las características tan especiales que presentan los enfermos mentales.

Afortunadamente, en la actualidad está próximo a inaugurarse el nuevo Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, en Cuautla, Morelos, dependiente de la Secretaría de Gobernación, donde se piensan trasladar a todos aquellos pacientes que están cubriendo medidas de seguridad en diversas instituciones; aquí se han implementado nuevos programas de tratamiento, específicos para estos casos, esperando que, con esto, los pacientes tengan mejores opciones y que, en un futuro, se disminuya la reincidencia criminológica en los mismos.

FACTORES QUE DISMINUYEN LA REINCIDENCIA CRIMINOLOGICA

Una vez contemplados los factores que podrían hacer más probable la reincidencia criminológica, hablaremos de aquellos factores que la disminuyen.

Algunos de éstos son la edad, la capacidad física y el deterioro que, al paso del tiempo, ha sufrido el paciente, por la evolución natural de la enfermedad mental.

Como ya hemos visto, la totalidad de los pacientes tomados como muestra son mayores de 30 años de edad, siendo un 45% (18 casos) mayores de 50 años; por otra parte, estudiando el año en que cometieron el ilícito, se desprende que tenían entre 26 y 30 años los que alcanzaron mayor porcentaje. Así pues, teniendo una población que puede considerarse de adultos maduros a preseniles y seniles en un 45% (18 casos), y sus conductas fueron realizadas entre los 26 y 30 años, esto quiere decir que la potencialidad máxima de probabilidad de realizar una conducta

antisocial ya pudo haber pasado, y que en estos momentos, con el deterioro físico y mental, estando en una institución mental para enfermos crónicos, ya su peligrosidad criminológica no es la misma, sino que, por el contrario, ha disminuido.

Ahora bien, el deterioro que sufre el esquizofrénico paranoide, así como todo enfermo mental, estando en internamiento, es muy remarcado, se van disminuyendo funciones e, inclusive, se puede llegar a la demenciación, la cual es la pérdida irreversible de éstas.

De igual forma, el detrioro de las capacidades físicas del individuo, disminuye considerablemente la posibilidad de la reincidencia, puesto que, por ejemplo en pacientes mayores de edad, la agudeza visual, la auditiva, la táctil y la olfativa se ven mermadas, al igual que la masa corporal en algunos casos.

Por lo que respecta a las ideas delirantes y alucinaciones auditivas y/o visuales, por la evolución del padecimiento y el deterioro que sufre el paciente al paso del tiempo, se van haciendo menos sistematizadas, su personalidad se va desestructurando y su capacidad de juicio y contacto con la realidad se van disminuyendo poco a poco, quedando un paciente cada vez mas dependiente de cuidados asistenciales y con una probabilidad cada vez menor de reincidir criminológicamente.

Pero, aparte de la pérdida de capacidades físicas y mentales para un paciente con larga evolución de su padecimiento o simplemente por la avanzada edad que presente, es necesario mencionar que, por lo que respecta a los individuos esquizofrénicos paranoides adultos jóvenes y maduros, que se encuentren en edades potencialmente riegosas para que cometan una conducta lesiva, no existe otra opción mas que proporcionarle un tratamiento integral, que cubra las necesidades del caso y que disminuya, en la medida de lo posible, todos aquellos factores que hagan más proclives a los individuos a realizar conductas antisociales.

Y, por último, se podría mencionar que otros factores que pueden disminuir la probabilidad de reincidencia criminológica, son la educación a la población en general respecto a estos temas y su sensibilización ante quien padece una enfermedad mental; para así, poderles proveer de espacios y alternativas de vida.

5) Rehabilitación y Readaptación del Esquizofrénico Paranoide a la Sociedad Mexicana

La rehabilitación y la readaptación del esquizofrénico paranoide a la sociedad debe ser el resultado de la suma de todo un tratamiento estructurado, sistematizado y organizado, tendiente a satisfacer las necesidades primordiales del sujeto, con el objetivo de proporcionarle todos los elementos para que, en el mejor de los casos, se independice, sea consciente de su problemática y pueda desarrollarse de forma satisfactoria en su contexto familiar y social, y en caso de no existir éste o que no sea apto. en uno substituto.

La rehabilitación y la readaptación tienen que ser de forma integral, abarcando todas las esferas de conflicto en el individuo; esto es, debe de haber una rehabilitación en su estado mental, familiar y social, para que así pueda reintegrarse al contexto social.

Carpenter y Buchanan, nos dicen que el tratamiento de la esquizofrenia debe de ser focalizado sobre la aminoración de los síntomas, la prevención de las recaídas, y la rehabilitación social y ocupacional del paciente. La farmacoterapia, la terapia psicológica y la rehabilitación, integran el modelo médico biopsicosocial, que es esencial para un tratamiento efectivo⁽⁶⁶⁾.

Al paciente se le deben de proporcionar aquellas alternativas que le sean viables para poder desarrollarse fuera de la institución psiquiátrica, se valga por sí mismo aunque sea en las funciones primarias, o bien, que inclusive pueda subsistir por su propia cuenta, sabiendo canalizar sus inquietudes, aprovechando las capacidades que conserve, para que de esta forma, una vez teniendo el control médico de la enfermedad, no se encuentren más obstáculos en su funcionamiento social.

Así pues, podríamos decir que su rehabilitación y readaptación social sería apta, si existe la mejor disposición de la familia del individuo para que esta se lleve a cabo, lo apoyen mientras se

⁶⁶⁾ Op. cit. p. 686.

encuentra en la institución y una vez que haya salido de ésta; obteniéndose así resultados positivos en sus progresos paulatinos, aspirando a un mejor nivel de vida.

Para los Drs. Stuart Schwartz y Bruce Africa, el tratamiento de la esquizofrenia debe de consistir en diversos métodos, incluyendo la formación de una alianza terapéutica con el paciente esquizofrénico, al igual que con su familia y las personas cercanas a él. Agregan que, aunque la esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más graves, la amplitud de asistencia y tratamiento de la misma puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares⁽⁶⁷⁾.

El autor Lawrence C. Kolb, propone que "hay que tomar medidas para reforzar su yo por medio de la reestructuración del ambiente, de tal manera que el enfermo entre en contacto con otras personas sanas, cuya relación interpersonal proporcione al esquizofrénico una base sobre la cual desarrollar confianza, seguridad y, en el mejor de los casos, cierta autonomía personal. Las posibles identificaciones con personas fuera del cuadro familiar aclararán la confusión del esquizofrénico respecto a su identidad social y sexual"⁽⁶⁸⁾.

Agrega que es necesario que el ambiente terapéutico proporcione un mundo social estructurado y estimulante, para que así, el esquizofrénico tenga sentido del tiempo, y las satisfacciones que se adquieren al completar una acción, evitándose con ésto, las consecuencias lógicas del estar aislado en internamiento durante períodos excesivos, lo cual acelera el deterioro paulatino e irreversible de las capacidades y funciones principales de la persona.

De esta forma, subraya que el tratamiento al esquizofrénico debe de ser individualizado, ya que no existen fórmulas establecidas para tratar a todos por igual, puesto que cada caso es único, donde también el tratamiento para el individuo será específico, y con ésto su rehabilitación.

Por lo que respecta a la readaptación social, previniendo con ésta de cierta forma la reincidencia criminológica, diremos que es necesario, por vía institucional, el establecimiento de los mecanismos necesarios para proveer a los esquizofrénicos paranoides, egresados de

⁶⁷⁾ Howard Goldman. op. cit. p. 96.

⁶⁸⁾ Ibidem. p. 419.

instituciones donde compurguen su medida de seguridad o de los hospitales psiquiátricos, otras alternativas de vida que quizás no tengan que ser forzosamente el regresar con su familia y el entorno social donde crecieron.

Esta otra alternativa puede ser la de suplir estas figuras por unas substitutas, que desempeñen el rol de estructura familiar, otorgando el apoyo y el afecto que quizás no tengan con la original, sirviendo como contención más no de tipo represivo, sino como guía y sostén de su desenvolvimiento, dentro y fuera del núcleo primario.

De igual forma es importante la capacitación para el trabajo que tenga el individuo, lo que por supuesto va a depender del curso de la enfermedad y de las características especiales que presente cada uno.

Los pacientes estudiados en esta investigación tienen en su totalidad esquizofrenia paranoide crónica, algunos de ellos ya son seniles y, por lo tanto, sus capacidades se encuentran mermadas por el deterioro sufrido; no obstante esto, algunos desarrollan actividades como el de coser, bordar o tejer, o por ejemplo otros llevan a cabo terapias de dibujo, lo cual, aunque no les ayude a subsistir en el exterior de la institución, si les permite estar activos y retardar en parte su deterioro y demenciación. Prácticamente estos pacientes seguirán requiriendo la atención asistencial por lo que les reste de vida.

El Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1995, establece que la rehabilitación integral del paciente psiquiátrico "...es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo que le permita superar o disminuir desventajas, en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, la participación en actividades laborales remuneradas y en la vida socio cultural del medio natural".

Además agrega que, la rehabilitación se deberá desarrollar en los términos de las necesidades particulares de cada paciente, teniendo participación en esta labor todo el equipo interdisciplinario de salud, la familia, y la comunidad en general, haciendo énfasis en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las que comprenderán tanto actividades que se desarrollen dentro del hospital, fuera de él, o bien de una forma combinada.

Puesto que la esquizofrenia paranoide se manifiesta como una enfermedad integral en el individuo, afectando muchas de las esferas de su personalidad, la rehabilitación y readaptación del mismo debe de orientarse en esa misma tendencia, de forma integral. Así pues, la atención debe proporcionarse tomando en cuenta aquello en lo que es más vulnerable el paciente, procurando reforzar estos puntos, pero en sentido positivo.

De igual manera se procede en cuanto al aspecto criminológico, puesto que, en la personalidad del individuo existen áreas de conflicto, donde se puede determinar orígenes de ciertas conductas hostiles o agresivas al medio; así pues, trabajar reforzando positiva o negativamente estas actitudes, se puede transformar paulatinamente la conducta del individuo, lo que sería ideal, trabajando a través de terapias psicológicas, tratamiento farmacológico y actividades rehabilitatorias dentro del núcleo social idóneo.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados y el análisis del presente estudio, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.- Por la manifestación en si de la enfermedad mental del esquizofrénico paranoide, éste es proclive a realizar conductas antisociales, puesto que su sintomatología lo puede predisponer en ese sentido: tal como los delirios estructurados o alucinaciones auditivas, entre otros; por lo tanto debe estudiarse su perfil criminológico desde el punto de vista tridimensional, esto es biopsicosocial.
- 2.- Al esquizofrénico paranoide se le dificulta la interacción con otras personas, entiéndase familia y grupo social, puesto que pueden ser características del individuo el ser aislado, retraído y negativista; remarcándose aún más esta situación por la propia familia y la gente que lo rodea.
- 3.- Como se demostró en la investigación, la familia del esquizofrénico paranoide empleado en la muestra, es un núcleo caótico, desorganizado, a veces incompleto y disfuncional, donde la afectividad no es muy palpable y las oportunidades de desarrollo de sus integrantes, restringidas.
- 4.- El medio ambiente en el que se desenvuelve el esquizofrénico paranoide de la muestra es, eminentemente, de características criminógenas, donde los patrones culturales y de convivencia se ven afectados por la desorganización y poca contención de sus integrantes; lo que reproduce a la larga un medio enfermo, con pocas opciones de un nivel de vida aceptable, y donde la realización de las conductas antisociales es reiterada y, hasta cierto punto, común.
- 5.- En cuanto a la dinámica criminológica que se genera en el acto lesivo realizado por el esquizofrénico paranoide de la muestra empleada, podemos decir que, sobresalen las conductas antisociales que atentan contra la vida y la integridad corporal, por el número de casos que se reportó, siendo una cifra significativa dirigida en contra de algún familiar; llevándose a cabo éste hecho, aproximadamente, cuando el individuo contaba con una edad entre los 26 y 30 años;

existiendo un porcentaje elevado de aquellos que utilizaron un instrumento encontrado en escena, esto en relación a que la mitad de los casos se realizaron sin mediar, aparentemente, motivo alguno, es decir, impulsivamente, sin una premeditación.

Es conveniente señalar que, de igual forma, el esquizofrénico paranoide, en más de un 90% actuó solo, mostrando indiferencia en más del 50% ante el acto cometido.

6.- Como se expuso en el presente trabajo, la esquizofrenia paranoide en sí va a actuar como factor predisponente en la realización de la conducta antisocial, por la sintomatología tan característica que presenta, pero sólo se va a manifestar la comisión del acto lesivo cuando existan elementos de naturaleza exógena (factores preparantes), que lo condicionen en ese sentido, además de aquellos de naturaleza mixta, que desencadenen la situación, la inhiban o la activen.

De esta forma, al existir una enfermedad mental, en este caso la esquizofrenia paranoide, no predispone fatalmente al que la padece a realizar actos lesivos; solamente éstos se manifestarán cuando prevalezcan las condiciones necesarias para su comisión.

Así pues, podemos decir que, dependiendo de los factores criminógenos que intervengan e interactúen en el desarrollo de un individuo esquizofrénico paranoide, será la peligrosidad que manifieste el mismo ante circunstancias concretas.

7.- Puesto que la realidad social es cambiante, es prioritario adecuar los ordenamientos jurídicos a las necesidades del aquí y ahora del grupo social que la conforma, porque de no ser así, se ven rebasados por la historia, y con el paso del tiempo, sus disposiciones se convierten en obsoletas, sin ninguna relación con la realidad actual.

Esto se ve reflejado en la legislación penal referente a los enfermos mentales en México, D.F., puesto que al no entender en esencia lo que es el trastorno mental, difícilmente se puede reglamentar lo referente a las posibles repercusiones criminológicas que pueden existir, producidas por quienes las padecen.

Así pues, es necesaria una reforma de fondo, con base en sustentos técnicos, médico psiquiátricos, sobre la regulación penal del enfermo mental en la legislación mexicana; procurando aportar opciones más viables y reales respecto a una prevención (para la no reincidencia), rehabilitación y readaptación social, jurídica y criminológica del enfermo mental que ha realizado conductas antisociales; y no solo represivas y de segregación social.

8.- Es necesario hacer valer en todo momento los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, ya que de esta forma se atenderá a que se les proporcione una vida más digna, y así, al conocerlos más la sociedad y comprender su problemática, se disminuirá en gran medida la reincidencia criminológica; siendo el primer paso, en este caso, el de la difusión de la información respecto a sus garantías fundamentales.

9.- En la dinámica de los sucesos victimológicos, se contempla que, en muchos casos, el esquizofrénico paranoide es la primera víctima en tiempo, por existir una agresión y hostilidad reiterada anterior hacia él; para después tornarse, por las circunstancias y factores diversos que intervienen, en victimario. Ejerciendo, en este sentido, la víctima segunda la propiciatoria: esto es, dentro de la clasificación de las víctimas, "víctima más culpable que el victimario".

10.- La rehabilitación y readaptación social del esquizofrénico paranoide, debe de responder en todo momento a las causas que dieron origen a su problemática actual; esto es que, al ser la enfermedad mental, y las repercusiones de la misma en el individuo y en la sociedad, de origen multifactorial, el tratamiento médico, psicológico, social, jurídico y criminológico que se le otorgue deberá de estructurarse, de manera tal, que contrarreste, en medida de lo posible, las causas principales de conflicto de la personalidad del individuo; lo cual debe de entenderse integralmente. Inclusive, debe extenderse la atención a la familia del esquizofrénico, y el tratamiento de éste no debe ser necesariamente de internamiento en una institución.

11.- Para nuestro punto de vista, decimos que, es necesario abocarse más a la creación de planes para la prevención de conductas antisociales, y menos para la represión jurídica del individuo, puesto que así se podría disminuir la reincidencia en la comisión de las mismas, que

algunas veces se ven incrementadas por los medios familiares y sociales disfuncionales que van condicionando el hecho y, por otra parte, un pobre control del padecimiento mental, que lo predispone.

12.- Es necesario que las instituciones y órganos gubernamentales instrumenten programas de educación sobre la salud y enfermedad mental, así como deben idear los mecanismos adecuados para su difusión a todos los niveles sociales pero, en específico, a los estratos socioeconómicos más bajos; para que con ésto, se implemente una cultura respecto al enfermo mental, y sus derechos fundamentales se vean respetados; así como el implementar programas de apoyo a las familias a las que pertenecen, para que se integren y sean más funcionales, actuando de esta forma como un elemento preventivo en cuanto a la comisión de conductas antisociales del esquizofrénico paranoide en particular, pero de todo enfermo mental, en general.

BIBLIOGRAFIA

DOCTRINA

- DORADO MONTERO, P. Bases para un Nuevo Derecho Penal. Ed. Depalma, Buenos Aires, 1973. 171 pp.
- FONTAN BALESTRA, C. Derecho Penal. Introducción y parte general. 12a. ed. Ed. Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1989. 750 pp.
- FOUCAULT, M. Enfermedad Mental y Personalidad. Ed. Paidós Studio, México, D.F., 1992, 122 pp.
- GOLDMAN, H. H. Psiquiatría General. 2a. ed. Ed. Manual Moderno, S.A., México, D.F., 1989, 736 pp.
- GRANDINI GONZALEZ, J. Medicina Forense. Ed. Joaquín Porrúa, México, D.F., 1989, 192 pp.
- JIMENEZ DE ASUA, L. El Criminalista. 2a. ed. Ed. Cárdenas Editor y Distribuidor, México, D.F., 1989, Tomo I, 295 pp.
- KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. Compendio de Psiquiatría. 2a. ed. Salvat Editores, México, D.F., 1987, 979 pp.
- KOLB, L. C. Psiquiatría Clínica Moderna. 5a.ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.D.F., 1976, 835 pp.
- LAING, R. D. Esquizofrenia y Presión Social. 4a ed. Tusquest Editores, Barcelona, 1981 (c 1972), 80 pp.
- LOPEZ-REY, M. Criminología. Tomo I y II, Ed. Aguilar, Madrid, 1981, 580 y 412 pp.
- MARCHIORI, H. Psicología Criminal. 6a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F., 1989, 305 pp.
- _____. El Estudio del Delincuente. 2a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F., 1989, 236 pp.
- MENDEZ RAMIREZ, I. El Protocolo de Investigación. 2a. ed. Ed. Trillas, México, D.F., 1990, 210 pp.
- OLIEVENSTEIN, C. El Yo Paranoico. Ed. Paidós Contextos, Barcelona. 1993, 150 pp.
- PATIÑO, J.L. Psiquiatría Clínica., Salvat Editores. México, D.F 1981, 385 pp.

QUIROZ CUARON, A. Medicina Forense. 4a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F., 1984, 1123 pp.

RODRIGUEZ MANZANERA, L. Criminología. 8a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F., 1993, 546 pp.

_____. Victimología. 2a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F., 1990, 432 pp.

SLUCHEVSKI, I.F. Psiquiatría. Ed. Grijalbo, México, D.F., 1960, 444 pp.

TIEGHI, O. Tratado de Criminología. Ed. Universidad, Buenos Aires. 1989, 589 pp.

ZAFFARONI, E.R. Manual de Derecho Penal. 6a. ed. Ed. Ediar, Buenos Aires, 1988, 820 pp.

LEGISLACION CONSULTADA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 94a. ed. Ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F. 1994. 133 pp.

Código Penal. Para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal. 52a. de., Ed. Alianza, México, D.F. 1994. 305 pp.

Código de Procedimientos Penales para el D.F. 45a. ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F. 1993. 1217 pp.

Código Federal de Procedimientos Penales. 8a. ed. Ed. Alianza. México, D.F. 1993. 257 pp.

Ley General de Salud. 9a ed. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F. 1994. 1043 pp.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Ed. Porrúa, S.A.de C.V., México, D.F. 1994. 31 pp.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Secretaría de Salud. D.O. 16 de noviembre de 1995.

ECONOGRAFIA

Carpenter W.T. & R.W. Buchanan. 1994. Medical Progress: Schizophrenia. In: The New England Journal of Medicine. Review Articles. 330 (10) : 681-690. Mass. USA.

OTRAS FUENTES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DMS-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales. Barcelona, Ed. Masson, S.A., 1988. 660 pp.

COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Normas Nacionales e Internacionales Relativas a Enfermos Mentales e Inimputables. México, D.F. 1994. 99 pp.

Programa para la Atención de los Enfermos Mentales e Inimputables Internados en Centros de Reclusión. México, D.F. 1992. 28 pp.

OMS. CIE 10 Transtornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid, Ed. MEDITOR, 1992. 424 pp.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica. Secretaría de Salud. D.O. 7 de febrero de 1995.