

13
2es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

**EL PERFIL DEL ENFERMO MENTAL EN
RECLUSION**

AMADOR JIMENEZ FRANCISCO

Nº DE CUENTA: 7725002-3

JAIME QUIROZ MA. JOSEFINA

Nº DE CUENTA: 7864557-6

ASESOR:

MTRO. ARTURO SILVA RODRIGUEZ

VOCAL:

MTRO. LUIS FERNANDO GLZ. BELTRAN

SECRETARIO:

LIC. NORMA A. LOZANO AGUILAR

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

78647 02



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

El trato que deben recibir los adultos inimputables en los Centro de reclusión, es aquel que merece cualquier ser humano, sea cual fuere su condición social, cultural y su estado personal; es decir, un trato que se reduce a un solo e insustituible concepto: DIGNIDAD.

DR. CARLOS TORNERO DIAZ.

Agradecimientos

Al Dr. Carlos Tornero Díaz

Con eterno agradecimiento por su confianza, su valioso apoyo y ejemplo en el desarrollo profesional y humano.

Al Lic. Jaime Álvarez Ramos

*Por otorgarnos el apoyo y estímulo para la
realización este trabajo.*

Dedicatorias

A mis Padres:

Por su confianza y apoyo

A mi Esposa:

Por su paciencia y estímulo

A mis Hijos:

Por ser la razón más importante para crecer como ser humano y profesional

Francisco Amador Jiménez

A la Lic. Josefina Jaime Quiroz

*Por haberme permitido trabajar con ella
en este proyecto, sus comentarios y
experiencias.*

Al Mtro. Arturo Silva Rodríguez

*Por haberme guiado y permitir
exteriorizar esta valiosa información a
otros colegas de nuestra querida escuela y
universidad.*

Dedicatorias

A la mis Padres

Con eterno agradecimiento por la motivación y apoyo que siempre me han brindado de manera incondicional.

De manera especial a mi madre, que ha estado a mi lado en todo momento, impulsándome a seguir adelante.

A mis Hijos

Martha Angélica, Claudia y Jorge, por su comprensión y apoyo, quienes han sido y serán la razón no solo de mi superación, sino de mi existir.

A Job y a Sofía

Por otorgarme su afecto y respeto.

Dedicatorias

A Martha Andrea, Maryjose y Job Iván

Quienes me han dado la oportunidad de conocer una faceta más del amor y por constituirse en un motivo más, para alcanzar nuevas metas.

A Francisco

Mi compañero de tesis y de trabajo, por su paciencia y la gran amistad que nos une.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el establecimiento del Perfil del Enfermo Mental en Reclusión.

El marco teórico, analiza los factores biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental, así como el marco jurídico, considerando en este los documentos nacionales e internacionales que regulan lo referente al enfermo mental, tanto en el aspecto legal, como en lo que a trato y tratamiento se refiere, así mismo el Sistema Penitenciario Mexicano, considerando en este tema la historia de las cárceles en México y la presencia de los enfermos mentales en éstas

La información se obtuvo directamente de los expedientes de cada uno de los internos, los cuales se registraron en las cédulas de identificación, que se enviaron a los diferentes centros de reclusión. Posteriormente se realizó el vaciado de datos en las diferentes tablas, mediante las cuales se realizó el análisis

En cuanto a los resultados, estos muestran los datos más relevantes en el aspecto jurídico, social, de diagnóstico y tratamiento.

En las conclusiones se explican las diferentes variables que se observan en los resultados, y se establece el Perfil del Enfermo Mental en Reclusión

En el presente proyecto, se investigó a la población de enfermos mentales e imputables, que se encontraban reclusos en los diferentes Centros de Readaptación Social de la República Mexicana, incluyendo el Hospital Campestre "Samuel Ramírez Moreno" y la Colonia Penal Federal de "Islas Marias", durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1996

Inicialmente se pretendió investigar una muestra de 1543 internos, sin embargo, no todos los Estados proporcionaron información, por lo que la muestra se redujo a 1004 casos, y que fueron registrados a través de la Cédula de Identificación

Finalmente, se proponen nuevas líneas de investigación acerca de este tipo de población

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
 CAPITULO I	
1 SALUD MENTAL	3
1 1 ANTECEDENTES	3
1.2 DEFINICION DE SALUD MENTAL	5
2 ENFERMEDAD MENTAL	7
2.1 FACTORES BIOLOGICOS	9
2.1.1 ASPECTOS ENDOCRINOLOGICOS	10
2.1.2 LESIONES	11
2.1.3 INFECCIONES	12
2.1.4 TRAUMATISMOS	12
2.1.5 ETIOLOGIA Y PATOGENIA	13
2 2 FACTORES PSICOLOGICOS	14
2 2 1 TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL	16
2 3 FACTORES SOCIALES	18
3 CONDUCTA Y PERSONALIDAD ANTISOCIAL	19
3 1 PERSONA ANTISOCIAL SOCIOPATA	20
3 2 PERSONA SOCIOPATA DISOCIAL	20
 CAPITULO II	
1 GENERALIDADES SOBRE DERECHO PENAL	26
1.1 DESARROLLO DEL SISTEMA PENAL	26
1.2 ESCUELAS PENALES	29
1.2 1 ESCUELA CLASICA	29
1 2.2 ESCUELA POSITIVA	30
1 2 3 TENDENCIA ECLECTICA	31

2	DELITO	31
2.1	DELINCUENTE	34
3	CULPABILIDAD	36
3.1	IMPUTABILIDAD	36
3.2	RESPONSABILIDAD	37
3.3	INIMPUTABILIDAD	38
4	PENOLOGÍA	39
4.1	LA PENA	40
4.1.1	CARACTERISTICAS DE LA PENA	41
4.1.2	INDIVIDUALIZACION DE LA PENA	41
4.2	LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD	42

CAPITULO III

1	MARCO LEGAL DEL ENFERMO MENTAL EN RECLUSION	44
2	DOCUMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES	46
2.1	DOCUMENTOS INTERNACIONALES	47
2.2	DOCUMENTOS NACIONALES	68

CAPITULO IV

1	SISTEMA PENITENCIARIO	83
1.1	RESEÑA HISTORICA	83
2	EL ENFERMO MENTAL EN RECLUSION	90
2.1	EL ENFERMO MENTAL EN RECLUSION EN MEXICO	92

CAPITULO V

1.	RESULTADOS	97
2	METODOLOGIA	100
2.1	TIPO DE DISEÑO	100
2.2	VARIABLES	100
2.3	SUJETOS	101

2.4	MUESTRA Y POBLACION	101
2.5	PERIODO DE EVALUACION	102
2.6	INSTRUMENTO	102
2.7	CONFIABILIDAD	103
2.8	ESCENARIO	103
2.9	TRATAMIENTO ESTADISTICO	104
	CONCLUSIONES	105
	BIBLIOGRAFIA	109
	APENDICE	111
	TABLAS DE RESULTADOS	
	TABLAS DEL PERFIL	
	GRAFICAS	
	PROYECTO DE INVESTIGACION	
	CEDULA DE IDENTIFICACION	

INTRODUCCION

En el proceso histórico del Sistema Penitenciario, se han venido efectuando una serie de cambios evolutivos tanto en la infraestructura, como en los grupos de seres humanos que por diversas conductas tipificadas como delitos, son aislados dentro de lo que conocemos como la prevención primaria, en la búsqueda del bien común del estado de derecho, que en nuestra sociedad se ha dado

Esta evolución es en ambos sentidos, ya que las instituciones se planean y construyen con la finalidad de resolver la problemática existente en ese momento, ya sea de sobrepoblación o por el deterioro de las instituciones, que provocan inseguridad de las mismas, así como condiciones de riesgo a la salud de los internos; éstas se van creando con una visión modernizadora para dignificar la calidad de vida de los sujetos que albergan éstas. sin embargo, en poco tiempo son rebasadas, ya que con el incremento de la población a nivel nacional, aunado a la falta de seguridad pública, se ha desarrollado un alto índice de criminalidad, lo que conlleva a que los centros de reclusión, dejen de cumplir con los objetivos para las que fueron creados.

No debemos de pasar por alto que nuestro Sistema Penitenciario, se enmarca dentro de la concepción ideológica de la Ilustración e Iluminismo, los cuales aportaron elementos para humanizarlo.

Es notorio el deterioro tanto físico como mental, de los seres humanos que son privados de su libertad y que en esas condiciones de vida, se exagera la patología de los sujetos susceptibles de desajustes emocionales, durante el proceso de prisionalización, además debemos considerar a los individuos que ingresan con una enfermedad mental ya detectada.

Los enfermos mentales e inimputables en reclusión, se constituyen en una población marginada y estigmatizada, ya que por carecer los centros de reclusión de personal especializado, de planes y programas para su atención y tratamiento, así como de los espacios idóneos para su ubicación, su calidad de vida es poco digna, ya que en ocasiones permanecen aislados en las áreas de segregación por tiempo indefinido y en otras deambulando entre la población general, convirtiéndose en víctimas de agresiones físicas, sociales y en ocasiones sexuales

Este abandono, no es solo a nivel institucional, sino familiar siendo estos factores algunas de las múltiples causas que generan su deterioro progresivo, tanto físico como mental, en algunos casos llegando a la cronicidad. hasta llegar a ser sujetos que requieren de una atención de tipo asilar

Por lo anteriormente expuesto, esta población se va incrementando en los diferentes penales, limitándose

las expectativas tanto de vida, como de reincorporación a un medio social externo, generando un costo sustancial en lo político, económico y social a la Nación

Es así que los profesionistas del área de la salud y de las ciencias sociales, específicamente los psicólogos, no pueden dejar de incidir en la solución de esta problemática, la cual se debe abordar desde la investigación, misma que debe generar conocimientos para ser aplicados en la atención que requiere esta población

El objetivo del presente trabajo, consiste en establecer el Perfil del enfermo mental e inimputable en reclusión, así como conocer de la realidad penitenciaria el número y características de este grupo

El reporte de investigación, está organizado de la siguiente forma: en la primera parte se habla del marco teórico, se hace una revisión de los conceptos referentes a la salud mental y a los factores bio-psico-sociales que intervienen, así como se define y diagnostica un trastorno o enfermedad mental.

Se presentan los conceptos legales referentes al caso, en especial lo concerniente a la inimputabilidad, así como una reseña del marco legal del enfermo mental en reclusión, donde se señalan documentos nacionales e internacionales que regulan el trato y tratamiento, se incluye además la referencia del sistema Penitenciario y su evolución con la atención que se ha ofrecido a este tipo de internos, actualizándolo hasta nuestros días, con la visión de trabajo que se lleva a cabo en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial

En la Metodología, se explica el procedimiento que se llevó a cabo para realizar la investigación, la cual consistió en la aplicación de un cuestionario encuesta (Cédula de identificación), a un total de 1004 internos que se encontraban en diferentes centros penitenciarios del interior de la República, considerados como enfermos mentales o inimputables

Por último, en el capítulo de Resultados se plasman los datos obtenidos y en el de Conclusiones, se presenta un análisis de los mismos, donde se destaca información relevante con respecto a este tipo de internos, así mismo, se mencionan las posibles alternativas para el desarrollo de investigaciones posteriores que se desprendan del presente trabajo

¡CAPITULO I

1. SALUD MENTAL

A través del tiempo, el concepto de "normal", ha sido utilizado como sinónimo de salud por la mayoría de las personas, y es así que en los diccionarios, la palabra "normal", se define como el promedio de lo que no se desvía de cierto valor medio

Al referirnos al ser humano, la variación biológica constante de sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas no admiten un modelo fijo, ya que al hablar de "normal" hay una gran cantidad de variables como peso, estatura, presión arterial, inteligencia, agudeza visual y auditiva, etc., sin embargo, cuando una característica estructural o funcional, se desvía significativamente de lo normal, y presenta síntomas no usuales e inconvenientes, la variación pasa a constituir una "anormalidad" En el paso de lo normal a lo anormal, se puede dar de una forma lenta o brusca, sin que en ocasiones se delimite una frontera nítida, y resulta aún más complicada esta delimitación en el aspecto social, ya que las variaciones sociales o ambientales de lo que es considerado normal en un lugar, puede ser anormal en otro, es así que mientras más complejas son las interacciones, más complejo será definir el concepto de normal y anormal

Desde el punto de vista sociológico, un comportamiento normal en sociedad es el que corresponde al modelo impuesto, es decir, el esperado por un tipo de estructura social determinada, a la inversa, un comportamiento anormal, es aquel que corresponde a necesidades diferentes a las que dominan en lo social

Se ha denominado anormal a todos los procesos que se presentan en la sociedad y que tienden a disminuir su equilibrio, reduciendo así las posibilidades de sobrevivencia de la especie humana, aunque no hay que perder de vista las metas que se persiguen, ya que las ventajas de un grupo pueden ser políticas o económicas y no necesariamente positivas para los demás miembros de la sociedad

1.1. ANTECEDENTES.

Un criterio común para determinar lo anormal, es el considerar las conductas patológicas como desviaciones. Los conceptos han variado a lo largo de la historia, ya que la enfermedad es una experiencia en la existencia humana y en los diferentes periodos de la civilización ha habido variaciones sobre aquello que perturba la salud, sin embargo, dos puntos de vista han predominado a través de la historia

El primero hace énfasis en la discontinuidad y afirma que la persona normal está separada de la anormal

y no se colocará una, en el lugar de la otra

El segundo establece que hay una continuidad entre lo llamado saludable y patológico, es decir, los límites entre estas dos situaciones no pueden ser distinguidas más que con una demarcación relativa

La teoría de la discontinuidad presenta su base en la concepción anatómica de la enfermedad y desde los estudios de los embalsamadores en Egipto, llegando al apogeo de la escuela griega de Alejandría, los estudios de Galeno y la actitud filosófica de Platón y Aristóteles destruyeron el temor mágico religioso a la disección del cuerpo humano, pero con los romanos, una nueva era de superstición y respeto hacia los cadáveres reapareció y las disecciones cesaron hasta el Renacimiento, período en donde los estudios sobre la naturaleza del hombre, llevados a cabo por Leonardo Da Vinci y sus observaciones anatómicas, intentaron descubrir las estructuras y texturas de los tejidos y además profundizó al tratar de explicar las causas de la morfología

Con la publicación del libro "Fábrica" en 1549, Andreas Vesalio abrió un nuevo camino a la ciencia anatómica, ya que muestra al cuerpo humano en su totalidad y no presenta los órganos aislados sino que los integra. Para Vesalio, el cuerpo humano es acción y debe ser estudiado desde el punto de vista de su funcionamiento. En "Fábrica", el sistema nervioso es contemplado en láminas totales, haciéndolo ver como una unidad.

En 1761 la publicación de "El lugar y las causas de la enfermedad investigada a través de la Anatomía" de Morgagni, dio lugar a un cambio de actitud. A partir de este libro se ve el nacimiento de la Patología y de la Clínica como ciencias. La búsqueda del elemento etimológico era el hecho esencial de la investigación, llegando a correlacionar los síntomas con la lesión encontrada.

La teoría de la discontinuidad entre lo normal y lo anormal, encontró un gran número de seguidores entre los especialistas en enfermedades del sistema nervioso, quienes trataron de encontrar elementos que sustentaran sus especulaciones, postulando la existencia de cambios encefálicos que explicaran las desviaciones de la conducta que observaban. Cuando se demostró de una manera concluyente que la parálisis general progresiva era resultado de una infección del sistema nervioso, dio lugar a los absolutistas la idea de que algún día todas las neurosis y psicosis no serían otra cosa que enfermedades del cerebro.

La teoría de la continuidad entre lo anormal y lo normal se vio reforzada en la segunda mitad del siglo XVIII, al observarse que los fenómenos anormales podían inducirse en personas aparentemente sanas.

A mediados del siglo XIX, Claude Bernard, utilizó el pensamiento analítico y experimental para

demostrar que el mismo proceso vital se presenta tanto en la salud, como en la enfermedad y que las diferencias son cuantitativas. A una conclusión semejante llegó Freud, al deducir que existe una continuidad entre el individuo normal y el patológico y que entre ellos, solo se pueden observar grados de diferencia.

1.2 DEFINICION DE SALUD MENTAL .

Salud y Enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica y son la resultante del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente, por lo tanto, un individuo "sano" es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social en un ambiente determinado, incluyendo las variaciones, de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

La noción de salud, es un estado compensado o de equilibrio dinámico, ya que el organismo tiene la posibilidad fisiológica de que una agresión externa quede limitada y no alcance a provocar un desequilibrio que se llama enfermedad.

La enfermedad, es pasar por un estado patológico que expresa desequilibrio, una descompensación ante una intolerancia a los agentes agresores externos. La descompensación, implica que los mecanismos con los que el organismo hubiese podido contrarrestar la agresión actúan de modo negativo, amplificando los fenómenos patológicos.

La salud, debe de estar acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre para disfrutar del bienestar, y a su vez contribuir al progreso social.

El concepto de salud es dinámico e histórico, y cambia de acuerdo a la época y a las condiciones de vida de los grupos. De aquí que la idea que a veces tienen los grupos acerca de la salud no es siempre la correcta, ya que está limitada por el marco social.

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la *Salud* "es un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez". Asimismo, *Enfermedad*, es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo. Una falla en los mecanismos de adaptación del organismo y falta de reacción a los estímulos exteriores expuestos, que producen una perturbación de la fisiología y/o anatomía del individuo.¹

¹ San Martín, Hernán. *Salud y Enfermedad*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1990.

Hay diferentes factores ecológicos relacionados con las condiciones que propician el equilibrio salud – enfermedad, tales como.

- Bajo nivel en las condiciones de vida, como. miseria, desnutrición, falta de higiene y cultura sanitaria
- Cuando el ambiente de trabajo es propicio a accidentes y condiciones difíciles de empleo
- La falta de relación entre la madurez social y la madurez biológica, genera en ocasiones problemas de personalidad
- La presencia de tensiones psicológicas como es el estrés agradable o desagradable del medio.
- El desequilibrio psicosocial, está dado por la dificultad para adaptarse a los cambios de la misma relación de normas y valores
- Factores sociales, como densidad de población, competencia, aumento de violencia y agresividad.
- Disminución en la cohesión de los grupos sociales, la familia, prejuicios raciales, identificación de *status*, etc

Por lo tanto, la salud es única en el individuo y se demuestra que los factores psicológicos afectan la salud física generando toda la patología llamada psicósomática, y al contrario, las alteraciones físicas del organismo van a provocar alteraciones mentales diversas, desde la simple regresión psicológica tan frecuente en los pacientes generales a cuadros complicados con alteraciones conductuales, propiciadas por el hipertiroidismo y perturbaciones mentales, derivadas de la patología encefálica. Asimismo, tanto la salud física como la salud mental, están condicionadas por las circunstancias socioculturales que rodean al individuo.

El concepto específico de salud mental, ha tenido diferentes acepciones. El emitido en el Segundo informe del Comité de Expertos de la O.M.S. que esencialmente dice: “la salud mental implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las

modificaciones de su ambiente físico, social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”

Erich Fromm dice “La salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentido de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la percepción de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón”

Asimismo la definición del Dr. Héctor M. Cabildo dice. “...Una buena salud mental, es un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre su realidad interna y externa, que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a la vida, con relaciones personales empáticas, productividad, objetividad, libertad y ponderación del juicio, estabilidad y positividad del comportamiento, congruente con su cuadro de valores humanos; capacidad en su oportunidad biológica y social, de integrar una pareja amoroso-sexual satisfactoria y estable, con una persona del sexo opuesto”²

2. ENFERMEDAD MENTAL.

Como es de suponerse, al ver las definiciones, no todos los individuos pueden alcanzar los niveles de salud descritos. Entre este punto de referencia y el correspondiente a un oligofrénico profundo o a un esquizofrénico muy deteriorado, hay toda una serie de grados intermedios, que conforman una curva de distribución en campana, tal como ocurre con la distribución de casi todos los fenómenos de la colectividad.

En estas circunstancias, es más conveniente hablar de grados de salud mental o de salud mental buena, regular o mala y no de salud mental, como si fuera un valor tajante, que se tiene o no se tiene.

La salud mental no es una condición estática, sino está sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales, al igual que en el caso de la salud física, una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente, es el concepto de salud mental e implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros, y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social o de contribuir a éste de modo constructivo, lo que implica que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa para realizar sus potencialidades.

El estado actual de la investigación psiquiátrica, no permite conclusiones definitivas acerca de la naturaleza del aspecto biológico de las alteraciones psíquicas, porque falta aún demostrar la naturaleza del *psiquismo* considerado normal. La inespecificidad etiológica de las llamadas psicosis, indica la

² M. Cabildo, Héctor. Salud Mental. Enfoque Preventivo, México, 1991. Pág. 23

complejidad del problema fisiopatológico.

Desde el punto de vista biológico, una función psíquica humana, sucede sobre bases fisiológicas, no hay un fenómeno de conciencia sin un objeto o proceso que lo revele, este proceso reside en el cerebro, pues a éste llegan todos los estímulos que el cuerpo recibe. Lo que revive a través de la conciencia, es el producto de la elaboración cerebral que puede modificar las cosas y éste refleja al mundo externo, lo que producen los estímulos.

La conciencia que es lo psíquico en su mayor pureza, no existe en el hombre, sino en función de un proceso cerebral, si éste se altera, se altera la conciencia y si éste desaparece, desaparece aquella.

Se habla de dos teorías para el estudio de la salud mental.

Las teorías organicistas son de base materialista y sostienen que las células del cerebro se relacionan entre sí y actúan como un todo, no dispersan ni fragmentan el conocimiento. Por ser elementos activos como toda materia, las células cerebrales, operan en conjunto y coordinan y unifican los diversos datos recibidos por los sentidos y por los centros nerviosos. El resultado de esta actividad colectiva de las células del cerebro y de otros elementos que lo constituyen, no pueden ser explicados estudiando por separado la actividad o las propiedades de sus componentes. El reflejo de la realidad, surge de la actividad cerebral llamado conocimiento, y es un producto que supera las propiedades de los elementos constituyentes de este órgano.

El hombre es una unidad cuerpo - mente, es una organización de estructuras y funciones unidas en una sola personalidad. El cerebro por sí solo, no determina la totalidad del pensamiento, todos los órganos desempeñan un papel importante en el proceso mental.

El organismo es un mecanismo integrado y unitario, es una unidad psicósomática.

Dentro de la teoría organicista, está la orientación Psicobiológica Unitaria de los trastornos mentales, ésta sostiene que pueden comprenderse todas las manifestaciones psicopatológicas como expresiones de anomalías específicas de las funciones neurofisiológicas, por ejemplo, señalan que los trastornos son resultado de deficiencias de una vitamina o mineral esencial para la neurotransmisión de un exceso o falta de algún compuesto endógeno.

Para el clínico, que basa su trabajo en su teoría unitaria, es menos importante diagnosticar trastornos específicos que identificar la anomalía básica y observar su efecto sobre el individuo, la finalidad será corregir el defecto.

2.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Disfunciones Neuroquímicas

Las investigaciones en las neurociencias básicas, con observaciones de la conducta humana normal y anormal, se han centrado sobre la investigación de las vías neuroquímicas en el cerebro. así como en la clasificación de los subtipos receptores de cada neurotransmisor, en la investigación continua de la fisiología y la función que tienen en la conducta, los llamados péptidos neuroactivos

La unidad básica más importante de transmisión de los impulsos nerviosos en el sistema nervioso central, es la *sinápsis*, área especializada de contacto entre las células nerviosas, que permite que ocurra la comunicación interneuronal.

Existen tres tipos de sinápsis

- a) Sinapsis química. emplea un mensajero químico que libera la neurona presináptica cuando se estimula. Una vez en el surco *sináptico*, este producto químico puede actuar sobre los receptores localizados sobre las membranas de las células postsinápticas. Los efectos de esta interacción del receptor pueden ser estimuladores o inhibidores; sin embargo, en el sistema nervioso central, son los efectos combinados de los estímulos múltiples de una sola neurona de lo que depende su funcionamiento real.
- b) Sinapsis eléctrica: Su función no ha sido dilucidada aún.
- c) Sinapsis conjunta: opera por transmisión, tanto química como eléctrica de los impulsos nerviosos.

Las investigaciones recientes sobre la biología de los trastornos de la conducta, se han centrado sobre las anomalías de la regulación o la transmisión química

Otros estudios, se centran en el papel del comportamiento de los iones en la regulación de la función celular, esto es importante en la comprensión de los mecanismos de la conducta patológica, por ejemplo, los cambios en la concentración de calcio (Ca^{+2}) extracelular, han sido implicados en los cambios de estado de ánimo en pacientes con trastorno afectivo bipolar

Otras sustancias como la dopamina, desempeñan una función en los trastornos afectivos, una de las hipótesis plantea que las concentraciones de la misma son bajas en pacientes deprimidos, sobre todo en los que presentan retraso motor importante y otra de las hipótesis plantea que las concentraciones, son elevadas en casos de manía

Por otra parte, la serotonina es tema central de investigaciones psiquiátricas, ya que se le ubica como un neurotransmisor cerebral y su desequilibrio implica alteraciones fisiopatológicas. Se cree que esta sustancia desempeña una función en los ritmos biológicos, la percepción del dolor, la actividad motora, el humor, etc. Se le atribuye una función en el origen de las enfermedades afectivas. La psiquiatría tradicional, señala que la depresión se acompaña de concentraciones bajas de serotonina y la manía de concentraciones elevadas.

2.1.1 ASPECTO ENDOCRINOLOGICO

Los mensajeros químicos clásicos del sistema endócrino son las hormonas, y actúan como señales químicas que se liberan hacia la circulación general que pueden ejercer efectos locales cercanos a su sitio de liberación o efectos en sitios distantes en el cuerpo.

Las tres clases estructurales principales de hormonas son: esteroides, péptidos y aminoácidos.

Las hormonas peptídicas, son las de mayor relación con la conducta.

Los péptidos coexisten con las aminas biógenas en las terminales presinápticas, es decir, son cotransmisores y se liberan junto con las aminas biógenas cuando se estimulan las neuronas que los contienen.

Dada su importancia para la conducta humana tanto normal como anormal, se cree que es básica la relación entre estas dos clases de compuestos.

La depresión mayor es la enfermedad con más anomalías neuroendócrinas claramente definidas, la anorexia nerviosa es un síndrome común y se caracteriza por anomalías de esta etiología.

Las secreciones excesivas o insuficientes de la glándula tiroides pueden producir trastornos de la conducta.

En la primera mitad del siglo XIX, Robert Graves, médico irlandés, descubrió la enfermedad llamada hipertiroidismo, que consiste en una excesiva secreción de la hormona llamada tiroxina, la que acelera los procesos metabólicos produciendo estados de aprehensión, agitación e irritabilidad: durante este proceso, el ritmo del pensamiento se acelera y éste puede volverse confuso.

El hipotiroidismo, provoca en los adultos un estado llamado mixedema, el cual es una deficiencia en la

secreción de la hormona tiroidea. Los procesos metabólicos se hacen más lentos lo mismo que el habla y el pensamiento. el individuo controla mal sus emociones y se siente fatigado. se mueve lo menos posible y pierde interés en lo que ocurre a su alrededor, conforme la enfermedad progresa, la piel se deshidrata y con escamas, se cae el pelo de las cejas y de las áreas genitales. En los casos graves, la depresión puede ser tan profunda que puede considerarse psicótica; en los niños, el desorden produce retraso mental. En la actualidad, el padecimiento es raro ya que se previene con el yodo que contiene la sal yodada.

Otro ejemplo es el de la corteza suprarrenal, la cual tiene importancia en la activación de las respuestas biológicas de emergencia y en las necesidades energéticas del organismo. Así, no es extraño que un mal funcionamiento de estas glándulas sea la causa de un síndrome orgánico. La insuficiencia crónica en la secreción de cortisona, producida por la corteza suprarrenal, produce la enfermedad de Addison, donde el paciente baja de peso, tiene la presión sanguínea alta y se cansa rápidamente, también se oscurece el color de la piel, así mismo, puede estar moderadamente deprimido y volverse menos sociable.

Cuando se secreta demasiada cortisona, la enfermedad resultante es el síndrome de Cushing, donde el individuo sufre graves cambios de ánimo, está deprimido, aunque puede volverse ansioso, agitado e irritable; también pueden ocurrir cambios físicos, tales como la obesidad o flacidez muscular, cambios en el color y textura de la piel, así como deformaciones de la columna vertebral.

2.1.2 LESIONES.

La manifestación de la personalidad del individuo se ve afectada por alteraciones orgánicas producto de alteraciones o lesiones, aunque la conducta desordenada que presenta una persona con una alteración orgánica en el cerebro, no siempre depende del área afectada del cerebro o del tamaño de la lesión, sin embargo, puede variar considerablemente la conducta de dos personas con la misma lesión y en la misma zona del cerebro. Las lesiones pueden ser causadas por infecciones y traumatismos.

2.1.3 INFECCIONES

Un ejemplo de desorden cerebral causado por infección, es la encefalitis, siendo el término genérico que se aplica a la inflamación del tejido cerebral. El tipo más común de encefalitis es la meningitis meningocócica, que es una infección bacteriana de las meninges

En la fase aguda de la enfermedad, el paciente se vuelve delirante y desorientado, después, puede permanecer deprimido, irritable y experimentar dificultad para recordar y concentrarse. Cuando el desorden se presenta en menores de edad es común que se de un retraso mental.

Otra enfermedad infecciosa, es la neurosífilis. En esta enfermedad, la espiroqueta *treponema pallidum*, invade el cuerpo a través de las mucosas después de haber sido adquirida durante el coito. La enfermedad a su vez, puede ser transmitida al feto por la madre enferma. Las espiroquetas invaden las glándulas linfáticas y la médula ósea, llegando al cerebro, cuando el tejido cerebral se destruye, la enfermedad es llamada parálisis general progresiva. Los principales síntomas son irritabilidad, fatiga, depresión y alteraciones cognoscitivas, algunos pacientes sufren delirios de grandeza.

2.1.4 TRAUMATISMOS.

Hay tres tipos de lesiones cerebrales causadas por traumatismo. conmociones, contusiones y laceraciones

Por lo general, una lesión en la cabeza produce hemorragias, ya que se rompen los minúsculos vasos sanguíneos de la región afectada, en las lesiones graves, pueden romperse los vasos sanguíneos de todo el cerebro

La conmoción, se produce por un golpe que provoca un brusco movimiento de la cabeza, sacude el cerebro y altera momentáneamente sus funciones circulatorias y de otro tipo, provoca una pérdida de conciencia en el individuo; al despertar, es característico que el sujeto esté desorientado y no recuerde los eventos que precedieron inmediatamente al accidente

Las contusiones son lesiones en el tejido nervioso. El golpe en la cabeza es tan fuerte que el cerebro, normalmente fijo, se desplaza para ser comprimido contra el lado opuesto del cráneo. la superficie del cerebro queda lesionada por haber sido empujada contra los huesos del cráneo. El coma resultante puede durar varias horas o inclusive días, y es seguido a veces por un periodo de delirio, después de recuperar la conciencia, la conducta es similar a la observada en las conmociones y se pueden presentar convulsiones

Hablamos de una laceración, cuando un objeto penetra el cráneo y perfora, rompe o desgarró el tejido cerebral, el accidente se llama laceración

Los efectos de este tipo de lesión varían, según el área del tejido cerebral destruido y según la extensión de la herida. La persona lesionada puede perder inmediatamente el conocimiento, a veces sobreviene el coma y luego la muerte. Si el individuo sobrevive, pueden quedar alteradas sus funciones intelectuales y paralizadas algunas partes del cuerpo, la personalidad a veces se modifica y como consecuencia puede presentarse una epilepsia

2.1.5 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Robins (1966), estudió los factores genéticos y biológicos y encontró un marcado incremento en la incidencia de características sociopáticas y de alcoholismo, en los padres de los sujetos con trastorno de personalidad antisocial

En la actualidad, no se cuenta con pruebas concluyentes de que la lesión cerebral orgánica contribuya al trastorno, los datos de anomalías pueden atribuirse probablemente al abuso de sustancias tóxicas, durante la adolescencia.

En la década de los setentas, fue objeto de una considerable publicidad, el hecho de que en varones que cometieron crímenes particularmente violentos, se haya encontrado un cromosoma masculino adicional que sin duda es una aberración genética. Así, la nomenclatura de XYY pudiera considerarse de "supermachos". Sin embargo, Rosenthal (1970), notó que del gran número de criminales y delincuentes examinados, sólo cerca del 1.5% presentaron esa característica.

Posteriormente, en un reporte presentado por el Centro de Estudios sobre Criminales y Delincuentes del Instituto Nacional de Salud Mental (USA 1969), aconsejaron vehementemente que no debe considerarse a la aberración XYY, como una base para exonerar a los delincuentes de la responsabilidad legal en que incurrir por sus actos criminales ³

³ G Davison Gerald y M Neale, John. Psicología de la Conducta Anormal México, De. Limusa

2.2 FACTORES PSICOLOGICOS

El estudio de los factores psicológicos que están presentes en las enfermedades mentales se basa en diferentes enfoques, tales como el de la teoría psicodinámica y la teoría del aprendizaje

En los trabajos de Sigmund Freud, su teoría hizo muchas contribuciones sobre la manera en que se desarrollan las funciones de la mente y los trastornos psicológicos, considerando como principales factores

- La influencia de los factores de maduración (sexualidad) en el desarrollo del individuo
- Existencia y función de los mecanismos de defensa.
- La función de la ansiedad
- Los tipos de pensamiento lógico lineal y lógico conceptual
- La conducta regresiva.
- La influencia de los valores culturales
- Compulsiones
- El aparato psíquico, su dinámica y el equilibrio de éste para determinar un estado de salud o enfermedad. Siendo este último punto, el aspecto principal por el cual se dan las situaciones dinámicas para la presencia de un trastorno psicopático.

Las teorías del aprendizaje, señalan el proceso por el cual se da el cambio de conducta y como se manifiesta la enfermedad mental Hilgard y Bower (1966), definieron el aprendizaje como el proceso por el cual se origina una actitud o un cambio, mediante una reacción, ante una situación

Los modelos más comunes son:

- El Condicionamiento Clásico, (Pavlov).
- Ensayo y Error (Thorndike)
- Ley del Efecto, Castigo – Recompensa, (Skinner)
- Aprendizaje mediante actividad observacional e identificación, (Bandura).

El Condicionamiento Clásico, fue descrito por el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936). quien describió y estudió el fenómeno de los reflejos condicionados.

Pavlov encontró que si se aplica un estímulo (comida), que desencadena de una manera automática una reacción, por ejemplo, salivación, de inmediato tras la emisión de un sonido, este desencadenará por sí sólo, la reacción después de varias repeticiones

Watson (1858-1878), utilizó el procedimiento de condicionamiento clásico en un experimento con un niño de once meses llamado "Alberto", para demostrar la función del aprendizaje en la conducta anormal. Para establecer una relación condicionada, el experimentador se ponía detrás del niño y emitía un ruido en todos los casos en que este último trataba de tomar una rata blanca. El ruido agudo, desencadenaba una reacción de miedo a Alberto, después de varias repeticiones el niño se alteraba de ver a la rata, incluso aunque no oyera el ruido. Su miedo se generalizó también a otros animales y objetos que tenían pelaje. Por lo tanto, había aprendido un miedo irracional por medio del condicionamiento.

E.L. Thorndike y B.F. Skinner, ampliaron el criterio conductual al desarrollar un segundo concepto básico del aprendizaje.

Thorndike (1913), observó que las reacciones que tienen consecuencias recompensadoras se refuerzan o aprenden, en tanto que las que tienen consecuencias negativas se debilitan o extinguen, lo que se ha llamado "Ley del Efecto". Se aplica el mismo principio al control de la conducta de las personas mediante recompensas o castigos.

Skinner (1953), se dedicó a este punto de vista y puso de relieve la importancia de los acontecimientos externos, y no de los internos, para establecer la conducta de un individuo.

Los conductistas consideran a la personalidad como un cúmulo de patrones de conducta adquiridas, gobernadas por los principios del aprendizaje y sujetas a las influencias ambientales. La conducta desadaptativa o inapropiada, se puede manifestar como la incapacidad para aprender ciertos tipos de conducta como forma de expresar la agresividad.

2.2.1 TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Esta teoría pone en relieve la importancia del conocimiento (pensamiento, valores esperanzas) que influyen en la conducta humana. Algunos investigadores como Bandura y Walters (1963), refieren "un individuo puede aprender sin que se desencadene una reacción o sin que reciba ningún refuerzo positivo o negativo, por ejemplo el aprendizaje observacional, proceso resultante de la observación de la manera en que se comporta una persona en una situación particular, y más tarde en la misma situación, el observador puede actuar como lo hizo el modelo, por tal motivo, se cree que muchos niños aprenden a ser agresivos al ver la televisión, y así mismo, se introyectan valores, juicios y prejuicios socio-culturales.

Quienes proponen los criterios conductuales, consideran a la conducta anormal como la resultante de los siguientes factores:

- Incapacidad para aprender conductas adaptativas importantes a su situación
- Aprendizaje de conducta desadaptativa específica
- Manifestación de conflictos que requieren que el individuo establezca distinciones difíciles entre estímulos semejantes.

Las teorías del aprendizaje establecen que se puede aprender cualquier patrón complejo de reacciones, incluso los síntomas neuróticos como las fobias y las parálisis histéricas y consideran también que toda conducta es maleable, ya sea normal o anormal, es decir, lo que se aprende se puede olvidar y lo que no se ha aprendido se puede aprender.

Hay otros enfoques, como el humanista y existencial que surgen para comprender la naturaleza de la conducta como una reacción a los acontecimientos mundiales y a las insuficiencias de los criterios psicoanalítico y conductual

Los principales representantes del Humanismo, son Abraham Maslow, (1968) y Carl Rogers, (1961).

Maslow, estableció su criterio sobre la personalidad, a partir del estudio de personas sanas y creadoras, pensaba que las teorías de la personalidad basadas en el estudio de enfermedades mentales, restaba importancia a los aspectos positivos de la personalidad.

Ordenó las necesidades del individuo que requieren satisfacción en jerarquías, considerando que es necesario satisfacer las necesidades básicas antes de empezar a hacerlo con las superiores, ya que la falta de satisfacción de las necesidades a un nivel más bajo, bloquean el crecimiento personal e impide que se logren las necesidades superiores

Los teóricos humanistas consideran a la agresividad y a la crueldad como conductas patológicas resultantes de la frustración por un ambiente corrupto, de modo que el aprendizaje dañino y los mecanismos de defensa desadaptativos, producen enfermedad mental y bloquean el crecimiento y la satisfacción personal, estableciendo que la conducta anormal, es el resultado del fracaso de los intentos por satisfacer el potencial personal

Por otra parte, las teorías existenciales retoman la calidad única del individuo, pero insisten más sobre la irracionalidad y las dificultades de la autosatisfacción. Su preocupación central en el desafío de la existencia humana, es la necesidad de establecer una identidad personal y un sentido de significado

La opinión existencialista, sostiene que la motivación básica de la conducta humana es encontrar la mejor manera de vivir y de volver reales los potenciales, sin embargo, consideran que la sociedad impone una carga muy pesada de tensión espiritual y confusión y que a su vez contribuye a la desintegración de las normas morales y las creencias tradicionales, es así que los individuos en ocasiones pueden intentar dar solución a estos problemas, renunciando a la búsqueda y sumergiéndose en su grupo social o involucrarse en una búsqueda para definirse así mismas y definir su existencia

La primer decisión, se considera no autentica y es generadora de ansiedad y desesperación

Por otra parte, Bowlby (1944), correlacionó el trastorno con la privación materna durante los cinco primeros años de vida del niño

Glueck y Glueck (1968), informaron que la madre de los niños que desarrollaron el trastorno, manifestaron falta de disciplina sostenida, falta de afecto y aumento en la incidencia de alcoholismo e impulsividad, así como incapacidad para crear un ambiente hogareño coherente, con estructura firme y límites en la conducta

Cleckley (1964), formuló una serie de criterios para identificar este desorden

- Inteligencia media-superior
- Ausencia de irracionalidad y de otros síntomas característicos de las psicosis
- Carencia del sentido de responsabilidad
- Falta de consideración a la verdad
- Ausencia de remordimientos.
- Impermeabilidad a la experiencia
- Bajo nivel de afecto

- Baja capacidad de introspección (insight)
- Escasa sensibilidad a las manifestaciones de bondad o consideración
- Vida sexual sin restricciones

Destacan entre éstos, la falta de sentido de responsabilidad y ausencia de remordimiento, ya que se considera que el sociópata, no responde emocionalmente después de cometer un acto que produce por lo general vergüenza y remordimiento, en la mayoría de las personas, esto se relaciona con la capacidad para aprender de la experiencia, especialmente evitar el castigo, el sociópata realiza la conducta aunque fracase

El aspecto de salud mental es importante considerarlo si el individuo está sano mentalmente antes, durante y después de la comisión del delito, o si ésta se altera durante su estancia dentro de la institución de reclusión.

2.3 FACTORES SOCIALES

Se presentan en el entorno macro y micro social en el que el organismo se desempeña. Su ambiente cultural, ciudad, campo, nivel académico, dinámica familiar, su integración o desintegración, nivel socioeconómico, etc., todo esto tiene influencia como factor social, en la etiología de los trastornos mentales

Uno de los datos más observados en la literatura de epidemiología psiquiátrica, consiste en que las proporciones más elevadas de los trastornos mentales se encuentran en la clase social más baja, en especial la esquizofrenia y trastornos de la personalidad, así como las neurosis o trastorno afectivo bipolar, son más comunes entre las clases sociales alta o media alta. Aquí se observa la influencia de los factores ambientales y psicológicos relacionados con los estilos de vida, de la clase social más baja

Los trastornos mentales se explican en términos de desintegración social, conflicto de valores, bloqueo de aspiraciones, autoconcepto despreciativo, estrés, privación afectiva infantil, etc,

Una variable, es el estudio del estrés social, la importancia del concepto de estrés para comprender los trastornos mentales, se encuentra en los estudios de la conducta humana en situaciones extremas como son guerras, desastres naturales, campos de concentración, etc, o en situaciones de vida diaria que producen estrés, como por ejemplo la deficiente salud mental de los padres, privación económica, deficiente salud física, desintegración familiar, deficientes afiliaciones interpersonales, preocupaciones laborales, etc

Rabkin (1982), señala que los términos “acontecimientos vitales” y “agentes productores de estrés”, se emplean para definir cambios que se reconocen como portadores de cierto grado de malestar, desafío o peligro por el individuo y por los miembros de su grupo social, entre ellos está la pérdida de la pareja (muerte o divorcio), pérdida del empleo o cambio brusco de situación económica, etc., aunque en general, estas situaciones son “acumuladas” es decir, se presentan varias de ellas a la vez

Según Rabkin, el modelo actual más popularizado entre estrés y enfermedad, es la hipótesis de vulnerabilidad que sostiene que la exposición al azar de los agentes productores de estrés, desencadenan alteraciones psiquiátricas y psicológicas en personas vulnerables. El motivo de esta vulnerabilidad, varará según el tipo de trastorno y puede abarcar experiencias de la infancia, relaciones familiares o predisposición genética, así como contar o no con apoyos sociales, recursos financieros y habilidades personales para afrontar la situación

Como factor social, hay que considerar los diferentes elementos y sus asociaciones, pero no se encontrará una relación simple de causa y efecto entre los estudios del estrés social y las enfermedades mentales, para una comprensión completa de los trastornos, se requiere de un modelo bio-psico-social, que permita abarcar las múltiples variables de la interacción social, ambiental, psicológica y biológica.

3. CONDUCTA Y PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Cameron (1988), define a las personas que llevan a cabo conductas antisociales como personas sociópatas, irresponsables y emocionalmente superficiales.

La persona presenta “defectos en la identificación, son irresponsables y emocionalmente superficiales, carecen de una estructura ego-superego adecuada para lograr una personalidad estable y confiable y para tener relaciones emocionales ricas con los demás

Su sentido de la realidad está detenido en un nivel infantil en el que las fantasías y los impulsos resultan igual de importantes que las exigencias sociales. Parecen emocionalmente superficiales, nada parece interesarles salvo su deseo inmediato de satisfacción.. Exigen mucho de las otras personas y de la sociedad en general, pero sin mostrar la menor empatía y sin poder comprender por qué son excesivas sus demandas y defectuoso su comportamiento”

3.1 PERSONA ANTISOCIAL SOCIOPATA.

“Las reacciones antisociales se tratan a menudo de una rebelión profunda emocional contra la autoridad, que deben su intensidad y su persistencia a su origen en la vida familiar del niño. Sus defectos, la incapacidad para aprovechar las experiencias o de evadir la ley y la apariencia general de odio desafiante, son señales dejadas por las traiciones sufridas de niño en la familia, por la falta de modelos de identificación estables, confiables y protectores.. Manifiestan una incapacidad progresiva de controlar y canalizar sus impulsos agresivos. Son incapaces de ponerse en el papel de otros seres, de verse como los otros lo ven y de comprender por que los otros lo tratan como lo hacen. Los crímenes cometidos por ellos se distinguen por la falta de sentimiento que el criminal manifiesta hacia las víctimas y hacia si mismos respecto a haber cometido ese hecho”

3.2 PERSONA SOCIOPATA DISOCIAL.

Se trata de “individuos víctimas de un ambiente anormal quienes son incapaces de una lealtad firme y de nexos emocionales profundos en tal medio ambiente. Entran en conflicto con los códigos sociales y normales prevalentes, pues estos se diferencian de aquellos con los que esas personas han aprendido a vivir”

Agrega que “ ni los delincuentes juveniles ni los criminales adultos, ni siquiera los criminales habituales, han de ser necesariamente personas sociópatas. Los primeros, los delincuentes juveniles, suelen ser el producto lógico de su ambiente social.. La mayoría de los criminales han aceptado un modo de vida, a menudo por accidente, que les produce beneficios. Si estas personas reconocen lo que están haciendo y los riesgos que corren, no se les puede clasificar como personas sociópatas”

Por último, señala que esta clasificación es “sólo una exposición descriptiva de las perturbaciones de la personalidad sociópata sumamente insatisfactoria, en parte, porque no comprendemos bien esas perturbaciones. No se han establecido dinámicamente los tres tipos. Se trata de meros subgrupos descriptivos, cuyas características se superponen en buena medida”⁴

En cuanto a la delincuencia femenina, Cuevas y colaboradores (1992) estudiaron las características generales de las mujeres que participan en actos delictivos, así como los factores psicosociales que influyen para que lo realicen.

⁴ Cameron, N. (1988). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad*. 3a reimpresión. México. Trillas

Mencionan que existen circunstancias personales, familiares y socioeconómicas que propiciaron y estimularon el llevar a cabo actos al margen de la ley, que la impotencia y frustración por no poder satisfacer sus necesidades más elementales, las orillan a cometer actos irracionales y desesperados, que en algunas mujeres, la influencia del hombre y el tipo de relación que mantienen con él es lo que determina que se vean involucradas en actos delictivos.

De acuerdo con su nivel económico, social y educativo, ellos distinguen dos grupos: 1) el de las mujeres en quienes la pobreza, el desempleo, la promiscuidad, el alcoholismo, la desnutrición, la vagancia y riñas han afectado severamente su desarrollo físico y mental por lo que muestran una mayor inclinación hacia la conducta delictiva 2) aquellas mujeres con un nivel socioeconómico alto y mejor escolaridad.

Como elementos propiciatorios de actos delictivos en los que, desde jóvenes, las mujeres del primer grupo se ven involucradas, ellos señalan

- La interacción enfermiza de los padres
- El tipo de padre (autoritario, despectivo con la mujer, débil, pasivo, mal proveedor y derrotado, o ausente)
- La ausencia de la madre, ya sea física o psicológica, que incrementa la intensidad de los resentimiento y tendencias agresivas que una hija puede tener.
- El ejemplo materno, pues las hijas se ven afectadas por el aprendizaje proveniente de la conducta de su madre y de la forma en que se relaciona con su marido.
- El aprender a defenderse de las contingencias cotidianas con oposicionismo, desobediencia y rebeldía
- El bajo nivel educativo.
- El que muchas de ellas son rechazadas aún antes de nacer
- La desnutrición y los descuidos que las exponen a sufrir accidentes graves, como traumatismos craneoencefálicos, los que dejan lesiones cerebrales irreparables y que determinan su conducta irracional futura.

En cuanto a la actitud del padre, cuando lo tienen, mencionan que ésta es de franca humillación y desprecio hacia la esposa, los hijos y las hijas, mientras que la actitud de la madre es de sometimiento al hombre y de falta de apoyo a los hijos e hijas

En resumen, “ su conducta antisocial y delictiva está guiada por una mezcla de sentimientos: los de injusticia familiar y social, los deseos de autoafirmación ante el hombre, los de reto a la autoridad y los de autoagresión, pues bien saben que las sanciones no se hacen esperar En otros casos será su timidez, su agresión reprimida, su aislamiento y el temor al abandono lo que origine que desobedezcan y se

subordinen a otros para delinquir. La desesperación por la pobreza, el abandono o el trato agresivo de que son objeto, son factores comunes que propician los actos delictivos de una mujer".⁵

En cuanto a las mujeres del segundo grupo, han encontrado que éstas son más audaces e inteligentes, saben manipular tanto a hombres como a mujeres y demuestran más iniciativa. Agregan que generalmente, niegan tener antecedentes delictivo o conflictos familiares aparentes, a pesar de provenir de familias afectivamente distantes, rígidas, tiránicas, con poca comunicación y que las presionan para ser autosuficientes a temprana edad (proveedoras de la familia o abandonar el hogar paterno)

A este mismo grupo pertenecen aquellas mujeres que forman parte de familias venidas a menos económicamente. Son mujeres que se dedican a robar tiendas, para de esta forma proveerse de bienes y satisfactores materiales que ya no pueden adquirir con esto se proporcionan la ilusión de conseguir algo que ya no tienen con que pagar (fomentan el engaño de que aun participan en un grupo socioeconómico al que dejaron de pertenecer).

Por último, los autores señalan que en ambos grupos, la habilidad para mentir y enredar la situación más sencilla suele ser característica

Chacón y Cohen (1981) consideran que la delincuencia es un producto de la conflictiva familiar y social. Señalan que la persona que delinque es el portavoz de las ansiedades de la familia y el depositario de las tensiones y conflictos grupales, las cuales buscan control a través de su conducta.⁶

Marchiori (1990). Menciona que la delincuencia siempre involucra un doble fracaso el de los mecanismos de defensa psíquicos que controlan los impulsos agresivos que están presentes en todo individuo pero que en el delincuente se proyectan en modo destructivo, y el del medio familiar y social que no puede brindarle los medios adecuados para su sano desarrollo

Considera que el delincuente no solo es un individuo enfermo sino que es el emergente de un núcleo familiar enfermo en el que el individuo traduce a través de la agresión, las ansiedades y conflictos del intra- grupo familiar. Agrega que el delincuente se ha enfrentado a una problemática conflictiva y que la ha resuelto a través de medios agresivos y violentos

Hace mención que el individuo presenta una historia personal caracterizada por un inadecuado control familiar debido a la falta de uno de sus padres o al abandono de que fue objeto; que se encuentran depravaciones a sus necesidades extremas (falta de vivienda, ropa, alimentación, cuidados, instrucción, protección etc) Se observan problemas de agresión en la adolescencia, fugas escolares, robos,

⁵ Cuevas, A. .Mendieta, R. & Salazar, E. (1992) La mujer delincuente bajo la ley de hombre. México De. Pax

⁶ Chacón, G & Cohen, V. (1981). La delincuencia juvenil como producto de la conflictiva familiar y social. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UIA.

conductas agresivas, distorsión de los valores morales y sociales, y fuerte sentimientos de autodestrucción.

También señala que muchos individuos llegan a una institución penitenciaria habiendo desarrollado un modo de vida aparentemente adaptado, sin una marcada agresividad, con una vida laboral y familiar estable. Ella explica que, en estos casos, el delito irrumpe de una manera repentina en contraste con el modo de vida de este individuo; pero que esta pseudoestabilidad emocional está relacionada a su historia personal, con acentuadas frustraciones, dificultades y problemas que conducen a una descarga impulsiva y agresiva en un momento y circunstancias especiales.

Menciona que los delincuentes tienen por lo general una historia acentuada por las privaciones, especialmente afectivas. Agrega que en sus historias se observa que han tenido conflictivas relaciones interpersonales, así como serias dificultades para percibir imágenes constructivas, por lo que presentan un desarrollo emocional inestable.

Concluye diciendo que “ las personalidades conflictivas se presentan en personas que, para realizar esta conducta vivencia una problemática grave a nivel de procesos afectivos y mentales por lo que, al hacer referencia al delito y a la personalidad se puede decir que

- El hombre tiene que ser comprendido dentro de su historia personal y social, cada individuo presenta características particulares que lo hacen diferente de los demás y con un modo existencial único y por lo tanto la agresión del delito implica aspectos bio-psico-sociales también únicos.
- La conducta del delito es una conducta sumamente compleja y debe ser relacionada a toda la historia del individuo, con una policausalidad que se deriva de múltiples relaciones.
- La conducta agresiva está motivada por múltiples factores, situaciones y conflictos internos, con un gran simbolismo en su expresión.
- No obstante ser una conducta agresiva, representa un comportamiento autodestructivo para el individuo mismo y para la sociedad”⁷
- Un enfoque criminológico menciona a Pinatel quien analiza las características que hace que la persona de el paso al acto y habla de cuatro radicales.
- Egocentrismo (la persona considera que, lo que pasa, es lo único válido y que todo lo demás, incluidas las normas sociales, están equivocadas por lo que puede transgredirlas)
- Latitudud (hay falta de control de impulsos, poca capacidad de demora y fallas en la tolerancia a la frustración)
- Agresividad (la persona es explosiva, agrede ante cualquier estímulo)

⁷ Marchiori, H (1989) El estudio del delincuente. Tratamiento Penitenciario. Argentina. De. Porrúa

- Indiferencia afectiva (hay falta de afectos y consideración hacia los demás).
- Estas cuatro radicales permiten medir la capacidad criminal la cual se encuentra conformada por dos elementos 1) peligrosidad (cantidad de mal que puede esperarse de una persona) y 2) Adaptación social
- De aquí derivan los tipos de delinuentes que son
- Habitual: alta peligrosidad y falta de adaptación social
- Ocasional: baja peligrosidad y adaptación social
- Asocia: baja peligrosidad y falta de adaptación social
- Cuello blanco: alta peligrosidad y adaptación social

Estos enfoques teóricos señalan la interacción de los factores biológicos psicológicos y sociales de lo que se considera una conducta antisocial

El conocer los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el enfermo, permiten elaborar un diagnóstico, el cual tiene varias finalidades, tanto para ayudar al paciente como al que brinda la asistencia, así como a la familia del paciente o a la sociedad. Diagnosticamos las enfermedades mentales con el objeto de comunicarnos de manera más confiable y eficaz con los demás, sobre cierta clase de problemas

El diagnóstico nos permite definir los problemas de un individuo, de manera que los reconozcan los pacientes, los médicos y la sociedad. Además, el acto del diagnóstico confiere "papel de enfermo al paciente", lo que le garantiza la excepción de ciertas responsabilidades y a la vez le permite manifestar ciertos tipos de conducta y esperar cierta conducta de los demás. Debe aceptarse el riesgo de que un diagnóstico psiquiátrico funcione como etiqueta o estigma social.

El diagnóstico abarca tres procesos: organiza un grupo de signos y síntomas obtenidos a partir de la historia clínica, de las exploraciones físicas y del estado mental. Estas observaciones se agrupan en síndromes. La especificación ulterior produce diagnósticos de trastornos mentales, los cuales se caracterizan por desviaciones de una norma socialmente definida de pensamientos, percepciones, humor y conductas que alteran el funcionamiento social.

Los síntomas son manifestaciones subjetivas, como el miedo y las alucinaciones, los signos son pruebas objetivas de un estado patológico, como por ejemplo: una taquicardia.

Los síntomas ocurren a menudo en acumulaciones características llamadas síndromes y éste, es un grupo de síntomas y signos que ocurren juntos, bajo un patrón reconocido.

Un trastorno es más específico que un síndrome, es también un grupo de síntomas y signos pero con evolución específica de la enfermedad, historia premórbida y patrón de ocurrencia familiar. Se asume que cada trastorno tiene una patogenia específica, el mismo síndrome, puede ocurrir en varios trastornos o enfermedades diferentes, se distingue en ocasiones el término "trastorno" del término "enfermedad" ya que ésta es más específica que un trastorno, puesto que implica una causa conocida y una patogenia específica.

El estudio de estas desviaciones, los síntomas y los signos de los trastornos mentales, su etiología y patogenia, se denomina psicopatología.

Se ha presentado la necesidad de unificar criterios para la emisión de los diagnósticos, es así que han surgido por parte de la *Organización Mundial de la Salud*, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualmente) y de la *American Psychiatric Association*, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, actualmente).

La CIE-10, es un sistema oficial de códigos y una serie de documentos e instrumentos, relacionados con la clínica y la investigación, el DSM-IV, es una clasificación por categorías que divide los trastornos mentales en diversos tipos, basándose en series de criterios con rasgos definitorios.

Para fines de aplicación en Psiquiatría Forense, los manuales antes mencionados, son una herramienta para establecer la existencia a nivel legal de un diagnóstico, sin embargo, esto no es suficiente, ya que para determinar la responsabilidad criminal de un sujeto, se requiere además información sobre el deterioro funcional de éste, el grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno, inclusive cuando la falta de éste sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, sin embargo, esto no implica que el individuo diagnosticado sea o fue incapaz de controlarse en un momento determinado.

El uso o aplicación de estos manuales para la emisión de un dictamen lo sustentan en su validez y fiabilidad, asimismo, ofrecen control sobre especulaciones fundamentadas de los trastornos mentales y del modo de actuar del individuo. La información diagnóstica de tipo longitudinal se abunda en elementos para la toma de decisiones, dado que permite conocer la funcionalidad mental del sujeto, tanto en el pasado como en el presente, y predecir un posible comportamiento a futuro.

Conociendo los aspectos bio-psico-sociales, referentes a la enfermedad mental y alteraciones del comportamiento, pasaremos a introducirnos al aspecto jurídico, del enfermo mental que comete un acto considerado como ilícito, es decir un delito.

CAPITULO II

1. GENERALIDADES SOBRE DERECHO PENAL.

Al Derecho le corresponde encauzar la conducta humana para hacer posible la vida en sociedad, y es un conjunto de normas que rigen la conducta externa de los hombres, aplicándose éstas por medio del empleo de la fuerza del Estado, teniendo como fin inmediato fundamental : la paz y seguridad sociales

Habiendo dejado establecido lo que es el Derecho, es necesario para nuestro estudio, remitirnos al Derecho Penal, el cual es la rama del Derecho Público que se encarga del estudio de los delitos, las penas y las medidas de seguridad

En el devenir del tiempo han surgido varias definiciones del Derecho Penal, así tenemos que Mezger lo define como *el conjunto de normas jurídicas que vinculan la pena como consecuencia jurídica a un hecho cometido*⁸

Así encontramos también que el Derecho Penal, se define como *el conjunto de normas jurídicas, de Derecho Público interno, que define los delitos y señala las penas o medidas de seguridad, para lograr la permanencia del orden social*⁹

Con base en las definiciones anteriores, podemos apreciar que el Derecho Penal se encamina a mantener mediante un conjunto de principios relativos al castigo del delito, la mejor convivencia de la comunidad humana, así mismo. es el conjunto de atribuciones del Estado, emanadas de normas para determinar los casos en que deben imponerse las penas y las medidas de seguridad.

Podemos concluir que el Derecho Penal es normativo, su objeto lo constituye el estudio del delito, las penas y medidas de seguridad en forma ordenada sistemática y racional

1.1 DESARROLLO DEL SISTEMA PENAL.

Las ideas penales han tenido diversas orientaciones, de acuerdo a los diferentes grupos, así tenemos que son cuatro periodos los significativos el de la venganza privada, la venganza divina. el de la venganza pública y el periodo humanitario, y algunos autores consideran un quinto periodo, al que se le ha

⁸ Mezger, Edmundo Derecho Penal Ed Bibliográfica Buenos Aires, 1954. pág. 27

⁹ Pavón Vasconcelos, Francisco Manual de Derecho Penal Mexicano Parte General Dc. Porrúa México, 1984 pág. 17

llamado científico. Estos períodos no se substituyen en su totalidad, sino quedan reminiscencias de los períodos anteriores.

La venganza privada, no se considera una etapa del Derecho Penal, sino como un antecedente de las instituciones jurídicas. La necesidad de la defensa o de la venganza ante un hecho injusto por la falta de protección a la sociedad, como consecuencia de la falta de organización de los individuos, la familia o grupo, los obliga en un determinado momento, a protegerse, ejerciendo la justicia por su propia mano. Estas reacciones dieron como consecuencia que la venganza se aplicara con excesos, causando daños mayores que los recibidos, por lo que como una necesidad surge la *ley del talión: ojo por ojo y diente por diente*, y así el grupo aplicaba al criminal un daño de igual intensidad al causado.

La venganza adquiere relevancia, porque se le puede equiparar con la pena actual.

La venganza divina surge cuando los pueblos adquieren las características de la organización teocrática, todos los problemas y actividades giraban alrededor de la divinidad como eje fundamental y constitutiva del Estado. Al delito se le consideraba como la causa del enojo de los dioses, y por lo tanto, al criminal se le juzgaba en nombre de los dioses y los castigos se aplicaban para calmar su ira. En este período, la justicia estaba en manos de la clase sacerdotal.

Conforme los pueblos se van organizando y van adquiriendo mayor consistencia, nace la venganza pública, y aparece la distinción entre delitos públicos y privados. En esta etapa, se da paso a la "concepción política". Los tribunales juzgan en nombre del pueblo y las penas aplicadas son más crueles e inhumanas; de este desbordante derecho, hicieron uso irracional los juzgadores, quienes lo pusieron al servicio de los gobernantes.

Este período se caracteriza por la aparición de aparatos de suplicio y tortura, mismos que se aplicaban previamente a la ejecución. Aparecen los calabozos, las argollas, los azotes, la horca, el descuartizamiento, la decapitación y los trabajos forzados con cadenas.

Como una reacción a este período, surge en la segunda mitad del siglo XVIII, con Cesar Bonesana, Marqués de Beccaria, el período humanitario, en donde se lucha por eliminar los suplicios y crueldades y se toma en cuenta la peligrosidad del delincuente, para la aplicación de la pena.

Beccaria, en su obra, planteó varios puntos en los que considera entre otros, que el derecho a castigar debía ser con base en el contrato social, las leyes debían ser generales y que mediante los juicios, se debía establecer cuando son infringidas éstas. Así mismo, consideró que las penas debían ser establecidas mediante las leyes y que el fin de la pena era evitar que el autor reincidiera y que a su vez,

ésta tuviera un carácter ejemplar para los individuos.

La etapa científica se inicia con la sistematización de los estudios sobre la materia penal con Cesar Beccaria y concluye con Francisco Carrara, a quien se le considera el principal exponente de la Escuela Clásica

1.2 ESCUELAS PENALES.

1.2.1 Escuela Clásica

A Francisco Carrara, se le considera el iniciador de la Escuela Clásica, y tuvo como principal objetivo la de estructurar un Derecho Penal, que hiciera a un lado los planteamientos equivocados de los períodos anteriores, haciendo la distinción entre pecado y delito, así como entre sacrificio y pena, tratando de desechar todo principio indefinido. Considera que el Derecho es innato al hombre y que Dios lo otorgó a los seres humanos para que cumplan con sus deberes. Al delito lo considera como un ente jurídico y a la pena como el mal que se inflige al culpable y que ésta no debe ser mayor a la necesidad de la tutela jurídica y si se rebasa se pierde la protección del Derecho y se convierte en violación del mismo. La imputabilidad penal, tiene como base el principio del libre albedrío.

Esta escuela fue censurada debido a que empleó el método deductivo, mismo que se emplea en la investigación científica y el Derecho está constituido por normas, formando parte del deber ser y éstas se pueden cumplir o dejar de cumplir, no existiendo forzocidad en su realización, por lo que se conciben solo como un deber; en caso contrario, lo enunciado por las leyes naturales, tiene que ser

La Escuela Clásica, considera conceptos, tales como la "igualdad", considerando que el hombre ha nacido libre e igual en derechos, refiriéndose a la igualdad de los derechos; libre albedrío; considera que el hombre es capaz de elegir entre el "bien" y el "mal" y si opta por este último, es porque él lo decidió, considera al delito como un ente jurídico y que solo el Derecho puede señalar las conductas delictuosas, así mismo, establece que si el hombre es capaz de discernir entre el bien y el mal, debe responder por su conducta con base en su moral, es decir, que en la actuación criminal del hombre, no se le puede responsabilizar cuando la causa sea meramente física, sino que debe haber causa moral, es decir imputabilidad moral

Esta escuela postula que para que el delito exista, debe existir un sujeto moralmente imputable, que el acto tenga un valor moral, que cause un daño social y que esté prohibido por una ley

La escuela clásica mira preferentemente a la acción criminal, al delito mismo, con independencia de la personalidad del autor

Es importante hacer notar que esta escuela, se dirige específicamente hacia la acción, es decir, al delito, haciendo a un lado la personalidad del que lo comete

Al surgimiento del positivismo, se dejan a un lado los conceptos clásicos, para tomar los métodos de las

ciencias naturales. sin embargo, con el paso del tiempo, se retorna a estos principios con más fuerza

1.2.2 ESCUELA POSITIVA

La aparición del positivismo se da en el siglo XIX, como producto del apogeo de las ciencias naturales, que influenciaron a las disciplinas culturales, inclusive al Derecho.

La Escuela Positiva surge como la contraparte de la Escuela Clásica y nace con una verdadera uniformidad de doctrina. Se consideran a Lombroso, con una orientación antropológica, a Ferri, con una orientación sociológica y a Garófalo, con orientación jurídica, como los iniciadores de esta escuela; existen otros autores que también consideran como iniciador a Fioretti.

Esta escuela se caracteriza por la utilización del método experimental, hace especial énfasis en el delincuente, y considera que el delito es un síntoma de éste que hace manifiesto su estado peligroso, niega el libre albedrío, ya que considera al delincuente como un ser anormal, como consecuencia de la negación del libre albedrío, considera que la conducta humana está determinada por factores físicos, biológicos, psíquicos y sociales, por lo tanto, al delito lo estudia como un fenómeno natural y social, substituye la imputabilidad moral por la responsabilidad social, así mismo, establece que la pena debe ser aplicada de acuerdo con la peligrosidad del delincuente y se inclina más por el estudio de la prevención del delito que por la represión, siendo más importantes las medidas de seguridad, que las mismas penas.

Actualmente, esta corriente está descartada dentro del Derecho, debido a que excluye la capacidad de elección del hombre, negando así la existencia del Derecho, ya que éste está conformado por normas que son dirigidas al hombre y marcan directrices a su conducta, mismas que caen dentro del *deber ser*, y partiendo de que dichas normas pueden o no ser cumplidas, en función de la elección del mismo.

Por otra parte, se abocaron a la creación de ciencias naturales como la Antropología, la Sociología criminales y de esta escuela surge la Criminología, es decir, dieron auge a los estudios causales explicativos del delito y del delincuente.

Es importante reconocer también que esta escuela tiene como mérito el haber puesto énfasis en lo importante del factor personal en el desarrollo de la criminalidad, señalando que el delincuente es un hombre y que entre éstos existen "anormales".

1.2.3 TENDENCIA ECLECTICA.

Las posturas opositoras entre la Escuela Clásica y la Escuela Positiva, fueron consecuencia de que surgiera la *Tercera Escuela*, que retoma elementos de las dos primeras escuelas por lo que se le reconoce como una Escuela Ecléctica y sus principales exponentes son Carnevale y Alimena. Esta escuela emplea de la Escuela Positivista el método experimental, retoma la negación del libre albedrío y al delito lo considera como un hecho individual y social. Así mismo, rechaza el criterio de la responsabilidad legal. De la Escuela Clásica, adopta el principio de la responsabilidad moral, hace la distinción entre imputables e inimputables, pero niega que el delito sea realizado por un ser libre.

Esta escuela establece que la imputabilidad parte de la voluntad del individuo y que es capaz de percibir la imposición psicológica de la pena, como tal, por lo tanto, son imputables los individuos que perciben la pena como una amenaza. Así mismo, establece que la pena tiene como fin la defensa social.

2. DELITO

La palabra delito proviene del verbo latino *delinquere*, que significa abandonar, apartarse del buen camino, separarse de los lineamientos establecidos por la ley.

Para algunos autores, ha sido de primordial importancia el establecer una definición del delito con carácter universal, sin embargo, dado que el delito está íntimamente ligado al comportamiento de los pueblos y a las necesidades de las diferentes épocas, y aunque en ocasiones aparentemente a adquirido ese carácter, posteriormente evoluciona de acuerdo al momento histórico.

El delito ha sido entendido, como una valoración jurídica, ya sea objetiva o subjetiva, o desde ambos planos, basándose en las necesarias relaciones existentes entre el hecho como producto de la actividad humana y su especial apreciación legislativa.

Antiguamente en los pueblos con una organización rudimentaria, se aplicó el castigo a los hechos lesivos y la ausencia de normas escritas no impidió la reacción defensiva del individuo o del grupo lesionado contra el autor del hecho.

Posteriormente, cuando surgen los ordenamientos legales que regularon la vida colectiva y la superación de las instituciones jurídicas, se da la valoración subjetiva del hecho dañoso; dejando al hombre la atribución de aplicar el castigo. Las primeras sociedades, básicamente consideraban a la ley y la

infracción de ésta como causa justificada para aplicar el castigo. El concepto de delito evolucionó, y también los ordenamientos jurídicos de los pueblos, sin embargo, su esencia ha permanecido sin cambio.

Las primeras ideas del delito no hacen a un lado su carácter antijurídico, y las definiciones elaboradas se refieren particularmente a su identificación con el acto contrario a la ley, y se han ido incorporando elementos que han enriquecido esta concepción, sobretodo en lo referente a la voluntad y a la conciencia de la ilicitud del hecho. Así tenemos que Filangieri, en Italia, lo definió como un "hecho humano contrario a la ley". a esta concepción se le agregaron otros elementos, y así vemos que es retomado en las definiciones elaboradas por los Clásicos.

Francisco Carrara, principal exponente de la Escuela Clásica, define al delito como *la infracción de la ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso.*¹⁰

Carrara, considera al delito como un ente jurídico, por ser una violación del Derecho, es una infracción a la ley del Estado, porque el acto se convierte en delito cuando se contrapone a ella, y las leyes son promulgadas por el Estado para proteger a los ciudadanos, ya que si no tuvieran ese fin, perderían su carácter de obligatoriedad. En su definición, el autor establece que la infracción es la consecuencia de un acto externo del hombre, positivo o negativo, ya que considera al hombre como un agente activo del delito, por sus acciones o por sus omisiones. A estas acciones u omisiones las considera moralmente imputables, ya que el hombre está sujeto a las leyes, por su naturaleza moral y por ser la imputabilidad moral el antecedente necesario de la imputabilidad política.

Del delito se han ocupado tanto la Filosofía como la Sociología, disciplinas que surgen del positivismo, y fue su intención demostrar que el delito es un fenómeno natural, y que tiene sus causas en factores hereditarios, físicos y fenómenos de índole sociológico.

Desde el punto de vista sociológico, destaca la definición del delito natural establecida por Garófalo, quién lo define como *"la violación de los sentimientos altruistas de probidad y de piedad, según en la medida media en que son poseídos por una comunidad y que es indispensable para la adaptación del individuo en sociedad"*¹¹

Esta definición fue severamente criticada, específicamente por Ferri, integrante de la Escuela Positivista, ya que se consideró que su definición solo consideraba algunos delitos, dejando fuera de ésta, delitos

¹⁰ Castellanos, Fernando, *Lineamientos Elementales de Derecho Penal* Editorial Porrúa. S.A., México, 1981.

¹¹ Pavón Vasconcelos, Francisco. *Imputabilidad e Imputabilidad* De Porrúa México, 1983. pág. 13.

contra *sentimientos* tales como la honestidad, el patriotismo, la solidaridad y otros. cuya violación conforma un delito natural, pero que antes de ser una violación, son ofensa a las condiciones de existencia social, sin embargo, cuando estos sentimientos conforman un delito, es cuando la violación está determinada por móviles antisociales.

Por otra parte, Florian afirma que existen otros sentimientos cuya transgresión también configura un delito natural, coincidiendo en este aspecto con Ferri, pero sin embargo, no está de acuerdo con uno de sus elementos constitutivos. el móvil, pues considera que el homicidio, seguirá siendo delito a pesar de que éste no sea egoísta, por lo que se viene a demostrar que el móvil no tiene la función preponderante que se le atribuye.

En la definición de Ferri, podemos observar que considera relevantes las condiciones de vida social, y el daño a ésta y es a su juicio, lo fundamental del delito, ya que desde su punto de vista, el delito se integra tanto con lo jurídico, como con lo sociológico

Posteriormente, surge el método inductivo experimental, en oposición al método lógico, que es propio de las ciencias causales explicativas, por lo tanto el delito deja de ser un ente jurídico para ser considerado un fenómeno natural y social. considerando que el origen del delito responde a diversos factores tanto internos como externos del individuo

Al positivismo se le reconoce haber dado origen a nuevas ciencias cuyo objeto de estudio son el delito y el delincuente, desde ángulos diferentes a los de la ciencia jurídico penal. pero por otra parte, se le atribuye el haber obstruido el avance de la ciencia penal, al tratar de establecer un método inaplicable al estudio de las normas

Actualmente se considera que el delito es un concepto básico, anterior a los códigos y que el hombre lo ha adoptado para calificar las conductas humanas y formular los catálogos legales. ya que se puede considerar la conducta humana como un hecho natural, motivada por factores psicológicos, pero el delito es una clasificación de los actos humanos, hecha por especiales estimaciones jurídicas La esencia del delito, la delictuosidad, es consecuencia de la valoración de ciertas conductas. de acuerdo a determinados criterios de utilidad social, de justicia, de orden, de disciplina, de necesidad en la convivencia humana, etc., y por lo tanto no se puede buscar que es en la naturaleza humana el delito. sino precisar los criterios conforme a los cuales una conducta se ha de considerar delictuosa.

Cuello Calón. concibe al delito como *"la acción humana antijurídica, típica, culpable y punible"*.¹²

¹² Cuello Calón, Derecho Penal (Parte General) Décima Segunda Edición, Barcelona. 1956. pag. 236

Por otra parte, Jiménez de Asúa, dice: *"Delito es el acto típicamente antijurídico culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal"*.¹³

Es evidente que para entender al delito como un todo, se requiere del estudio de sus partes, sin perder de vista la relación existente entre éstas, es decir, que sin negar su unidad, se requiere del análisis de los elementos que lo conforman, ya que estudiándolo analíticamente es posible comprender en que consiste la acción u omisión, que finalmente serán sancionadas

Podemos concluir que el delito es ante todo una conducta humana, donde el término conducta, puede incluir tanto el hacer positivo (acción), como el negativo (omisión), la conducta es el comportamiento humano voluntario, positivo o negativo, encaminado a un propósito donde el acto y la omisión, corresponden al hombre, porque únicamente él, es posible sujeto de las infracciones penales, es el único ser capaz de voluntad. Entonces, el acto o la acción en estricto sentido, es todo movimiento o hecho humano voluntario, capaz de modificar el mundo exterior o de poner en peligro dicha modificación

De acuerdo al Derecho, la conducta se integra por dos elementos, el físico y el psicológico, es decir el primero consiste en realizar la actividad, el segundo es la voluntad del sujeto para realizar la acción.

Si falta alguno de los elementos esenciales del delito, éste no se integrará, en consecuencia si la conducta está ausente, no habrá delito. Es la ausencia de conducta uno de los aspectos impositivos de la formación de la figura delictiva, por ser la acción humana, positiva o negativa, la base indispensable del delito como todo problema jurídico.

2.1 DELINCUENTE.

Delincuente es todo aquel sujeto que comete un delito. El acto criminal implica tendencias e inclinaciones humanas de carácter dinámico y la constitución psíquica del individuo es la fuente de las motivaciones de su conducta. Lo mismo que la enfermedad mental, el delito es muy a menudo el resultado del fracaso de los esfuerzos por adaptarse a las necesidades de la vida cotidiana. La conducta antisocial del hombre, es decir, el crimen, genéricamente hablando, es complejo en su análisis y estudio, toda vez que la etiología es múltiple, existiendo una convergencia de factores de índole biológica, psicológica, social, económica, política y cultural que hace al crimen multifactorial.

¹³ Jiménez de Asúa, La Ley y el Delito, Editorial A. Bello, Caracas, pag. 256

Podemos decir que el delincuente es el autor de una acción o hecho que se califica como delito, por la norma jurídica. Ahora bien, el delito cometido es la resultante de la personalidad del autor y si para la determinación de la peligrosidad, requiere del examen del aspecto físico de su acto y de su personalidad. Para los fines de la justicia penal recobra mayor validez la acción psíquica por su procedencia, la cual está integrada por la *voluntad, la intención y el fin*, siendo este último elemento del delito, o bien circunstancia para valorar la personalidad del sujeto.

Es importante el aspecto que se refiere a la clasificación delincencial, es decir, de los autores de conductas criminales, de los delincuentes de manera individualizada dentro de un contexto sociocultural históricamente determinado, y es así que se consideran cinco categorías, desde el punto de vista criminológico:

- **Primoicidente:** Es el sujeto que comete una conducta antisocial por primera vez, independientemente de que haya estado bajo la acción de un procedimiento penal. Es importante hacer mención que la Criminología no siempre maneja los mismos criterios que el Derecho Penal. A manera de ejemplo si un menor de edad comete un homicidio, para la Criminología es un primoicidente, y para el Derecho Penal es un menor infractor; si este mismo sujeto comete un robo siendo mayor de edad, para la Criminología es un reincidente genérico, mientras que para el Derecho Penal es un primodelincuente.
- **Reincidente genérico.** Es un sujeto que ha cometido dos o más conductas antisociales diferentes, por ejemplo, quien comete el delito de robo, después homicidio y finalmente daño en propiedad ajena. Es decir, no existe la especificidad del acto delictivo.
- **Reincidente específico:** Son los sujetos que han cometido dos o más conductas antisociales específicas, es decir, se ha tratado en todos los casos del mismo tipo delictivo. Estos actos, al ser repetitivos, pueden dar lugar a la especialización y/o profesionalización del delincuente.
- **Habitual:** Es el sujeto que hace de la conducta antisocial su *modus vivendi*, realiza actos delictivos de diversos géneros o aún específicos pero sin aprender de la experiencia, no llegando en consecuencia, a la especialización criminal. Por lo general, en estos casos existen conductas parasociales manifiestas.
- **Profesional:** Son los sujetos que se han especializado en un tipo delictivo, toda vez que han ido perfeccionando su *modus operandi*. Por lo regular poseen un modo aparentemente honesto de vivir, con conductas parasociales encubiertas y es frecuente que en los procesos penales aparezcan como primodelincuentes.

Es importante hacer mención que la existencia del hombre es dinámica y como ya se mencionó anteriormente, su conducta está determinada por factores bio-psico-sociales, por lo tanto, la conducta delictiva es dinámica también, y al ubicar a un individuo en alguno de los tipos o categorías antes descritas sea solo un estado de transición entre un nivel y otro.

3. CULPABILIDAD

De acuerdo a la definición del delito, se ha establecido que éste es la conducta o hecho típico, antijurídico, culpable y punible, lo que nos lleva a considerar a la culpabilidad, como un elemento del delito y ante la ausencia de ésta, no se integra el mismo.

La comisión voluntaria de un hecho ilícito, es un acto culpable, por lo tanto éste es imputable al individuo, es decir, la imputabilidad es un presupuesto de la culpabilidad.

Para Jiménez de Asúa, la culpabilidad es un conjunto de presupuestos que fundamentan la reprochabilidad personal de la conducta antijurídica¹⁴

La culpabilidad, implica reprochabilidad, y ésta se da cuando el sujeto tiene libertad de voluntad, es decir, capacidad volitiva, el reproche es el indicador de la imputabilidad del sujeto, es decir, que éste cometió el ilícito en estado conciente y con voluntad, lo que le permite reconocer la transgresión a la norma jurídica, es así que el acto lo comete culpablemente, por lo tanto, su conducta es reprochable.

3.1. IMPUTABILIDAD

La imputabilidad debe ser estudiada en el tratado del delincuente con respecto al delito y como presupuesto de la culpabilidad, debe de ser considerada en la parte de la infracción, por lo que es imprescindible en la teoría jurídica del delito

De acuerdo a la definición del delito, surge la imputabilidad como requisito de un acto criminal para poder establecer la culpabilidad del sujeto, es decir, la imputación supone las condiciones necesarias para determinar en el sujeto la posibilidad de que se le atribuya la comisión de un delito, como producto

¹⁴ Jiménez de Asúa, Luis La Ley y el Delito. De Temis, 2a. edición, 1954. pág 379

de la actividad psicofísica de la personalidad.

Para ser culpable un individuo, es necesario que sea imputable, en la culpabilidad intervienen el conocimiento y la voluntad, por lo tanto, se requiere que éste ejerza sus facultades. A fin de que un individuo conozca la ilicitud de su acto y además quiera realizarlo, debe tener capacidad de *querer y entender*; así tenemos que la aptitud (intelectual y volitiva) constituye el presupuesto necesario de la culpabilidad.

A la imputabilidad se le considera como un elemento indispensable de la culpabilidad y como una facultad de conocer el delito.

En esencia, la imputabilidad es una cualidad del sujeto, entendiéndose por imputable, aquella persona a quién se atribuye o se puede imputar algo e imputar es la acción de atribuir a alguien como suyo, un determinado comportamiento que puede traerle consecuencias jurídicas.¹⁵

La imputabilidad, es siempre una capacidad del sujeto que le permite el conocimiento de la significación del hecho en el mundo normativo, es la capacidad de encaminar sus actos dentro del orden jurídico y esta condición hace posible la culpabilidad penal, infiriéndose que puede haber imputabilidad sin culpabilidad, pero no culpabilidad sin imputabilidad.

Con base en lo anterior, podemos concluir que la imputabilidad está determinada por la salud mental y por la madurez del individuo al momento de cometer el delito, mismas que le permitirán responder del mismo.

3.2 RESPONSABILIDAD.

La responsabilidad es el deber jurídico en que se encuentra el individuo imputable de dar cuenta a la sociedad por el hecho realizado.

Un individuo que no presenta alteración o trastorno mental que lo limite o imposibilite en su capacidad de *querer y entender*, es decir que al momento de la comisión del acto o hecho ilícito se encuentre en estado adecuado de salud y desarrollo mental, serán responsables de éste y por lo tanto, están obligados a responder por él.

¹⁵ Pavón Vasconcelos, Francisco. Imputabilidad e Inimputabilidad Editorial Porrúa. México. 1983. pág 58

La culpabilidad y la responsabilidad son consecuencias directas e inmediatas de la imputabilidad

Es importante establecer la diferencia entre estos tres conceptos, ya que en ocasiones la imputabilidad, la culpabilidad y la responsabilidad son considerados como sinónimos, así tenemos que la imputabilidad establece la relación de causalidad psíquica entre el delito y el sujeto; la responsabilidad es consecuencia de la imputabilidad, ya que es responsable el individuo que tiene capacidad para sufrir las consecuencias del delito, es decir, que la imputabilidad resulta del conjunto de todos los elementos del delito; y por último, la culpabilidad es un elemento característico de la infracción de carácter normativo, ya que no se puede aplicar a un individuo una pena, a no ser que se le declare culpable de la comisión del acto delictivo

Así tenemos que el imputable tiene la obligación de responder del hecho ante los tribunales, es decir, que se somete a un proceso en el que puede resultar absuelto o condenado, esto en función de que se demuestre la concurrencia o exclusión de antijuricidad o de culpabilidad en su conducta

Con respecto al término al término de responsabilidad, éste se usa al referirnos a la situación jurídica en que se coloca el autor de acto típicamente contrario a la ley, si el sujeto actúa culpablemente, es así que las determinaciones judiciales concluyen con la declaración de que el acusado es penalmente responsable del delito motivo del proceso y se establece la pena correspondiente.

Por lo antes expuesto, podemos decir que la responsabilidad es una relación entre el sujeto y el Estado, ya que este declara que el individuo actúa culpablemente y se hizo acreedor a las consecuencias señalada por la ley a su conducta.

3.3 INIMPUTABILIDAD

En el entendido que la imputabilidad es el sustento de la culpabilidad, ya que sin imputabilidad no existe culpabilidad y sin ésta no se conforma el delito; por lo tanto es indispensable la imputabilidad para el establecimiento de la figura delictiva; así mismo, podemos decir que la imputabilidad es la capacidad que tiene el individuo para conocer la ilicitud del acto cometido, es decir, tiene facultad para conocer el deber, en función de su salud mental y madurez emocional. En caso contrario, la inimputabilidad es el aspecto negativo de la imputabilidad.

Son causas de inimputabilidad la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros de las facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber,

es, aquellas causas en las que, si bien el hecho es típico y antijurídico, no se encuentra el agente en condiciones de que se le pueda atribuir el acto que perpetró ¹⁶

Las causas de inimputabilidad son la inmadurez mental del sujeto y la enfermedad mental, por lo que se dice que carece de capacidad psicológica para la comisión del acto delictivo, es decir *no tiene capacidad de querer y entender*

Para determinar las causas de la inimputabilidad se emplean los criterios biológico, psiquiátrico, psicológico y mixto.

El criterio biológico, se basa en las consideraciones biológicas u orgánicas relacionadas con la inmadurez mental del individuo. Es así que en los códigos encontramos que se toma entre los 16 y 18 años, para establecer la línea divisoria entre los imputables y los inimputables

El criterio psiquiátrico establece la inimputabilidad en función del trastorno o enfermedad mental, pudiendo ser trastorno permanente o transitorio.

El criterio psicológico, califica al sujeto inimputable, de acuerdo a su capacidad de entendimiento y voluntad, independientemente de la edad del sujeto

El criterio mixto, emplea combinaciones de los criterios enunciados anteriormente, así tenemos biológico-psiquiátrico, psicológico-psiquiátrico y el bio-psicológico

Existe también el criterio jurídico, siendo este la valoración que realiza el juez sobre la capacidad del sujeto para comprender el carácter ilícito de su comportamiento o para determinar conforme dicha comprensión, de tal manera que la inimputabilidad es consecuencia de dicha valoración al considerarse al sujeto incapaz de tal conocimiento de comprensión o de mover libremente su voluntad de acuerdo a la comprensión del hecho

4. PENOLOGIA

La Penología está considerada como el conjunto de disciplinas que tienen por objeto el estudio de las penas y medidas de seguridad, su finalidad y su ejecución.

Para Cuello Calón, la Penología es el conjunto de doctrinas e investigaciones relativas a todas las penas

¹⁶ Jiménez de Asúa, Luis Editorial A Bello Caracas página 339.

y medidas y a su ejecución.¹⁷

Podemos decir que la Penología, es el estudio de los diferentes medios de represión y prevención directa del delito (penas y medidas de seguridad), de sus métodos de aplicación y de la actuación postpenitenciaria.

Del principio básico de legalidad de la pena, surge como consecuencia la legalidad de su ejecución, es decir, que la ejecución de las penas y medidas de seguridad no han de quedar bajo el libre arbitrio de la autoridad penitenciaria o de la administración, sino que éstas deberán de ejecutarse de acuerdo a las disposiciones legales, con base en la forma y con las modalidades y circunstancias que éstas establezcan

4.1 LA PENA

Desde épocas lejanas, las sociedades han tenido un sistema de penas, ya sean de carácter público o privado, con un sentido de venganza o de protección de la vida comunitaria o para la readaptación de los culpables. Han existido diversos períodos como hemos mencionado al principio de este capítulo, así la pena se ha aplicado con inhumana dureza o humanitariamente, ya sea con diferentes fines, pero ésta siempre ha existido.

La pena es la privación o restricción de bienes jurídicos impuesta conforme a la ley, por los órganos jurisdiccionales competentes, al culpable de una infracción penal.¹⁸

La pena ha de ser establecida por la ley, el principio de legalidad de ésta, exige que en su clase y cuantía, se imponga de acuerdo a lo ordenado por la ley, este principio de legalidad permite que las penas no se apliquen al arbitrio de los jueces, siendo esto una garantía jurídica de la persona. Su imposición corresponde a los órganos jurisdiccionales del Estado, los Tribunales de justicia y debe de ser aplicada en razón del delito para el mantenimiento del orden jurídico y la protección de la vida social.

Cabe hacer la aclaración que no son penas las sanciones disciplinarias y otras medidas aplicadas por organismos no judiciales que tienen otros fines. Las penas deben aplicarse con base en la ley procesal y como consecuencia de un previo juicio penal.

¹⁷ Cuello Calón, Eugenio. La Moderna Penología (Represión del Delito y Tratamiento de los Delincuentes. Penas y Medidas de Ejecución). Editorial Bosch. Barcelona, 1958. pág. 10

¹⁸ Cuello Calón, Eugenio. La Moderna Penología. (Represión del Delito y Tratamiento de los Delincuentes, Penas y Medidas de ejecución) Editorial Bosch. Barcelona, 1958. pág. 16

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PENA

Como mencionamos con antelación, el fin último de la pena, es la salvaguarda de la sociedad; la pena debe ser *intimidatoria*, es decir, que su aplicación debe crear temor en el sujeto, *ejemplar*, debe servir de ejemplo a los demás, a fin de que perciban la efectividad de la amenaza estatal; *correctiva*, ya que se busca la readaptación social del individuo, mediante el tratamiento técnico, tratando con esto de evitar la reincidencia; *eliminadora*, ya sea temporal o definitivamente y *justa*, si la pena fuese injusta, traería males mayores, tanto en el que sufre la pena, como para los individuos que conforman la sociedad, quienes esperan que el Derecho realice elevados valores entre los cuales destacan la justicia, la seguridad y el bienestar sociales.

4.1.2 INDIVIDUALIZACIÓN DE LA PENA

La sociedad en general, exige que a los sujetos que cometen graves delitos, se les apliquen penas severas y menos severas para los delitos menos graves, si se aplicaran penas iguales a todos los delitos, éstas solo contendrían pequeños delitos, por lo que es importante la proporción entre pena y delito ahora bien, la proporcionalidad entre delito y pena se concibe cuando solo se considera que se pretende también la reincorporación social del penado o si se considera necesario, la segregación de la vida social. Es así que si la aplicación se da con carácter de tratamiento de readaptación o con carácter asegurativo, la pena debe corresponder a la personalidad del delincuente, es decir, debe individualizarse, siempre y cuando no se imponga con estricto carácter retributivo o con la finalidad de prevención general; la adaptación a la persona del delincuente, tiene poca importancia

La individualización de la pena, tiene por objeto el establecer el tratamiento a la antisocialidad, la que se manifiesta en la comisión del delito y la infracción viene siendo síntoma y medida, de ahí que se tome al delito como medio de la manifestación de la peligrosidad del sujeto

Cuando la pena corresponda a la personalidad del delincuente, la relación entre éstas, se da con base en

1º La infracción cometida, puede revelar la personalidad del delincuente y se debe tomar en cuenta la clase de la norma violada, así tenemos que un delito contra la integridad física a un delito sexual, corresponden a una personalidad peligrosa, las circunstancias que revelen el grado de culpabilidad, las que se presenten en el acto ilícito y tengan relación con la personalidad del delincuente, nos referimos a los medios, que serán reveladores de la aptitud del delincuente para la comisión de actos ilícitos y el resultado, si este es más o menos dañoso y especialmente los móviles; todos estos elementos serán muy importantes para conocer las características del sujeto

2º Es de gran importancia el conocer las condiciones biológicas, psíquicas y sociales del autor establecer si se trata de un sujeto mentalmente sano o enfermo mental; si es un primodelincuente o un reincidente; si es habitual u ocasional, si es menor o e adulto, pretendiendo conocer si estas circunstancias inciden en la conducta del individuo, ya que esto permitirá conocer el sentido del hecho

Todas estas características deben ser conocidas para la aplicación de la pena o la medida de seguridad, según sea el caso, la objetividad del delito, la culpabilidad del sujeto, los móviles y las condiciones personales de éste.

Podemos entender la individualización penal, como base para la adecuación de la pena a la personalidad del individuo, como tratamiento o como medio de protección social contra los inadaptables y la pena deberá adaptarse a la peligrosidad del sujeto. Ahora bien, la individualización de la pena puede ser también de acuerdo a la culpabilidad del individuo.

Con respecto a la personalidad, podemos decir que es el conjunto de factores biológicos, psicológicos, morales, sociales y culturales del individuo, ya sea por factores hereditarios o por influencia del medio ambiente.

Es muy importante la individualización que hace el juez y para esto es necesario: a) el juez debe tener una preparación criminológica, psicológica y sociológica, ya que se le considera "perito de peritos". debido a que debe realizar las valoraciones, sin embargo, se puede apoyar en especialistas b) Que el juez disponga antes del juicio de informes debidamente estructurados de la personalidad del sujeto, dichos informes deberán contener aspectos bio-psico-sociales del delincuente

Los mencionados informes son de gran importancia, ya que a un individuo con apariencia de imputable, mediante el estudio se puede detectar a un enfermo mental

4.2 LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Se han elaborado variadas definiciones sobre las medidas de seguridad, todas encaminadas a aclarar que son las medidas de seguridad, mismas que se aplican con un carácter preventivo y tutelar.

La distinción entre las penas y las medidas de seguridad, radica en que las penas tienen la base de expiación y de retribución y las medidas de seguridad, se aplican sin carácter aflictivo, ya que éstas se aplican de manera fundamental dirigidas hacia la evitación de nuevos delitos a los sujetos denominados imputables.

Se deben considerar como penas la prisión y la multa y como medidas de seguridad los demás medios de que se vale el Estado para sancionar, pues en la actualidad ya han sido desterrados otras penas como los azotes, la marca, la mutilación, etc.¹⁹

Las medidas de seguridad, se aplican al individuo por haber cometido una infracción típica y dado que toman en cuenta la peligrosidad y estado mental del individuo, es decir se aplican a los "incapaces", a los que tienen alteraciones mentales o con inmadurez mental, con un tiempo indeterminado y tienen un carácter asegurativo.

Podemos decir que la medida de seguridad, es un instrumento encaminado a la prevención, que pretende impedir la comisión de nuevos delitos y la readaptación de los individuos a la sociedad, mismas que se aplican sin carácter aflictivo o retributivo

Habiendo revisado los aspectos jurídicos, corresponde analizar la aplicación de éstos, de manera específica a los individuos que presentan un padecimiento psiquiátrico.

¹⁹ Castellanos, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. Editorial Porrúa México, 1981 pág. 309.

CAPITULO III

1. MARCO LEGAL DEL ENFERMO MENTAL EN RECLUSION.

En el capítulo anterior nos referimos a las ideas penales y a sus diferentes orientaciones; como podemos apreciar, el periodo humanitario surge históricamente mediante estructuras jurídicas de diversa índole pero con un común denominador, que es el garantizar un trato humano y justo a todos los hombres y de manera particular, a aquellos que se encuentran privados de su libertad.

En las diferentes etapas históricas en nuestro país, han surgido diversos ordenamientos jurídicos, así tenemos que en la época colonial, tuvieron vigencia tanto los ordenamientos generales para España, como los que se dictaron posteriormente para las nuevas colonias de la Corona Española, destacando las Partidas de 1265, las Recopilaciones de las Leyes de los Reinos de las Indias, de 1680.

Al lograr México su independencia, es hasta el año de 1831 cuando surge el primer texto penal, conocido como el Bosquejo o Plan General de Código Penal, para el Estado de México, el cual no alcanzó carácter de ley, por lo que aún en el siglo XIX se siguieron aplicando los mandatos del periodo colonial.

Posteriormente las cartas constitucionales se fueron estructurando en lo que a materia penal se refiere, fortaleciéndose los principios de legalidad material y procesal con tendencias humanitarias, sobretodo en lo que a la pena se refiere

En este mismo siglo, destaca la obra legislativa de Fernando J. Corona, quien elaboró los proyectos de Código Civil, Penal y de Procedimientos para Veracruz de 1869. En el Distrito Federal el Código Penal con aplicación al fuero federal, fue promulgado el 7 de diciembre de 1871, siendo su principal autor Antonio Martínez de Castro. el fundamento de este Código eran los postulados de la Escuela Clásica, la que reconocía la responsabilidad moral y el libre albedrío, considerando también atenuantes y agravantes, y estableció las bases del sistema penitenciario y la libertad preparatoria.

Más adelante, el 30 de septiembre de 1929, se expidió un nuevo Código Penal, atribuyéndose principalmente su autoría a José Alvarez, este Código era de marcada tendencia positivista, teniendo como parte central al delincuente por tal motivo fue seriamente criticado y su vigencia fue de dos años. Sin embargo, hubo algunos puntos que se rescataron de este Código considerados como aciertos, tales como la supresión de la pena de muerte y la decadencia del jurado, entre otros

El Código Penal vigente, fue realizado por una comisión, la cual estaba integrada por José López Lira, José Angel Ceniceros, Alfonso Teja Sabre y Ernesto G. Garza y fue promulgado el 13 de agosto de 1931, caracterizándose por no adoptar tendencias doctrinales. En sus puntos más relevantes destacan la ampliación del arbitrio judicial, se favoreció la individualización de las sanciones y la eficaz reparación del daño, y se simplificó el procedimiento.

Es en la Constitución de 1917, donde se marcaron lineamientos más claros para la operación del sistema penitenciario, en ésta se limitó la prisión preventiva al procedimiento por delito que merecía pena corporal o alternativa pecuniaria y corporal y ordenó la separación entre procesados y sentenciados, estipuló que toda pena de más de 2 años de prisión se hiciera efectiva en colonias penales o presidios que dependieran directamente del Gobierno Federal y que estarían fuera de las poblaciones, debiendo pagar los Estados de la Federación los gastos que correspondieran por el número de reos que tuvieran dichos establecimientos.

Posteriormente, México toma como base las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, establecidas por la ONU, aprobadas el 31 de julio de 1957, esta es la propuesta cuyas bases son la respuesta a la necesidad de una dignificación en pro de los derechos humanos y expone un nuevo proyecto penitenciario.

Es en 1971 cuando se aprueba por el Congreso Federal, la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, que regula el tratamiento de readaptación social con base en el trabajo, la capacitación para el mismo y la educación, como lo indica el artículo 18° Constitucional.

En el presente trabajo, corresponde atender al principio de legalidad, el cual emana de las políticas legislativas que establece el Estado en materia de procuración, impartición y administración de justicia, y es así que se cuenta con diferentes documentos que permiten la determinación, aplicación y desarrollo de la pena privativa de la libertad y el trato y tratamiento del enfermo mental en reclusión.

2. DOCUMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES.

En los últimos años ha aumentado el interés internacional en el tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales. Durante muchos años, en las Naciones Unidas se han interesado en la *protección de las persona que se encuentran en situación desventajosa, cuyos derechos se ven a menudo restringidos*. Las personas que padecen enfermedades mentales son especialmente vulnerables y exigen protección especial, por lo tanto es indispensable definir y establecer claramente sus derechos de conformidad con la Carta Internacional de los Derechos Humanos.

En nuestro país, todos los documentos que se han publicado, van con el interés de dar protección a las personas que padecen enfermedades mentales y al mejoramiento de la atención de la salud mental, centrándose en esta pequeña minoría de pacientes que sufren enfermedades mentales y necesitan ser internados.

Los documentos que durante diversas etapas se han implementado, tiene como finalidad el garantizar que al hombre en reclusión y en este caso al enfermo mental, se le proporcione un trato y tratamiento digno, así como también limitar el poder del Estado en la aplicación de las sanciones.

Las normas jurídicas establecen las circunstancias excluyentes de responsabilidad penal en el caso de los enfermos mentales, el tratamiento médico-psiquiátrico que se les debe de dar en los centros de reclusión.

En la legislación penal de nuestro país, como se hizo referencia en el capítulo anterior, que se considera como una circunstancia excluyente de responsabilidad que el inculpado padezca, en el momento de *cometer la infracción, un trastorno mental o un desarrollo mental retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho*. De ahí la importancia de la normatividad penal y procedimental destinada a regular el tratamiento especial que debe darse a los inimputables. Sin embargo, ocurre a menudo que los enfermos mentales no son declarados inimputables y que no reciben un tratamiento médico adecuado, con lo que se vulnera en múltiples formas su dignidad humana.

Los documentos que regulan el tratamiento, las instalaciones y al personal médico, son emitidos por la Secretaría de Salud, pero también se cuenta en nuestro país con documentos que no obligan jurídicamente, pero proporcionan los medios para el respeto a los derecho humanos.

Los documentos internacionales y nacionales, en lo que al enfermo mental en reclusión se refiere, son los siguientes:

2.1 DOCUMENTOS INTERNACIONALES.

Los Documentos Internacionales, son fundamentalmente de carácter universal, y no imponen obligaciones jurídicas, sin embargo, son una importante fuente doctrinaria, algunos emanan de la Organización de las Naciones Unidas y otros por Asociaciones Médicas y Psiquiátricas preocupadas por brindar un mejor trato y tratamiento al enfermo mental, encaminadas principalmente a promover mejores niveles de vida del enfermo mental y para la protección de sus derechos humanos. Así mismo, es importante el considerar los aspectos éticos plasmados en diversos documentos los cuales tienen como objetivo, prevenir el uso inadecuado de los conceptos, las técnicas y los conocimientos médico-psiquiátricos.

Por lo anteriormente expuesto, consideramos importante hacer una revisión de algunos documentos internacionales, ya que tienen también como principal objetivo tanto el de servir de guía como el de estimular a los gobiernos, los organismos especializados, las organizaciones nacionales, regionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales competentes y particulares para que adopten estas disposiciones en beneficio del enfermo mental tanto en libertad, como en reclusión

A **DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL RETRASADO MENTAL.**²⁰

Esta declaración consta de siete puntos y establece que el retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos, por lo tanto tiene derecho a la atención médica y al tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes, a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso, tiene derecho, de acuerdo a sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil. Considera que de ser posible, el retrasado mental, tiene derecho a residir con su familia, o en un hogar que lo reemplace en donde debe de recibir asistencia y en caso que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, en donde el ambiente y las condiciones de vida, deberán asemejarse, en lo posible, a los de la vida normal y participar en la vida de su comunidad.

Así mismo, considera que el retrasado mental debe de ser protegido contra toda explotación y

²⁰ Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante resolución 2856, de fecha 20 de diciembre de 1971

todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer todos sus derechos, o si se requiere de limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión, deberá entrañar salvaguardas jurídicas que lo protejan contra toda forma de abuso. Este procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

B PRINCIPIOS DE ETICA MEDICA APLICABLES A LA FUNCION DEL PERSONAL DE SALUD. ESPECIALMENTE LOS MEDICOS, EN LA PROTECCION DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.²¹

Este documento consta de cinco Principios y básicamente hace referencia a que el personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas, tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que están en libertad.

Considera como una violación de la ética médica y un delito la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.

Así mismo, considera como violación a la ética médica el que el personal de salud, establezca con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de éstos.

Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos, contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes.

²¹ Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

La participación del personal de salud, en particular los médicos en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presente peligro para la salud del preso o detenido.

Establece que no podrá admitirse suspensión alguna de los principios anteriores por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública

C PRINCIPIOS PARA LA PROTECCION DE LOS ENFERMOS MENTALES, Y PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL.²²

La aplicación de estos principios será sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

Este documento cuenta con una Cláusula General de Limitación, la cual establece que los derechos enunciados en los 25 Principios que lo conforman, solo podrán estar sujetos a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros

El Principio 1, se refiere a las *Libertades Fundamentales y Derechos Básicos*, enunciadas en siete puntos, estableciendo que todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, misma que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. El trato a los enfermos mentales será con humanidad y respeto a la dignidad humana, y que deberán ser protegidos contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y degradante, y así como el que no habrá discriminación por motivo de la enfermedad mental.

Las personas que padezcan enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el

²² Aprobados por el Consejo Económico y Social de la ONU, el 17 de diciembre de 1991

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes.

Establece que cuando una persona con enfermedad mental, carece de capacidad jurídica, se le deberá designar un representante personal, y esta decisión se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trata tendrá derecho a estar representada por un defensor y en caso de que si por ella misma no obtiene la representación, se le pondrá a su disposición, sin cargo alguno, en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios y el asesor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo tuviese, y cualquier otro interesado tendrá derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

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

El Principio 2, se refiere a la *protección de los menores*, el cual refiere que para la protección de los derechos de los menores, de ser necesario, se establecerá un representante legal que no sea miembro de la familia.

El Principio 3, establece que todo enfermo mental tiene derecho a vivir y trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

El Principio 4, hace referencia a la *determinación de una enfermedad mental*, en cinco puntos, considerando que la determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente y esta determinación no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental, de igual manera los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona, en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

Por otra parte, establece que el que una persona cuente con un historial de tratamiento o de hospitalización no serán elementos suficientes para justificar, en el presente o en el porvenir, la determinación de una enfermedad mental y que ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental, salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta

El Principio 5, se refiere al *Examen Médico*, estableciendo que ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el Derecho nacional.

El Principio 6, nos habla de la *confidencialidad*, ya se debe respetar el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne

El Principio 7, está integrado por tres puntos, y se refiere a la *importancia de la comunidad y de la cultura* y está integrado por tres puntos, en los cuales establece que los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados y atendidos, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive, y que cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos, y tendrá derecho de regresar a su comunidad, lo antes posible y que el tratamiento, será adecuado a sus antecedentes culturales

El Principio 8, consta de dos puntos, refiriéndose éstos a las *normas de atención*, estableciendo que todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos y que se protegerá a todo paciente de cualquier daño, incluida la administración de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas o actos que causen ansiedad mental o molestia física

El principio 9, se refiere al *tratamiento*, y establece que los pacientes tendrán derecho a ser tratados en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento que menos lo altere y que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros

El tratamiento y los cuidados de cada paciente se implementarán de manera individual, examinado con el paciente, revisando periódicamente, modificando y aplicado por personal calificado y la atención psiquiátrica se proporcionará siempre en apego a las normas de ética de los profesionales de salud mental, principalmente las aceptadas internacionalmente y finalmente, el tratamiento de cada paciente, estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

El Principio 10, considera dos puntos y se refiere a la *medicación*, y nos dice que ésta responderá a las necesidades del tratamiento y que solo se administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y de ninguna manera como castigo o para conveniencia de terceros y los medicamentos solo podrán ser administrados por profesionales que estén autorizados por la ley y se registrará en el historial del paciente.

El Principio 11, se refiere al *consentimiento para el tratamiento* y considera dieciséis puntos, y nos dicen que se debe contar con el consentimiento informado del paciente para que se administre éste, excepto en los casos previstos en los puntos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio y se entiende por consentimiento informado el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda acerca de su diagnóstico y evaluación, el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se esperan obtener del tratamiento propuesto y las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles, así mismo, los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto, el paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido de su consentimiento y estén presentes una o más personas de su elección. Así mismo, éste tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo y se deberá explicarle las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento.

Por otra parte, no se deberá de alentar o persuadir a un paciente de que renuncie a su derecho a dar un consentimiento informado. En caso de que el paciente desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando se den las siguientes circunstancias: a) que el paciente, al momento de aplicar el tratamiento sea un paciente involuntario, b) que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 de este principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado a dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo en

presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento, y c) que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

La disposición anterior no se aplicará cuando el paciente tenga representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente, sin embargo, se podrá aplicar un tratamiento al paciente sin su consentimiento informado cuando, después de que se le haya proporcionado la información y el representante personal otorgue su consentimiento en nombre del paciente. Ahora bien, se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente, sin su consentimiento informado, si un profesional de salud mental calificado y autorizado por la ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Este tratamiento no se aplicará más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. En caso de que se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible, y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

Ante la aplicación de todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente, y se señalará si es voluntario o involuntario.

Se establece también que no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a aislamiento involuntario, salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros y esta práctica no se prolongará más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito y todas estas medidas, se registrarán en el historial clínico del paciente. En caso de la aplicación de la restricción física o aislamiento involuntario, el paciente deberá ser mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión y la supervisión inmediata y regular de personal calificado, así mismo, se deberá dar aviso de la aplicación de estas medidas a los familiares o su representante.

Se hace referencia, a que no podrá aplicarse la esterilización como tratamiento a la enfermedad mental.

En caso de que un enfermo mental requiera de un procedimiento médico o una intervención quirúrgica importante, se realizará cuando lo autorice la legislación nacional, siempre y cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el

paciente otorgue su consentimiento informado, y en caso de que no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la intervención quirúrgica después de practicarse un examen independiente.

Es importante hacer mención que no se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica, y esos tratamientos solo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente. Así mismo, este documento establece que no se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso solo podrá ser sometido a ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con ese propósito.

El Principio 12, se refiere a la *información sobre los derechos de los pacientes*, contenidos en tres puntos; refiriendo que todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los Principios presentes y de acuerdo a la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos. En tanto el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o a las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo. Si el paciente tiene la capacidad necesaria, tiene derecho a designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante la autoridad de la institución.

El Principio 13, establece los *derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas*, y se refiere específicamente a que todo paciente tiene el derecho en la institución psiquiátrica al reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, a su vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad de religión o creencia.

Con respecto al medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas, éstas deberán aproximarse en la mayor de las posibilidades, a las condiciones de vida normal de las personas de edad similar y deberán contar con instalaciones para actividades de recreo,

educativas, para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación, así mismo, además de las instalaciones, el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adoptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación y colocación laboral, que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad. Se hace hincapié que de ninguna manera el paciente podrá ser sometido a trabajos forzados, y que de acuerdo a las necesidades del paciente y de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar, así mismo el trabajo no será objeto de explotación y éste deberá ser remunerado, de conformidad con las leyes o costumbres nacionales

El Principio 14, considera los recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas, y que éstos deben ser los mismos recursos que los de cualquier establecimiento sanitario, y en particular deben contar con personal médico y otros profesionales calificados en números suficiente, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y programas de tratamiento incluyendo el medicamento y terapias apropiadas, así como, equipo de diagnóstico y terapéutico, para los pacientes, atención profesional.

El Principio 15, se refiere a la *admisión*, sin embargo, dadas las características de la población a la que nos estamos refiriendo, este principio no se aplica

El Principio 16, nos habla de la *admisión involuntaria*, refiriendo que una persona solo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiere sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad que esa persona padece una enfermedad mental y considere: a) debido a esa enfermedad mental el sujeto, represente un riesgo grave de daño inmediata o inminente para esa persona o para terceros, b) que en el caso de que la persona tenga afectada la capacidad de juicio, y el hecho de que no se le admita o retenga pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado.

El Principio 17, hace referencia al *órgano de revisión*, éste deberá actuar de acuerdo a la legislación nacional y deberá estar integrado por especialistas en la materia, para la emisión de sus determinaciones, emitirá su decisión acerca de admitir o retener a una persona como paciente, así mismo deberá revisar periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables y posterior a estas revisiones determinará la conveniencia de que el

paciente continúe es la institución psiquiátrica, y en caso de que considere que ya no es necesario, verificará que se emita el "alta" correspondiente. el paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

El Principio 18, se refiere a las *garantías procesales*, constando éstas en ocho puntos, estableciendo que el paciente tiene derecho a designar un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, si éste no obtiene esos servicios por su cuenta, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno, en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar, de igual manera establece que el paciente tendrá derecho a un intérprete, cuando tales servicios sean necesarios, el paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualquier otro informe o pruebas orales, escritas o de otra índole que sean pertinentes. También se le proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicarían gravemente la salud del paciente o pondrían en peligro la seguridad de terceros. Todo documento que no se proporcione al paciente, deberá proporcionarse al representante personal y defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial.

Con respecto a las audiencias, se establece que tanto el paciente como su defensor, deberán presentarse a éstas, siempre y cuando esté avalado por especialista en la materia el estado del paciente. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella, se expresarán por escrito, proporcionándose copias al paciente, a su representante personal y a su defensor legal, estos puntos hacen énfasis en el respeto hacia la vida privada del paciente, por lo que establecen que deberá de tomarse en cuenta la decisión del paciente, siempre y cuando no se afecte a terceros.

El Principio 19, hace referencia a que el paciente o expaciente, tendrán derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga de él la institución psiquiátrica, estando este punto a restricción si se considera que se pueden afectar la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros.

El Principio 20, cobra relevancia para nuestro trabajo, dado que hace referencia a *delinquentes*, es decir, a personas que cumplan penas de prisión por 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. Se establece que estas personas deben recibir la mejor atención disponible de salud mental, y que los presentes

principios, deben aplicarse lo más apegado posible, con las contadas modificaciones y excepciones que se impongan por las circunstancias, haciendo hincapié que ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas. Con respecto a la legislación nacional, refiere que podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

El principio 21, hace referencia a que tanto los pacientes como los expacientes, tendrán derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

Con respecto a la *vigilancia y los recursos*, el Principio 22, establece que los Estados velarán por que existan los mecanismos adecuados para que se promueva la aplicación de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas, y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

La *aplicación* de los presentes Principios, está considerada en el principio 23, considerada en dos puntos, estableciendo que los Estados deberán aplicarlos adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente y que deberán, así mismo, dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

En el Principio 24, refiere que el *alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas* son para todas las personas que ingresen a una institución psiquiátrica.

Para el *mantenimiento de los derechos reconocidos*, se establece en el Principio 25, en el que dice que no se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el Derecho Internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que solo los reconocen parcialmente.

D REGLAS MINIMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS.²³

De acuerdo a lo que en este documento establecen las Observaciones Preliminares, el objeto de estas Reglas, no es describir un sistema penitenciario modelo, sino establecer, únicamente

²³ Aprobadas por el Consejo Económico y Social de la ONU, del 31 de julio de 1957.

conceptos generales que permitan una buena organización penitenciaria y el tratamiento de los reclusos, dado que considerando la diversidad de condiciones jurídicas, sociales, económicas y geográficas existentes a nivel internacional, no se pueden aplicar en todas partes y en todo tiempo, pero si pretenden proporcionar los principios mínimos admitidos por las Naciones Unidas.

Además de lo anterior, se considera que estas reglas evolucionan constantemente, se tienen que ir ajustando de acuerdo a las experiencias y las prácticas, pero que se deben ajustar a lo establecido por éstas

La Primera parte, corresponde a las Reglas de Aplicación General

Como *Principio fundamental*, establece que las reglas deben ser aplicadas imparcialmente, es decir, no debe haber diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o cualquier otra opinión, de origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación. Se considera que por el contrario, es importante respetar las creencias religiosas y los preceptos morales del grupo a que pertenezca el recluso

Con respecto al *registro*, nos dicen que todo sitio de detención, se debe llevar un registro empastado y foliado, en donde se debe registrar la identidad, los motivos de detención y la autoridad competente que la dispuso, el día, la hora del ingreso y de la salida, de los reclusos, y que ninguna persona podrá ser admitida en un establecimiento sin una orden válida de detención, cuyos detalles deberán ser consignados previamente en el registro

Remarca la *separación de categorías*, refiriéndose a que los reclusos deberán ser alojados en diferentes establecimientos o secciones, de acuerdo a su sexo y edad, sus antecedentes, los motivos de su detención y el trato que correspondía aplicarles. Es así que, los hombres y las mujeres deben ser reclusos en establecimientos separados; los detenidos en prisión preventiva, deben ser separados de los que estén cumpliendo condena, las personas presas por deudas y los demás condenados a alguna forma de prisión por razones civiles deberán ser separados de los detenidos por delitos penales y los menores, deben ser separados de los adultos.

Con respecto a los *locales destinados a los reclusos*, las celdas o cuartos destinados al aislamiento nocturno no deberán ser ocupados más que por un solo recluso. sin embargo, en caso de que exista sobrepoblación, se puede hacer excepción a esta regla. Para la ubicación de los reclusos en los dormitorios, se debe hacer una selección de éstos y ser reconocidos como

aptos para ser alojados en estas condiciones y por la noche. se debe establecer una vigilancia, de acuerdo al tipo de establecimiento de que se trate

Por otra parte, se establece que las instalaciones deben satisfacer las exigencias de higiene, tomando en cuenta el clima, particularmente en que al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación concierne. Es así que se considera la arquitectura, donde las ventanas tendrán que ser lo suficientemente grandes, para que el recluso pueda leer y trabajar con luz natural, y que deberá estar dispuestas para que entre aire fresco y que no haya ventilación artificial. Que se debe contar con instalaciones sanitarias, con baño y ducha, y que deben ser mantenidas en debido estado de conservación y limpias.

De la *higiene personal*, considera que se les debe exigir a los reclusos aseo personal, proporcionándoles agua y los artículos de aseo necesarios.

Con respecto a las *ropas y camas*, se establece que si los reclusos no pueden portar sus propias ropas, se les proporcionarán uniformes apropiados a las condiciones climatológicas y que no deben ser degradantes ni humillantes y que además, se les deben proporcionar los medios para que éstas se mantengan limpias. De las *camas*, se les debe proporcionar una cama individual con su respectiva ropa de cama, y de igual manera se les deben proporcionar los medios, para mantenerlas en adecuadas condiciones de higiene

De la *alimentación*, ésta deberá de administrarse en cantidad suficiente y de buena calidad, con suficiente valor nutritivo, que le permita mantener su salud y sus fuerzas. Así mismo, que todo recluso, debe tener la posibilidad de proveerse de agua potable, cuando la necesite

El recluso debe de disponer en caso de que no realice un trabajo al aire libre, de por lo menos una hora, de ejercicio físico al aire libre, y que aquellos reclusos, cuyas edades lo permita, deberán realizar actividades de educación física y recreativa; por lo que la institución deberá contar con las instalaciones pertinentes para cubrir estas actividades

Con respecto a los *servicios médicos*, se establece que toda institución penitenciaria debe contar por lo menos, con los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos sobre psiquiatría. Los servicios médicos, deberán estar regulados por el servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberá, de ser posible, contar con un servicio psiquiátrico para diagnóstico y para el tratamiento de los casos de enfermedad mental. En caso de que se requiera de cuidados especiales, los reclusos deberán ser trasladados a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Si la institución cuenta con

servicios internos para hospitalización, éstos deberán provistos del material, del instrumental y de los medicamentos necesarios, para proporcionarle al recluso los cuidados y el tratamiento adecuado. Además, el personal debe tener preparación profesional. Así mismo, se les debe proporcionar servicio dental.

Con respecto a las instituciones para mujeres, éstas deben contar con instalaciones para atender a las reclusas embarazadas y a las que acaban de dar a luz y a las convalecientes. Se les debe proporcionar los servicios, para el registro del menor. En caso de que se les permita a las madres tener a sus menores hijos, se les debe proporcionar servicios de guardería infantil, atendidos por personal calificado, donde serán depositados en tanto no sean atendidos por las madres.

Establece que al ingreso de cada recluso, éstos deben ser examinados y en ulteriores ocasiones, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, para tomar las medidas necesarias de tratamiento, considerando el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas. Así mismo, señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

Se establecen las responsabilidades los médicos, tales como que deben presentar un informe al director del establecimiento, cada vez que considere que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de reclusión, la inspección y asesoramiento al director respecto a la alimentación de los reclusos, la higiene y aseo de los reclusos, las condiciones sanitarias, la calefacción el alumbrado y la ventilación del establecimiento. Así mismo, debe de vigilar la calidad y el aseo de las ropas y de las camas. la observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva. Por otra parte, el director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico.

De la *disciplina y de las sanciones*, establece que se mantendrán con firmeza, para mantener la seguridad y la buena organización de la vida en común.

Con respecto a los reclusos, establece que éstos no podrán desempeñar en los centros de reclusión, actividades que les confieran el poder ejecutar facultades disciplinarias. sin embargo, se considera que en algunos casos, esta regla no debe ser un obstáculo para el funcionamiento de los sistemas con base de autogobierno, entendiéndose por esto, que se les puede delegar a algunos reclusos en grupo, ciertas actividades o responsabilidades de orden social, deportivo o educativo, bajo la debida supervisión.

De los documentos que regulan las actividades en los centros de reclusión, establece que éstos deben determinar en cada caso, la conducta que constituya una infracción disciplinaria, el carácter y la duración de las sanciones disciplinarias que se puedan aplicar y la autoridad competente, para su aplicación. Así mismo, establece que ante cualquier sanción que se atribuya, se le deberá informar al recluso y se le permitirá que presente su defensa. Las sanciones aplicables a los reclusos, como el encierro en celdas oscuras, y toda sanción cruel, inhumana o degradante, quedan completamente prohibidas. Con respecto a los aislamientos y reducción de alimentos, se aplicarán previa valoración médica, y esto se aplicará para cualquier otra sanción que pueda perjudicar la salud física o mental del recluso y estando bajo estas sanciones, el médico lo visitará todos los días, para verificar el estado de salud e informará al director de la institución y si lo considera necesario, pondrá término o modificará la sanción, por razones de salud mental o física.

Se consideran medios de *coerción* las esposas, cadenas, grillos y camisas de fuerza, los que nunca se aplicarán como sanciones; y las cadenas y grillos, no deberán aplicarse como medida de coerción, solo pudiendo utilizarse los demás medios en caso de que se apliquen como medida precautoria contra una evasión durante un traslado, siempre y cuando sean retiradas cuando el recluso comparezca ante alguna autoridad judicial o administrativa; se podrán aplicar por razones médica y bajo indicación del médico, por orden del director, si han fracasado otros medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe así mismo o dañe a otros o produzca daños materiales; en estos casos el director deberá informar a la autoridad administrativa superior.

El modelo y los métodos de empleo autorizados de los medios de coerción serán determinados por la administración penitenciaria central. Su aplicación no deberá prolongarse más allá del tiempo estrictamente necesario.

Acerca de la *información y derecho de queja de los reclusos*, establece que los reclusos a su ingreso, deberán ser informados de manera escrita sobre el régimen de la institución, y los medios a los que puede acudir para informarse y formular quejas; y cualquier otra información acerca de sus derechos y obligaciones que le permitan su adaptación a la vida de reclusión, en caso de que el recluso sea analfabeta, la información se le proporcionará de manera verbal. Así mismo, los reclusos, podrán presentar quejas o peticiones al director del establecimiento o al funcionario autorizado y podrán hablar con autoridades de más alta jerarquía sin que las autoridades del establecimiento estén presentes. Se considera también que todo recluso podrá dirigir por la vía prescrita sin censura en cuanto al fondo, petición o queja a la administración

central, a la autoridad judicial o a cualquier otra autoridad competente.

Del *contacto con el mundo exterior*, estas reglas establecen que los reclusos podrán comunicarse de manera periódica con sus familiares y con amigos, bajo la debida vigilancia, ya sea por *correspondencia* o mediante *visitas* de éstos

Con respecto a los reclusos extranjeros, éstos podrán comunicarse con sus representantes diplomáticos y consulares. Un punto importante, es el que los reclusos, deberán ser informados periódicamente de los acontecimientos más importantes, ya sea por los diarios, revistas o publicaciones penitenciarias especiales, por radio, conferencias o cualquier otro medio similar, autorizado o supervisado por la administración

Los establecimientos de reclusión, deberán contar con una *biblioteca*, la cual deberá estar provista de libros instructivos y recreativos y se deberá de promover entre los reclusos a que asistan a dar lectura a éstos.

Con respecto a la *religión*, refiere que se les debe de dar asistencia religiosa, de acuerdo a las diferentes religiones, siempre y cuando el número de los reclusos lo justifique, mediante un representante autorizado de dicho culto, quien deberá ser autorizado para realizar los servicios religiosos y dar la asistencia de manera individual, así mismo, se les deberá permitir participar en los servicios organizados en el establecimiento y tener en su poder libros piadosos y de instrucción religiosa

Del *depósito de objetos pertenecientes a los reclusos*, nos menciona el documento que al ingresar un recluso, el dinero, los objetos de valor, ropas y otros efectos que le pertenezcan y que no esté permitido que los conserve dentro del establecimiento, deberán ser guardados en un lugar seguro y que garantice su conservación, previo inventario de éstos, mismo que deberá de firmar el recluso. Al egreso, le serán devueltas sus pertenencias, debiendo firmar un recibo de la recepción de las mismas

De la *notificación de defunción, enfermedad y traslados*. En caso de fallecimiento del recluso o enfermedad o accidente graves, o de su traslado a un establecimiento para enfermos mentales, las autoridades a quien corresponda del establecimiento, deberán informar al familiar más directo, pudiendo ser la esposa o concubina o a cualquier persona designada previamente por el recluso

Por otra parte, en caso del fallecimiento de alguno de sus familiares o con enfermedad grave, se

le informará de manera inmediata al recluso y en caso de que fuese posible, se le autorizará que acuda a la situación que se presente, ya sea solo o custodiado, según se considere lo necesario

Con respecto a su detención, todo recluso tendrá derecho a comunicar de manera inmediata a su familia de su situación o traslado a otra institución.

En caso de que se el *traslado del recluso*, se tratará de exponerlos al público lo menos posible y se tomarán las medidas necesarias para protegerlos de insultos, o de la curiosidad del público y para impedir toda clase de publicidad. El transporte donde se realice el traslado de los reclusos, deberá estar en buenas condiciones de ventilación o de luz, y se deberá evitar que se les imponga un sufrimiento físico y éste se hará a expensas de la administración y en condiciones de igualdad para todos

Con respecto al *personal penitenciario*, se considera en estas reglas que deberá ser seleccionado cuidadosamente, dado que de la integridad, humanidad, aptitud personal y capacidad profesional de este personal dependerá la buena dirección de los establecimientos penitenciarios. Corresponde a la administración penitenciaria el que se mantenga el espíritu del personal y de la opinión pública, de que el sistema penitenciario constituye un servicio social de gran importancia y, al efecto, utilizará todos los medios apropiados para informar al público. Para lograr lo antes expuesto, se requiere que el personal trabaje únicamente como funcionarios penitenciarios profesionales, tener la condición de empleados públicos y, por tanto, la seguridad de que la estabilidad en su empleo dependerá únicamente de su buena conducta, de la eficacia de su trabajo y de su aptitud física. La remuneración del personal deberá ser adecuada para obtener y conservar los servicios de hombres y mujeres capaces. Se determinarán las ventajas de la carrera y las condiciones del servicio, teniendo en cuenta el carácter difícil de sus funciones. Se considera que el personal deberá poseer un nivel intelectual suficiente y antes de entrar al servicio, se le deberá proporcionar un curso de formación general y especial y pasar satisfactoriamente pruebas teóricas y prácticas. Ya estando el personal en servicio, se deberá de mantener y mejorar sus conocimientos y su capacidad profesional, mediante cursos de actualización y capacitación que se deberán organizar periódicamente.

Con respecto al comportamiento y actuación del personal ya en funciones, deberán de conducirse y cumplir sus actividades de manera adecuada, de tal fin que inspiren respeto y ejerzan influencia beneficiosa en los reclusos.

Es importante que los establecimientos cuenten con un número suficiente de especialistas, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos. Estos

servicios se deben de mantener de manera permanente, sin que con esto, se excluyan los servicios de auxiliares a tiempo limitado o voluntarios.

El director del establecimiento deberá de ser calificado para desempeñar el puesto y de tiempo completo para el desempeño de sus funciones, debiendo de residir en la institución o en las cercanías

En caso de que se considere necesario, se deberá contar con los servicios de un intérprete, ya sea de manera fija o cuando se requiera. Así mismo, se deberá de contar con los servicios de manera permanente de un médico, y en caso de que esto no sea posible, diariamente deberá de visitar el establecimiento para atender a los reclusos

De los establecimientos que alberguen a mujeres, éstos deberán de ser dirigidos por personal femenino y ningún funcionario del sexo masculino podrá ingresar a estos establecimientos, si no se hace acompañar de un elemento femenino del personal

La vigilancia de las reclusas será ejercida exclusivamente por funcionarios femeninos. Sin embargo, esto no excluirá que existan empleados del sexo masculino, tales como médicos o maestros

En las relaciones de los funcionarios con los reclusos, no deben los primeros de recurrir a la fuerza, salvo en casos de legítima defensa, de tentativa de evasión o de resistencia. Si se recurre a la fuerza, se empleará en estricta medida a lo necesario y deberán de informar de manera inmediata al director del establecimiento

Los funcionarios penitenciarios, deberán de recibir un entrenamiento físico especial, que les permita dominar a los reclusos violentos, dado que en el interior del establecimiento, no deberán de estar armados, y no se les otorgarán armas, hasta que hayan sido debidamente entrenados para esta postulación.

En la segunda parte, se establecen las Reglas Aplicables a Categorías Especiales, tales como los *Condenados*, y el objeto de estas es el definir el espíritu conforme al cual se deben administrar los sistemas penitenciarios y los objetivos de éstos

Es así que la prisión y las medidas que conlleven a separar a un delincuente del mundo exterior, son aflictivas, ya que despojan al individuo de su derecho de disponer de su persona, por lo

tanto el sistema penitenciario, no debe agravar los sufrimientos inherentes a la privación de la libertad

Ya hemos visto en el capítulo anterior que el fin y la justificación de las penas y medidas privativas de libertad, van encaminadas a proteger a la sociedad contra el crimen, y solo se alcanzará este fin si en la medida de lo posible, se aprovecha el periodo de encarcelamiento, para que cuando obtenga su libertad logre respetar la ley y cubrir sus necesidades, mediante los medios debidamente aceptables. Es así que para lograr lo antes expuesto, el régimen penitenciario realizará lo necesario para establecer un tratamiento individual para los delinquentes, aplicando medios curativos, educativos, morales, espirituales, y todos aquellos de que se pueda disponer, para lograrlo. Para ello, se debe de tratar de que en el establecimiento se reduzcan estas diferencias entre el establecimiento y el medio externo.

Se considera conveniente de que antes del término de la pena o medida de seguridad, se adopten las medidas necesarias para asegurar que el recluso se incorpore a su medio de una manera progresiva a su medio, pudiendo alcanzar este fin organizando dentro del mismo establecimiento un régimen preparatorio de liberación, ya sea mediante una institución apropiada o una liberación condicional, bajo vigilancia, la cual no deberá de ser confiada a la policía, sino a una asistencia social eficaz. Para alcanzar este objetivo, se debe de contar con la colaboración de la comunidad y de trabajadores sociales, para lograr la rehabilitación social del recluso para mejorar las relaciones del recluso con sus familiares y con los organismos sociales que puedan serle útiles.

Los servicios médicos del establecimiento, deberán de tratar las deficiencias o enfermedades físicas o mentales que constituyen un obstáculo para la readaptación del recluso y para lograrlo, se deberá aplicar cualquier tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico, que se considere necesario. Tratamiento que deberá ser individualizado, para lo cual, se deberá de ir clasificando los reclusos donde éstos puedan recibir el tratamiento necesario, y la seguridad, se irá graduando en función de grupo de reclusos de que se trate. Se considera en algunos países que la población de reclusos, no debe sobrepasar de 500, dado que en establecimientos pequeños, se puede organizar un régimen apropiado.

Ya en libertad los reclusos, se debe de disponer de servicios gubernamentales o privados capaces de prestar a estos ayuda postpenitenciaria eficaz, la cual debe tender también a disminuir los prejuicios hacia él, que le permitan readaptarse a la comunidad.

El *tratamiento*, debe ir encaminado a inculcarles a los sentenciados la voluntad de vivir de acuerdo a la ley, mantenerse con el producto de su trabajo y proporcionarles los medios para lograrlo. Así mismo, se debe de fomentar en ellos el respeto de sí mismos y el sentido de responsabilidad, y se debe de recurrir a los medios necesarios, para alcanzar estos fines.

Cuando un recluso ingrese, se debe de realizar un informe, lo más detallado posible de éste, incluyendo también un informe médico y de ser posible psiquiátrico, documentos que conformarán el expediente del interno, el cual podrá ser consultado por el personal responsable, siempre que sea necesario.

De la *clasificación e individualización*, refiere el documento que los fines de la clasificación es el separar a los reclusos a fin de evitar la contaminación de conductas criminales inadecuadas; formar en grupos, para facilitar su tratamiento y ubicarlos de ser posible en establecimientos separados.

Tan pronto como ingrese a un establecimiento un sentenciado, ya sea con pena o medida de seguridad de cierta duración, de manera posterior a su estudio de personalidad, se deberá de implementar un programa de tratamiento individual, teniendo en cuenta los datos acerca de sus necesidades individuales, su capacidad y sus inclinaciones.

De los *privilegios*, se establece que en cada establecimiento se debe instituir un sistema de privilegios adaptado a los diferentes grupos de reclusos y los diferentes métodos de tratamiento, con la finalidad de motivar la buena conducta, el sentido de responsabilidad y promover el interés y la cooperación de los reclusos, en lo que a su tratamiento se refiere.

Acerca del *trabajo*, indica que éste no debe tener carácter aflictivo, y que los reclusos deberán de realizar actividades laborales, de acuerdo a sus aptitudes física y mental, con base en la determinación médica; y éste deberá de desempeñarlo, de acuerdo a las jornadas laborales establecidas para cualquier empleado en el medio externo, mismo que a su vez, le permitirá mantener o aumentar su capacidad, para ganarse honradamente la vida, al ser externado. Para esto, establece que se deberá de proporcionar capacitación para que los reclusos aprendan un oficio, y que de acuerdo a la administración y la disciplina penitenciaria, podrán elegir la clase de trabajo que deseen realizar y con respecto a la organización y los métodos de trabajo, éstos deberán de asemejarse a los que se aplican en un trabajo en el medio externo, esto es con el fin de que los reclusos se preparen para incorporarse a un medio de trabajo en libertad. Con respecto a las horas para desempeñar el trabajo en el interior de la institución, se les deben de otorgar los días de descanso estipulados en la normatividad que rija al trabajo en el exterior.

El trabajo desempeñado por los reclusos en los establecimientos de reclusión, debe de ser remunerado equitativamente y el reglamento que rija la vida institucional, deberá de considerar que éstos utilicen, por lo menos, una parte de la remuneración para la adquisición de objetos para su uso personal y que puedan enviar otra parte a su familia. Así mismo, debe de considerar que la administración reserve una parte de la remuneración, a fin de constituir un fondo que se le entregue al recluso al obtener su libertad.

De la *instrucción y recreo*, establece que se tomarán las debidas disposiciones para mejorar la instrucción de todos los reclusos, que sean capaces de aprovecharla, incluyendo la religiosa. Será obligatoria la instrucción de los analfabetas y de los reclusos jóvenes y ésta instrucción estará acorde a la educación pública, a fin de que al obtener su libertad, puedan continuar con sus estudios, también se organizarán actividades recreativas y culturales, que deberán contribuir a la salud física y mental.

Estas reglas consideran también las *relaciones sociales y la ayuda postpenitenciaria*, e indican que se debe de velar para el fortalecimiento de las relaciones del recluso con su familia, cuando así convenga para ambas partes, y que se debe de tomar en cuenta desde el inicio hasta el cumplimiento de la pena o medida de seguridad el que los reclusos mantengan o establezcan relaciones con personas u organismos externos que puedan favorecer los intereses de sus familias y que contribuyan a su readaptación social.

Con respecto a los servicios y organismos que le deben de brindar a los reclusos ayuda al obtener su libertad, nos refiere que en la medida de lo posible, les deben de proporcionar la documentación y papeles de identidad necesarios, alojamiento, trabajo, vestidos y los medios necesarios para que lleguen a su destino y que además les permitan subsistir durante el periodo posterior a su liberación. Los representantes de estos organismos, podrán visitar a los reclusos y apoyarán en los proyectos de readaptación para cada recluso.

Estas Reglas, en el apartado B, hacen referencia a los Reclusos alienados y enfermos mentales, y nos mencionan que los alienados, no deberán ser reclusos en prisiones, sino que deberán de ser trasladados lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. Con respecto a aquellos que presenten otras enfermedades o anomalías mentales, deberán de ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos, sin embargo, mientras permanezcan en prisión, deberán de ser atendidos y vigilados de manera especial por médicos. Así mismo, indica que los servicios médicos o psiquiátricos de los establecimientos penitenciarios, deben de proporcionar el tratamiento a los reclusos que lo requieran y que se

deben de tomar las medidas pertinentes, a fin de asegurar que después de su liberación reciban asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico

Habiendo revisado los documentos Nacionales e Internacionales, que rigen al Sistema Penitenciario, en lo que al enfermo Mental en Reclusión se refiere, es importante conocer de manera general su desarrollo, organización, y la atención que se le ha brindado al enfermo mental y las expectativas en la actualidad para la atención de esta población

2.2. DOCUMENTOS NACIONALES.

En este apartado se hace referencia a los documentos nacionales, partiendo desde la Carta Magna, considerando los códigos, leyes y normas que regulan el aspecto legal y el trato y tratamiento de los enfermos mentales en reclusión.

A CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS²⁴ (Artículos 4º, 18º y 113º)

El artículo 4º, forma parte del apartado de las *Garantías Individuales*, y entre éstas encontramos el derecho a la protección de la salud de todas las personas. Establece que mediante legislación específica, se definirán las bases y las modalidades para que la ciudadanía tenga acceso a los servicios de salud, así como la participación de los Gobiernos Federales y Estatales en lo que a salubridad general se refiere

El artículo 18º, establece que “solo por delito que merezca pena corporal habrá lugar a prisión preventiva ..”

“Los gobiernos de la Federación y de los Estados organizarán el Sistema Penal, en sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente. .”

“Los gobernadores de los Estados, sujetándose a lo que establecen las leyes locales respectivas, podrán celebrar con la Federación convenios de carácter general, para que los reos sentenciados por delitos del orden común extingan su condena en establecimientos dependientes del Ejecutivo Federal...”

²⁴ Promulgada y publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 5 de febrero de 1917, entró en vigor el 1º de mayo del mismo año

El artículo 113°, establece que mediante leyes se regule la responsabilidad de los servidores públicos en lo que a sus obligaciones corresponde, considerando entre éstas, la salvaguarda de la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones, las sanciones que se ameriten por actos u omisiones, así como los procedimientos y las autoridades para aplicarlas

B CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL.²⁵

(Artículos 15, 24, 67, 68, 69 y 69 bis).

El artículo 15, hace referencia a las causas de exclusión del delito contempladas en diez fracciones, correspondiendo específicamente para la materia que nos ocupa la Fracc. VII, en la cual se considera como excluyente de responsabilidad que el inculpado padezca, en el momento de cometer la infracción, un trastorno mental retardado, que le impida comprender el carácter ilícito del hecho.

El artículo 24, establece cuales son las penas y las medidas de seguridad , el punto 1, hace referencia a la prisión y el punto 3, señala el internamiento o tratamiento en libertad de los inimputables y de aquellos sujetos que tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes.

El artículo 67, considera que es el juez quien dispondrá la medida de tratamiento a los inimputables en la institución correspondiente, y en el caso de sentenciados que tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, el juez ordenará el tratamiento, ya sea por parte de la autoridad sanitaria o bajo la supervisión de ésta, independientemente de la pena que se le haya impuesto por el delito cometido

El artículo 68, hace referencia a la entrega de los inimputables por parte de la autoridad judicial o ejecutora, a quien le corresponda hacerse cargo de ellos, siempre y cuando asuman la responsabilidad de su tratamiento y su vigilancia. Así mismo, establece que la autoridad ejecutora será quien resuelva la modificación o conclusión de la medida de seguridad, pudiendo ser de manera provisional o definitiva, con base en las necesidades del tratamiento, previas revisiones periódicas

²⁵ Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 14 de agosto de 1931.

El artículo 69, establece que la medida de tratamiento impuesta por el juez, no será mayor de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito, y si a la conclusión de ésta, el sujeto requiere de continuar con el tratamiento, quedará a disposición de la autoridad sanitaria

El artículo 69 Bis, indica que si la capacidad del autor, de comprender el ilícito o el hecho, solo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la Fracc VII del artículo 15 de este Código, el juez a su juicio, podrá imponer hasta dos terceras partes de la pena que le correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67, o bien ambas, en caso de que se considere necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.

C. CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL.²⁶
(Artículos 3° Bis, 162, 477, 481, 660 y 674)

El artículo 3°bis, hace referencia de que si en las averiguaciones previas, se demuestra plenamente que el inculcado actuó en circunstancias excluyentes de responsabilidad, previo acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, el Ministerio Público lo pondrá en libertad y no se ejercerá la acción penal.

El artículo 162, establece que para el examen de alguna persona o de algún objeto requieran de conocimientos especiales, éste lo realizarán peritos en la materia correspondiente.

El artículo 477, nos dice que una vez iniciado el procedimiento, en averiguación de un delito, se podrá suspender bajo las siguientes circunstancias: cuando el responsable, se hubiere substraído a la acción de la justicia o cuando se detecte que el inculcado se encuentra afectado de sus facultades mentales.

El artículo 481, hace referencia a que el procedimiento se puede suspender a petición del Ministerio Público, de manera fundamentada en los artículos anteriores, cuando el juez así lo considere o a petición del inculcado o de su representante, informando al Ministerio Público

El artículo 660, se refiere al sobreseimiento (interrupción o suspensión del procedimiento), y establece ocho fracciones, que a la letra dicen .

²⁶ Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 29 de agosto de 1931

- I Cuando el Procurador General de Justicia del Distrito Federal confirme o formule conclusiones no acusatorias,
- II. Cuando aparezca que la responsabilidad penal está extinguida ,
- III. Cuando no se hubiere dictado auto de formal prisión o de sujeción a proceso y aparezca que el hecho que motiva la averiguación no es delictuoso o, cuando estando agotada ésta, se compruebe que no existió el hecho delictuoso que la motivó ;
- IV. Cuando habiéndose decretado la libertad por desvanecimiento de datos, esté agotada la averiguación y no existan elementos posteriores para dictar nueva orden de aprehensión;
- V Cuando esté plenamente comprobado que en favor del inculpado existe alguna causa eximente de responsabilidad ;
- VI. Cuando existan pruebas que acrediten fehacientemente la inocencia del acusado, y
- VII Cuando se trate de delitos culposos que solo produzcan daño en propiedad ajena y/o lesiones de las comprendidas en los artículos 289 o 299 del Código Penal, si se paga la reparación del daño a la víctima o al ofendido por el delito, si el inculpado no hubiese abandonado a aquélla, y no se encontrase el activo en estado de ebriedad, o bajo el influjo de estupefacientes, psicotrópicos o sustancias que produzcan efectos similares.
- VIII Lo anterior no procederá cuando se trate de culpa calificada como grave, conforme a la parte conducente del Artículo 60 del Código Penal.
- IX Cuando así lo determine expresamente este Código

El artículo 674. se refiere a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social. en cuanto a su competencia, considerada en quince fracciones y de manera general en lo que a este trabajo concierne, indican que le corresponde orientar técnicamente el tratamiento de los "alienados" que hayan incurrido en conductas antisociales y crear y manejar instituciones para el internamiento de estos sujetos y vigilar la ejecución de las sanciones impuestas por las autoridades judiciales y realizar la determinación de los lugares en donde los sentenciados deben ser recibidos. Le compete también crear, organizar y manejar establecimientos médicos e instituciones para delinquentes sanos y anormales, así como el sistema de selección y formación

del personal que preste sus servicios en las instituciones de readaptación social. Debe ejercer orientación y vigilancia sobre los enfermos mentales con medida de seguridad y así mismo, el formular los reglamentos interiores de la misma dirección y de los establecimientos de las instituciones tanto de readaptación, como de ejecución de sentencias.

D CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES.²⁷
(Artículos 468, 471, 472 y del 495 al 499).

El artículo 468, regula la suspensión del procedimiento, y es así que en la Fracc III, dice que .
"Cuando enloquezca el procesado, cualquiera que sea el estado del proceso ;".

El artículo 471, establece que cuando se haya decretado la suspensión del procedimiento, éste se continuará cuando desaparezcan las causas que lo motivaron.

El artículo 472, indica que será el tribunal quién resolverá sobre la suspensión del procedimiento, de oficio, a petición del Ministerio Público o del inculcado, o su representante, en lo procedente, fundada en cualquiera de las causas a que se refiere el artículo 468.

TITULO DECIMOSEGUNDO

Procedimiento relativo a los enfermos mentales, a los menores y a los que tienen el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos

El artículo 495, refiere que "tan pronto como se sospeche que el inculcado esté loco, idiota o imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, el tribunal lo mandará examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del inculcado en manicomio o en departamento especial".

En el artículo 496, se hace referencia a que si el inculcado se encuentra en los casos mencionados en el artículo anterior, cesa el procedimiento ordinario y se abre uno especial, y se deja al criterio del tribunal el delito imputado, la participación y la forma de estimar la personalidad del inculcado.

²⁷ Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 30 de agosto de 1934.

El artículo 497, hace referencia de que si se comprueba la responsabilidad del inculpado, a solicitud del Ministerio Público y en audiencia de éste, del defensor y el representante legal, el tribunal resolverá el caso, ordenando la reclusión en los términos de los artículos 24, inciso 3, 68 y 69 del Código Penal

El artículo 498, indica que en caso de que el inculpado enloquezca durante el proceso, se suspenderá el procedimiento de acuerdo al artículo 468, fracción III, y éste se remitirá a la institución adecuada para su tratamiento

El artículo 499, establece que la vigilancia del recluso quedará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.

**E LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MINIMAS SOBRE
READAPTACION SOCIAL DE SENTENCIADOS.²⁸**

Esta Ley fija las normas que tienen como propósito organizar el Sistema Penitenciario en la República Mexicana, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 18 Constitucional ya señalado

La autoridad rectora o normativa del Sistema, es la ahora Dirección General de Prevención y Readaptación Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación, a la que le corresponde aplicar estas normas en el Distrito Federal y en los reclusorios dependientes de la Federación

Dicha normatividad, es aplicable en lo pertinente a los reos sentenciados federales en todo el país y se promoverá su adopción por parte de los Estados, para lo cual, el Ejecutivo Federal podrá celebrar convenios de coordinación con las Entidades Federativas.

El Capítulo I. se refiere a las *Finalidades*, consideradas en tres artículos, el Artículo 1º, refiere que la finalidad de estas normas es organizar el sistema penitenciario en la República, de acuerdo a los artículos siguientes

El artículo 2º. establece que el sistema penal se organizará sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente

²⁸ Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación, el 19 de mayo de 1971

El artículo 3º hace referencia a que es a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación, la dependencia que tiene a su cargo la aplicación de estas normas tanto en el Distrito Federal como en los reclusorios federales y que estas normas se aplicarán a los reos federales sentenciados en el país y que promoverá su adopción por parte de los Estados. Así mismo, se realizarán convenios con los gobiernos de los Estados, en los que se establecerá la creación y manejo de instituciones penales de toda índole, considerando entre éstas las destinadas al tratamiento de adultos delinquentes, alienados que hayan cometido conductas antisociales y a los menores infractores. Así mismo, refiere que los convenios podrán ser establecidos entre el ejecutivo Federal y un solo Estado, o entre aquel y varias Entidades Federativas a la vez, teniendo como propósito el establecer sistemas regionales.

Así mismo, establece que la Dirección General de Prevención y Readaptación Social, tendrá a su cargo, la ejecución de las sanciones que, por sentencia judicial sustituyan a la pena de prisión o a la multa, y las de tratamiento aplicadas por el juzgador, así como las medidas de seguridad aplicadas a los inimputables.

El Capítulo II, se refiere al *Personal*, y en el artículo 4º, indica que para la designación del personal directivo, administrativo, técnico y de custodia de las instituciones, se debe considerar la vocación, aptitudes, preparación académica y antecedentes personales de los candidatos, todo esto encaminado para el adecuado funcionamiento del sistema penitenciario.

El artículo 5º, establece que el personal penitenciario está obligado antes de asumir el cargo y ya en el desempeño de éste, a tomar los cursos de formación y de actualización que se establezcan, así como el aprobar los exámenes de selección. La Dirección General de Prevención y Readaptación Social, deberá de tener el servicio de selección y formación del personal dependiente de esta Dirección.

El Capítulo III, se refiere al *Sistema*, y en el artículo 6º, refiere que el tratamiento deberá ser individualizado en el que intervendrán diversas ciencias o disciplinas, encaminado a la reincorporación social del individuo, tomando en cuenta sus características personales; sin dejar de tomar en cuenta las condiciones de cada medio y las condiciones presupuestales. a los reos se les clasificará en instituciones especializadas, pudiendo ser establecimientos de máxima, media y mínima seguridad, colonias y campamentos penales, hospitales psiquiátricos, para infecciosos e instituciones abiertas. Hace hincapié en que en las instituciones preventivas serán distintas de las de ejecución de sentencias y que deberán estar separadas, así como el que las mujeres

deberán estar recluidas en instituciones separadas de las que alberguen a hombres y que los menores infractores, serán internados en centros diferentes a los de adultos. Este mismo artículo establece que la dirección General de Prevención y Readaptación Social, orientará técnicamente en la construcción de nuevos establecimientos de custodia y de ejecución de sentencias, así como en el remozamiento o la adaptación de las ya existentes, teniendo facultad de aprobar los proyectos a que hagan referencia los convenios

El artículo 7º, hace referencia a que el régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico, existiendo periodos de estudios y diagnóstico, así como de tratamiento, el cual constará de dos fases el de tratamiento en clasificación y el de tratamiento preliberacional. El tratamiento se deberá implementar con base en los estudios de personalidad que se le practiquen al reo y deberán de actualizarse periódicamente

El artículo 8º, considera el tratamiento preliberacional, el cual debe de comprender información y orientación especiales y discusión con el interno, respecto a su vida en libertad, métodos colectivos, concesión de mayor libertad dentro de la institución carcelaria; traslado a institución abierta y permisos de salida de fin de semana o diaria con reclusión nocturna, o bien de salida en días hábiles con reclusión de fin de semana

El Consejo Técnico Interdisciplinario, está considerado en el Artículo 9º, refiriendo que este órgano, tendrá funciones consultivas necesarias para la aplicación individual del sistema progresivo. Estará presidido por el director del establecimiento, participando el personal directivo administrativo, técnico y de custodia, debiendo también formar parte un médico y un maestro normalista, en caso de ausencia de éstos, deberán de contar con el apoyo de los servicios de salud públicos, así como de la escuela federal o estatal más cercanos

El Art 10, hace referencia a la asignación de los internos al trabajo y que ésta se hará tomando en cuenta los deseos, vocación, aptitudes, capacitación laboral para el trabajo en libertad y las posibilidades del centro de internamiento. Los reos pagarán su sostenimiento con cargo a la percepción que obtengan del trabajo que desempeñen, esto será mediante descuentos en una proporción adecuada a su remuneración, el resto de su paga se distribuirá de la siguiente manera: tres por ciento para el pago de la reparación del daño, treinta por ciento para el sostenimiento de sus dependientes económicos, treinta por ciento para la constitución del fondo de ahorro de éste y diez por ciento para los gastos menores del reo. En caso de que la condena no indicara reparación del daño o si los dependientes económicos no lo necesitaran, las cuotas se aplicarán por partes iguales a los fines señalados, excepto de los indicados en último término.

Establece que ningún interno podrá desempeñar funciones de autoridad o ejercer dentro del establecimiento empleo o cargo alguno, salvo cuando se trate de instituciones basadas, para fines de tratamiento, en el régimen de autogobierno

El Art 11, considera que la educación no tendrá solo carácter académico, sino que debe de considerar aspectos cívicos, higiénicos, artísticos, físicos y éticos, orientada por las técnicas de la pedagogía correctiva y quedará a cargo, de maestros especializados

El Art 12, hace mención de las relaciones con el exterior, indicando que se debe de fomentar el establecimiento, la conservación y el fortalecimiento de éstas con personas convenientes, mediante Trabajo Social, quienes contactarán a los internos. Establece la visita íntima, que tiene por finalidad principal el mantener las relaciones maritales del interno en forma sana y moral, se autorizará cuando se hayan realizado ambas partes, estudios sociales y médicos

El Art 13, establece que los centros de reclusión, deben contar con un reglamento el cual debe de contener las infracciones y sanciones disciplinarias, así como los hechos meritorios y las medidas de estímulo. Las medidas las podrá aplicar solamente el director de la institución y el interno podrá inconformarse con la corrección aplicada, ante el director. Así mismo, considera que se les debe entregar a los internos a su ingreso un manual en el que se indiquen sus deberes y obligaciones, contando también con derecho de audiencia con el director.

Hace referencia este artículo, a la prohibición de castigos como la tortura o tratamientos crueles, con uso innecesario de violencia; también considera que no deben existir áreas de distinción para albergar a internos que cuenten con capacidad económica. mediante cuotas o pagos

El Capítulo IV, hace referencia a la *Asistencia a liberados*, en el Art 15, mencionando que cada entidad federativa, debe de contar con un Patronato para Liberados, los que tendrán a su cargo el prestar asistencia moral y material a los excarcelados

El Capítulo V, considera la *Remisión parcial de la pena*, en Art 16, estableciendo que por dos días de trabajo se hará remisión de uno de prisión, siempre y cuando el interno observe buena conducta, participe regularmente en las actividades educativas y hayan indicios en éste de su efectiva readaptación social y ésta última será el factor primordial para la concesión o negativa de la remisión parcial de la pena

La remisión es independiente de la libertad preparatoria. Corresponde al Ejecutivo el regular el sistema de cómputo para la aplicación de este precepto y la remisión podrá ser revocada por la autoridad que la otorgue, en los casos dispuestos para la revocación de la libertad preparatoria-

Establece también que no se otorgará la remisión parcial de la pena a los sentenciados por delitos contra la salud en materia de estupefacientes o psicotrópicos, salvo que se trate de individuos en los que concurra evidente atraso cultural, aislamiento social y extrema necesidad económica, por el delito de violación, por plagio o secuestro y por robo con violencia, con base al Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal

F LEY GENERAL DE SALUD. ²⁹
(Artículos 2º, 3º y del 72 al 77)

El artículo 2º, establece las finalidades del derecho a la protección de la salud, en siete fracciones, considerando que mediante el bienestar físico y mental se contribuye al ejercicio pleno de sus funciones, a la prolongación y mejoramiento de la vida humana ; la protección y el acrecentamiento de los valores son coadyuvantes de la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud, y que éstas contribuirán al desarrollo social. Considera también que la extensión de las actitudes solidarias y responsables de la población, contribuirán en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud. Así mismo, que los servicios de salud y de asistencia social deben satisfacer eficaz y oportunamente, las necesidades de la población, proporcionándole el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica para la misma

El artículo 3º, establece los puntos en lo que a salubridad general se refiere, siendo de su competencia la organización, el control y la vigilancia de los establecimientos de salud, la atención médica, la coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios, la atención materno-infantil, la planificación familiar y la salud mental. Así mismo, la organización, coordinación y vigilancia de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares, dirigidas a la salud, la promoción para la formación de recursos humanos, la investigación y el control de ésta

²⁹ Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación, el 7 de febrero de 1984.

Considera también la educación para la salud, la prevención y el control de efectos nocivos de los factores ambientales, de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes, invalidez y la rehabilitación. No pasando por alto la asistencia social, y la implementación de diferentes programas sobre alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.

Los artículos del 72 al 77, se refieren a la salud mental, considerando la prevención de las enfermedades mentales como prioritaria, tomando como base los factores que afectan la salud mental, las causas, los métodos preventivos y control de las enfermedades mentales.

Así mismo, establecen la implementación de programas preventivos en salud mental y terapéuticos y de rehabilitación para los enfermos mentales, crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y farmacodependientes, así como la organización, operación y supervisión de las instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales. Consideran que el internamiento de las personas enfermas mentalmente, debe ser en instituciones destinadas para este efecto, y que éstas estarán bajo los principios éticos y sociales, tomando en cuenta los requisitos científicos y legales que determine la propia Secretaría de Salud.

Otro punto relevante, se refiere a que la Secretaría de Salud, establecerá las normas técnicas para que se proporcione atención a los enfermos mentales en reclusión, estableciendo la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

G REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.³⁰

(artículos 121 al 134).

Este documento regula lo establecido en la Ley General de Salud, y los artículos indicados se refieren a las Disposiciones para la Prestación de Servicios de Salud Mental, refiriéndose a las acciones destinadas a la prevención de enfermedades mentales, el tratamiento y la rehabilitación de las personas que las padezcan. Así mismo, indica que para la promoción de la salud mental, las autoridades competentes, deberán apoyar y fomentar las actividades ya sean educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, considerando

³⁰ Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 14 de mayo de 1986.

también la realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, siendo dirigidos dichos programas especialmente a la población infantil y juvenil.

Por otra parte, hace consideración de los recursos humanos y físicos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios

Específicamente el Artículo 127, hace referencia a que las unidades psiquiátricas de los centros de reclusión, además de su reglamentación interna, deben de ajustarse a la Norma Técnica de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría

Establece que en los hospitales psiquiátricos, el responsable deberá ser médico cirujano, con especialidad en psiquiatría y que todo el demás personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente. Considera que el responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de acuerdo a lo señalado en las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría de Salud, y que ésta a su vez deberá asesorar a todas las instituciones que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental

Se hace énfasis acerca de que la información proporcionada por el enfermo mental, deberá de ser manejada con discreción, confidencialidad y que solo se usará con fines científicos o terapéuticos y solo se podrá dar a conocer a terceros mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria y que los expedientes clínicos, solo serán manejados por el personal autorizado. Establece que el enfermo mental durante su internamiento, deberá recibir estímulos por medio de actividades recreativas y socioculturales.

H. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD.³¹ (artículos 34 al 39)

Estos artículos se refieren a los aspectos éticos sobre la investigación en seres humanos, específicamente con los menores de edad o incapaces. Estableciendo que de hacerse investigaciones, se deberá de tener la certeza de que previamente se han hecho estudios semejantes en personas de mayor edad y en animales maduros y para llevarlas a cabo, se debe de tener el consentimiento de aquellas personas que ejerzan la patria potestad o la

³¹ Publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 6 de enero de 1987.

representación legal del menor o del incapaz. Si son dos las personas responsables del incapaz o menor de edad, solo con la firma de una de ellas se podrá realizar la investigación, siempre y cuando se compruebe que existe riesgo inminente para la salud o la vida del menor incapaz y que se justifique la importancia del beneficio que recibirá el menor o el incapaz.

I **NORMA TÉCNICA NUMERO 144, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS.** ³²

Esta Norma Técnica tiene por objeto el uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional en Salud, en relación con la prestación de servicios de atención médica en hospitales psiquiátricos.

Nos dice que un Hospital psiquiátrico es una unidad de salud de segundo o tercer nivel, especializada en la atención de enfermos con trastornos mentales, que lleva a cabo actividades tales como, la atención psiquiátrica, enseñanza y capacitación y la investigación científica.

Establece los elementos necesarios a fin de que al enfermo mental, se le proporcione una atención médica de buena calidad, tales como instalaciones y equipo apropiado para el cumplimiento de sus funciones, recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica. Debe de establecer los procedimientos necesarios para que en el hospital prevalezca un ambiente cordial, técnicamente efectivo y que sea en sí mismo terapéutico, debe de contar con instalaciones y personal para el manejo de urgencias y para la consulta externa y los recursos humanos necesarios para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con los padecimientos psiquiátricos, incluyendo el traslado oportuno de los pacientes que lo requieran, a otras unidades de salud.

Las instalaciones deben de ser las necesarias para atender al enfermo mental de acuerdo a las siguientes categorías de enfermos agudos, subagudos y crónicos, hombres y mujeres, niños, adolescentes y adultos y pacientes cuya conducta requiera manejos y cuidados especiales.

Con respecto al ingreso, indica que puede ser voluntario, involuntario u obligatorio, estableciendo los procedimientos administrativos para que se de éste

Establece que los hospitales psiquiátricos deben de mantener un programa de atención integral que comprende los siguientes aspectos: tratamiento médico, psicológico y social. discreción en

³² Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación, el 6 de julio de 1987.

el manejo del diagnóstico y de la información confidencial, alimentación adecuada en calidad y cantidad; ambiente que promueva la participación activa del paciente; relación entre el personal y los pacientes, con los principios de respeto a estos últimos, en su persona, sus derechos y sus pertenencias; mecanismos de comunicación entre paciente y autoridades del hospital para resolver las peticiones y quejas de los primeros, siempre y cuando sean justas y razonables y preservación y fomento de los hábitos de cuidado personal y de relación social

Dentro de los procedimientos considera que se debe de buscar la colaboración activa de la familia en la atención del paciente, la localización de familiares, cuando el caso lo requiera, para que éstos asuman la responsabilidad correspondiente y el apoyo a los pacientes para el logro de su reinserción social.

Define la atención psiquiátrica como el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, comprendiendo las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Las actividades preventivas, son aquellas que se llevan a cabo tanto en la consulta externa como en las áreas destinadas a pacientes hospitalizados, incluyendo éstas la información y educación a los pacientes y a sus familiares acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación, promoción de la formación de grupos con fines de autoayuda, detección y manejo oportuno de casos entre los familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.

Las actividades curativas se realizan en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización

Las actividades de rehabilitación psicosocial, tiene por objeto proporcionar orientación y apoyo al paciente y sus familiares para favorecer la reinserción del primero en la vida familiar, laboral y social y éstas son psicoterapéuticas, educativas y recreativas, y se llevan a cabo en áreas adecuadas a estas funciones y dentro o fuera del hospital, según sea el caso.

J NORMA TECNICA NUMERO 198 PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA A FARMACODEPENDIENTES.³³

Esta Norma técnica, tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la prestación de servicios de atención médica a farmacodependientes y es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país

Establece que farmacodependiente es la persona que ha desarrollado dependencia física y/o psíquica a una sustancia psicoactiva y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y un impulso irreprímible por consumirla en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación

Al igual que las normas anteriores, refiere que el personal de las unidades de salud deberá identificar y prestar atención a enfermos farmacodependientes que permitan la participación activa del paciente y la de su familia en el proceso terapéutico

Establece que la atención médica al farmacodependiente, es el conjunto de servicios que se le proporcionan con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial y el procedimiento para llevarlas a cabo, es igual al establecido por la Norma Técnica anterior

Concluida la revisión de los documentos normativos internacionales y nacionales en materia de procuración, impartición y administración de justicia debemos de introducirnos en el Sistema Penitenciario a fin de conocer la organización de las instituciones donde se ejecuta la aplicación y desarrollo de la pena privativa de la libertad, de los enfermos mentales e inimputables.

³³ Publicada en el *Diario Oficial* de la Federación, el 21 de agosto de 1987, en vigor a partir del día siguiente

CAPITULO IV

1. SISTEMA PENITENCIARIO.

Es importante para todos los involucrados en el penitenciarismo, aceptar que el hombre delincuente no forma parte de una especie aparte del resto de los hombres, por lo tanto, debemos de abocarnos a la tarea de entenderlo y buscar los mecanismos y herramientas necesarias para reincorporarlos a la sociedad, es decir, buscar su readaptación social, pero para cumplir con esta tarea debemos de aplicar el conocimiento técnico interdisciplinario considerado éste como penitenciarismo. Para llegar a esta conceptualización, han pasado muchos años, en los que las cárceles han ido cambiando de acuerdo a las modificaciones que ha sufrido el derecho penal, de tal suerte que intentaremos hacer un breve recorrido sobre las cárceles en México, pretendiendo considerar las modificaciones que ha venido sufriendo el Sistema Penitenciario

1.1 RESEÑA HISTORICA.

En la época prehispánica, México se encontraba dividido en reinos y señoríos, sobresaliendo el reino azteca, el cual tenía una legislación penal un tanto dispersa, pero severa. en la que se contemplaba la pena de muerte, la esclavitud, los castigos corporales, el destierro, la confiscación de bienes y el confinamiento en lugares específicos, de acuerdo a la falta cometida. así encontramos el *teitpiloyan*, destinado para los reos no acreedores a la pena de muerte, el *cauhcalli*, para los responsables de delitos graves; el *malcalli*, para los prisioneros de guerra. y el *petlacalli*, para aquellos que cometían faltas leves.

En esta época. la privación de la libertad o confinamiento en lugares específicos, tenía un fin diferente al actual, ya que era una medida de custodia temporal, es decir, mientras llegaba el momento de proceder a la ejecución del castigo impuesto.

En la época Colonial, tuvieron vigencia tanto los ordenamientos generales para España, como los que se dictaron posteriormente para las nuevas posesiones de la Corona Española, destacando entre éstos las Partidas de 1265 y las Recopilaciones de las Leyes de los Reinos de las Indias, formuladas en 1680

Mediante las Leyes de Indias, por primera vez se conoce la privación de la libertad como pena, siendo esta normatividad la primera base del régimen penitenciario. Estas leyes consideraban principios básicos que han sido retomados y considerados en la legislación actual, tales como la separación de presos por

sexos, la necesidad de un libro de registro y la prohibición de los juegos de azar. Así mismo, con base en estos documentos, se construyeron más cárceles en todas las ciudades y se reguló en cierta medida, el trato que debía proporcionarse a los presos.

Los asuntos criminales, eran llevados por la Audiencia, la cual estaba conformada por un Regente y diez Oidores; contaba con dos salas, una se dedicaba a atender asuntos civiles y la otra, que contaba con cinco Alcaldes de Corte, atendía asuntos criminales.

En el año de 1562, se estableció de manera oficial la Cárcel de la Corte, la cual estuvo ubicada en el Palacio Real, antiguamente propiedad de Hernán Cortés. En 1699, de manera provisional se ubicó en la casa del Marqués del Valle, ya que debido a un incendio resultado de un motín, el edificio sufrió graves daños. A su reparación, de nuevo se reinstaló la cárcel en la ubicación inicial, el mismo edificio albergaba al Ayuntamiento, la Carnicería Mayor (rastro) y a la Alhóndiga (granero). Ya en esta cárcel, se observaban algunos lineamientos, entre éstos, la separación por sexos y algunas áreas asignadas para algunas actividades, tales como la "capilla" y "calabozos". Esta cárcel, dejó de funcionar el 26 de octubre de 1835, quedando solo como depósito de detenidos por delitos leves y también albergaba a los reos sentenciados que debían ser trasladados a la Cárcel de Belem, ya entonces Cárcel Nacional.

En la Nueva España, el tribunal de la Inquisición fue establecido el 2 de noviembre de 1571, y fue instalado a partir del día 4 siguiente, por orden del Rey de España, Felipe II, quién designó como inquisidor a Don Juan de Cervantes, una vez fallecido éste, sin llegar a efectuar sus funciones, en su lugar fue asignado Don Pedro Moya de Contreras, quién ocupó el cargo hasta el año de 1592. Los indios quedaron fuera de la jurisdicción de este tribunal y sus faltas eran de la incumbencia del Arzobispo de México o de los obispos.

Las cárceles del tribunal del Santo Oficio, fueron principalmente

La Secreta, que consistía en un cierto número de calabozos que servían más que nada, para incomunicar al acusado, hasta que se dictara su sentencia definitiva.

La Cárcel de Ropería, sobre la cual no existen datos precisos.

La Cárcel de Perpetua o de Misericordia, lugar donde compurgaban sus penas los sentenciados a pena de prisión.

El Tribunal del Santo Oficio o Tribunal de la Inquisición, se caracterizaba por el principio del secreto, lo que permitía ocultar sus acciones y dejaba en estado de indefensión al acusado, ya que éste nunca

llegaba a conocer el nombre del denunciante y el de los testigos, lo que lo convirtió en ejecutor meramente de "venganzas". Para reunir pruebas, era habitual usar el tormento. utilizando para este fin, los cordeles, el agua, la garrocha, el hambre, el braceró, la plancha caliente, el potro, etc., las confesiones durante la tortura, se debían ratificar dentro de las 24 horas posteriores, a la salida de la "Cámara de los Tormentos"

La ceremonia que precedía a la muerte, era llamado "Auto de Fe" Los condenados, recorrían las calles de la ciudad, para ir al quemadero.

La Cárcel de Belem, entra en funcionamiento como institución penitenciaria el 23 de enero de 1863, en el edificio que anteriormente fue el Colegio de Niñas de San Miguel de las Mochas, el cual estuvo ubicado en las actuales calles de Arcos de Belem y Ave. Niños Héroes.

El edificio siempre careció de las condiciones necesarias, en la planta alta se ordenó la construcción del Palacio de Justicia, con la intención de instalar los juzgados.

La Cárcel, estaba dividida en varios departamentos. detenidos, encauzados, sentenciados a prisión extraordinaria y separados Al frente del edificio, estaban las oficinas del Alcaide y de los demás directivos.

La seguridad y custodia estaba a cargo de militares. de la guarnición de la plaza, mismos que estaban bajo las órdenes del Alcaide, contaba con un servicio médico atendido por tres médicos y dos practicantes, que cubrían la atención de los presos, mediante guardias de 24 horas: también tenía talleres e instructores

La cárcel fue destruida por decreto, el 26 de enero de 1933

Es importante mencionar la Cárcel de la Acordada, la cual fue establecida bajo el gobierno del Duque de Linares, Virrey de la Nueva España, quién la estableció de acuerdo con la Audiencia, y es de ahí de donde toma su nombre. se encontraba ubicada por el rumbo de Chapultepec y más adelante, se le ubicó en las calles de Patoni

Se construyó un tribunal unitario de extensa jurisdicción, que a su vez contaba con un cuerpo policiaco, que proporcionaba seguridad en los caminos y aún en las ciudades, protegiendo a los viajeros de las bandas de forajidos. El 22 de enero de 1863, quedó clausurada la Cárcel de la Acordada

En el año de 1814, surge una de las primeras reglamentaciones para las Cárceles en México, la cual fue modificada en los años de 1820 y 1826, la que incluía consideraciones y normas, destacando principalmente el que no se debía recurrir a nadie que no cumpliera con lo establecido en la Constitución, así mismo establecía el trabajo para los presos como obligatorio en talleres de oficios y artes, sin embargo, este reglamento no se aplicó.

La primera iniciativa oficial del Sistema Penitenciario Mexicano, fue la propuesta por Mariano Otero, la cual fue aprobada en el año de 1848, por el Congreso General, en la que se establece el plan Filadelfia, que consistía en una incomunicación total de los presos, a los que solo se les permitía la comunicación con sus familiares, consideraba la construcción de árcas específicas para la atención, distintas a las de reclusión. Así mismo, consideraba la construcción de asilos para liberados.

Durante el Imperio de Maximiliano, operaban la Cárcel de Belem, la Cárcel de la Ciudad y la Cárcel de la Plaza Francesa

La Cárcel de la Plaza Francesa, se creó al entrar en México, el ejército Franco-Mexicano, a la que eran consignados los reos bajo la autoridad militar francesa

El emperador Maximiliano, con una tendencia humanitaria, ordenó la formación de la Comisión de Cárceles, que tenía por función el atender los asuntos relativos a las cárceles. Esta comisión formó talleres de herrería, carrocerías, carpintería, zapatería, hojalatería, sastrería, telares de manta y sarapes, entre otros, con la finalidad de dar ocupación a los presos, ya que se consideró que las conductas criminales que se presentaban en las cárceles, tales como robos, asaltos, lesiones y hasta homicidios, eran consecuencia de la ociosidad

Es importante hacer mención de la Cárcel de Santiago Tlatelolco, que era Cárcel Militar, la cual estaba ubicada en lo que antiguamente fue el Convento de Santiago Tlatelolco, fundado en el año de 1535. Su funcionamiento fue de acuerdo a la legislación militar. La población estaba dividida en oficiales y tropa.

Esta cárcel funcionó hasta el año de 1964, siendo sustituida por "Centro Militar N° 1 de Rehabilitación Social", ubicada en el Campo Militar N° 1. Actualmente, el antiguo edificio, fue convertido en museo

No podemos pasar por alto, la deportación de presos que se efectuó a partir de 1860, consistiendo en el traslado de presos a Yucatán y después a Valle Nacional, en Oaxaca, mejor conocido como el "valle de la muerte", debido a que por las condiciones climatológicas, la falta de atención en lo que a salud y

alimentación, se refiere, difícilmente regresaban aquellos que eran enviados. Es hasta 1905, cuando por decreto del General Porfirio Díaz, se destinó a las Islas Marias, como Colonia Penitenciaria, dependiente del Gobierno Federal

El Sistema Penitenciario hasta esta época, se caracterizó por una total desorganización, y principalmente fueron dos factores los que alteraron directamente el funcionamiento de los penales, por una parte tenemos la existencia de las penas en presidio y el cumplimiento de éstas en los trabajos de obras públicas y en el servicio militar, y con la intervención de diversos grupos políticos, incluyendo en ocasiones a la misma autoridad, ya que por las frecuentes “revueltas” políticas, estos grupos irrumpían en las cárceles para sacar a los presos, habilitándolos como soldados, siendo esta una medida frecuente por los revolucionarios, para incrementar sus fuerzas. Así mismo, otro factor que contribuyó a la desorganización de las prisiones, fue la falta de recursos financieros, ya que las autoridades optaban por otorgar la libertad a los reos, por no poder cumplir primordialmente con los servicios de alimentación.

A pesar de los esfuerzos que desde 1868, se venían realizando para establecer el régimen penitenciario, es hasta el año de 1881, cuando el Dr. Ramón Fernández, quién ocupaba el puesto de Gobernador de la Capital, nombró una comisión para considerar las reformas al Código Penal y es en 1882 que se presentó el trabajo ante el Congreso General, mismo que tenía como base el Sistema Croffton, el cual planteaba que para el cumplimiento de la pena, se tomaría en cuenta la conducta del reo, ya que consideraron que si se lograba corrección en éste, se podría disminuir la sentencia casi a la mitad, bajo el otorgamiento de la “libertad preparatoria”

En 1885, las reformas carcelarias se consideraron de carácter prioritario, por tal motivo el General Porfirio Díaz, como una demostración de progreso, intentó mejorar las condiciones de las cárceles, adoptando corrientes sociales extranjeras, de ahí que se presentó el proyecto arquitectónico de un nuevo edificio penitenciario, realizado por el Sr. Torres Torrija, quién retomó el Sistema Panóptico de Jeremías Bentham, y que tendría cupo para albergar a 800 presos.

El proyecto fue aprobado en 1885 por el Secretario de Gobernación, destinándose los “potreros” de San Lázaro, para la construcción del penal, siendo concluido en 1897 y puesto en operación el 27 de septiembre de 1900

La Cárcel de Lecumberri, fue destinada para operar como institución de ejecución de sentencias, es decir, como penitenciaria y la Cárcel de Belem, tendría funciones de institución preventiva.

La penitenciaria, al ser inaugurada tenía una capacidad real de internamiento de 724 celdas distribuidas en varios departamentos, contaba con servicio de agua corriente, sanitarios y regaderas

A pesar de las innovaciones y el cupo del nuevo edificio, solo una minoría de los presos fueron trasladados, la mayoría de ellos continuaba en la Cárcel de Belem, cuya población se encontraba en pésimas condiciones, pues existía sobrepoblación, había una total carencia de servicios y un sinnúmero de enfermedades que diezmaban a los reclusos.

Al ser destruida la Cárcel de Belem en 1933, se destinan en Lecumberri para la ubicación de esta población dos crujiás grandes para los procesados y una pequeña para los detenidos, cuya situación debía ser resuelta en setenta y dos horas, contrariando así las disposiciones de la separación de procesados y sentenciados y más aún, se encontraban en el mismo edificio hombres y mujeres, aunque éstas estaban ubicadas, en departamentos aparte.

En cuanto a Dirección, se suprimió la de la Cárcel General quedando una sola Dirección, es decir, bajo una sola se colocaron la administración tanto la de la cárcel preventiva como la de la penitenciaría

Al paso de algunos años, en ocasiones las celdas, que fueron diseñadas de manera unitaria, llegaron a albergar hasta a 15 internos, lo que demeritó sus objetivos, función y estructura, propiciando así el hacinamiento, desorden, miseria y peligro latente, ganándose así el nombre de "Palacio Negro de Lecumberri".

En 1954, se construyó la Cárcel de Mujeres, y en 1957, la Penitenciaría del Distrito Federal en Santa Martha Acatitla, lo que permitió separar a los procesados de los sentenciados, dando paso así a una nueva etapa del penitenciarismo moderno.

La Penitenciaría del Distrito Federal, fue inaugurada el 14 de octubre de 1957, siendo presidente de la República el Lic. Adolfo Ruiz Cortez y como Regente el Lic. Ernesto P. Urruchurtu y vino a resolver parcialmente el problema de sobrepoblación de Lecumberri, quién a partir de ese entonces, tuvo funciones exclusivas de prisión preventiva y operó hasta 1976, año en que aparece el Reclusorio Preventivo Norte

En el año de 1974, se inició el proyecto de lo que es actualmente el Sistema de Reclusorios y Centro de Readaptación del Distrito Federal. Para tal efecto, se designó una comisión integrada por los expertos de mayor prestigio en la materia, principalmente el Dr. Alfonso Quiroz Cuarón, el Dr. Sergio García Ramírez, el Lic. Javier Piña y Palacios, el Lic. Antonio Sánchez Galindo, el Dr. Ricardo Franco Guzmán y el Dr. Gustavo Malo Camacho, entre otros

Como resultado de esta comisión, el 7 de octubre de 1976, se inauguran dos nuevos centros, el Reclusorio Preventivo Varonil Norte y el Varonil Oriente en el Distrito Federal y posteriormente el 9 de octubre de 1979, se inaugura el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, dando pie a la creación de estos centros la clausura de las cárceles preventivas de Xochimilco, Coyoacán y Alvaro Obregón.

En 1976 se puso en operatividad, como parte de la reforma penitenciaria en México, el Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal, en donde aparte de albergar a la población de enfermos mentales e imputables, en donde por fin se creyó recibirían un tratamiento de acuerdo a los ordenamientos legales, proporcionaba también atención médica de tercer a nivel a la población en general que la requiriera, sin embargo, en 1982, se ordena el cierre de esta institución como tal, y la población de la "Cárcel de Mujeres", pasa a ocupar estas instalaciones permaneciendo ahí hasta la fecha.

Ante esta situación, la población varonil de enfermos mentales e imputables, fue trasladada al Reclusorio Preventivo Varonil Sur, en donde es ubicada en los dormitorios 1 y 2, fluctuando en un total de 180-190 internos. La población femenil de enfermas mentales e imputables, se encuentra en el Centro Femenil de Readaptación Social, sito en Tepepan, en lo que antiguamente fue el Centro Médico de los Reclusorios.

Por otra parte, ante la aparición del crimen organizado el cual está conformado por delincuentes que atacan contra la seguridad de las instituciones de reclusión y del mismo Estado, se da un cambio en la población de presos en los diferentes penales, ya que éstos se caracterizan por tener un alto potencial económico, cualidades de liderazgo, habilidad de manipulación y altamente contaminantes de su entorno en reclusión, potencial y materialmente tienen un elevado nivel de agresividad, una alta proporción de éstos reos, están vinculados con los delitos contra la salud y otros delitos graves, además de ser multirreincidentes con una trayectoria intransistucional negativa, lo que ha dado origen a la creación de los Centros Federales de Readaptación Social, que albergan a sujetos indiciados, procesados y sentenciados de máximo riesgo institucional.

El Centro Federal de Readaptación Social N° 1, se encuentra ubicado en Acolmoya de Juárez, Edo de México y fue inaugurado en 1991, el Centro Federal de Readaptación Social N° 2, está ubicado en El Salto, Puente Grande, Jalisco y fue inaugurado en 1993.

Para concluir con esta reseña histórica, nos referiremos al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, institución *su generis* en América Latina, que surge de la idea concebida por el destacado penitenciario Dr. Carlos Tornero Díaz.

Ante la gravedad de la situación de la población penitenciaria de enfermos mentales e imputables de la República Mexicana, misma que se cuestionó en la última reunión sobre los Derechos Humanos, celebrada en Viena, Austria (1992), así como en el Seminario Intercambio y Planteamiento de Ideas para la Creación de un Centro Penitenciario Psiquiátrico, celebrado en la Cd. de Querétaro, en el año de 1993, en donde se plantea y se exhorta a realizar un esfuerzo adicional por parte de las autoridades

Partiendo de lo anterior, surge el Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión con el que se pretende establecer estrategias en salud mental, que coordine las acciones dirigidas a esta población penitenciaria y los servicios en las instituciones que conforman al Sistema Penitenciario a fin de mejorar las condiciones de salud individual y colectiva de esta población, uniformando las actividades y los criterios de operación de carácter preventivo, terapéutico y de rehabilitación, así mismo considera el preparar por medio de la enseñanza y capacitación a todo el personal penitenciario que tenga que ver con el trato y tratamiento; así como el crear los espacios pertinentes para producir y fomentar la investigación en este campo a implementarse de manera general en los centros de reclusión a nivel nacional, y en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial Este Centro depende de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación

El objetivo principal del Centro, consiste en proporcionar atención psiquiátrica especializada (tercer nivel), a la población penitenciaria del país: imputables y enfermos mentales en calidad de indiciados, procesados y sentenciados ejecutoriados; así como la custodia, tratamiento y pertación de internos que ingresen por expreso mandato de la autoridad correspondiente

Las políticas y normas de operación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, se fundamentan en los principios de dignidad y absoluto respeto a los derechos humanos, marginando toda intención retributiva o sancionadora, buscando fundamentalmente cumplir con el principio constitucional del derecho a la salud que todos los individuos tienen.

2. EL ENFERMO MENTAL EN RECLUSIÓN

La historia de las enfermedades mentales y la delincuencia van a la par con la historia de las ideas acerca de estos fenómenos tan complejos, siendo de primordial importancia para el hombre la búsqueda de sus causas, sus modos de propagación y sus posibles soluciones, sin embargo, en este devenir la historia está plagada de atropellos y vejaciones a la integridad humana, justificados en ocasiones por el orden y la justicia.

En épocas pasadas la Ética, el Derecho Penal y la Demonología, la cual se considera fuente de la psiquiatría se confundieron en sus derroteros y determinaron una sola forma de conducta criminal no consideraban al delito un hecho contra el hombre, sino un atentado a las leyes divinas, se percibía al delincuente, al deshonesto y al perturbado como pecadores, transgresores de las leyes de Dios, es así que los enfermos mentales llegaban a los estrados de la justicia y posteriormente se les aplicaban las sanciones más severas: la picota, el presidio o el patíbulo, al igual que a los criminales. No ha sido sino hasta fechas recientes que se han creado disciplinas especiales con pretensiones científicas, que permitan ofrecer explicaciones objetivas acerca de la diferencia entre enfermedad mental y delincuencia

Como podemos observar, anteriormente no había diferencia entre los lugares para aislar al criminal y al enfermo mental, ambos eran reclusos en los mismos lugares; más adelante cuando surgen los asilos y los manicomios, éstos parecían más prisiones que hospitales, debido a que se consideraba que la locura era incurable y lo que se pretendía era confinar para evitar la propagación del "mal mental" en las prisiones.

En los siglos XVII y XVIII, se hace un gran esfuerzo para que se de tratamiento curativo a los enfermos mentales, surgiendo sobretodo después de la Revolución Francesa asilos para éstos, pero no se permitía la presencia de un médico.

Al surgir la figura del médico, su función no era delimitar el crimen de la enfermedad mental, sino simplemente su función era la de observador y guardián. Los primeros intentos por mejorar las condiciones del enfermo mental, fueron más que nada por tratar de establecer los límites entre lo normal y lo anormal, entre el crimen y la locura

Es hasta finales del siglo XVIII cuando se da el paso definitivo para establecer la diferencia entre los locos y criminales, pero esta separación no trae mejoras en las condiciones del enfermo mental

En el siglo XIX, aún no surgía la figura del psiquiatra, es decir como especialista en trastornos mentales y por otro lado al médico no se le reconocía como figura dentro de los espacios de confinamiento ni de la ley penal, debido a que las leyes no reconocían la responsabilidad mental, ni en las prisiones existían los espacios destinados para albergar a los enfermos mentales que cometían ilícitos, separados de los delincuentes "sanos" mentalmente.

Con el surgimiento de las nuevas ideas, durante la primera mitad del siglo XIX, Lombroso y su escuela establecen el auge teórico-experimental que se da en las nuevas ciencias como la psiquiatría, la antropología y la psicología, con un corte biologista, cuya finalidad era presentar evidencias acerca de la relación directa entre la morfología craneal y las propiedades psíquicas de los individuos. Sin

embargo, a pesar de estos avances, la función del médico no contaba con el suficiente reconocimiento en este ámbito, a pesar de que en Francia se considera, surge la medicina legal, con la promulgación del Código Penal Napoleónico, en el que se otorga a los magistrados la opción de que los médicos expertos rindieran su testimonio

Aunque de momento la función de los médicos en el ámbito jurídico no prosperó, fue en realidad el primer paso para que más adelante los psiquiatras con sus estudios y diagnósticos, determinaran la diferencia legal de los enfermos mentales y los delincuentes, lo que conllevó a las reformas de las leyes penales

Es importante mencionar que a la par del avance científico, en lo que al estudio del ser humano se refiere, se requiere también de un cambio de actitud de manera positiva para proporcionar un mejor trato a aquellos enfermos mentales, que aparte del padecimiento, se encuentran en reclusión. Podemos decir, que ya es un gran avance el reconocer que en realidad son enfermos

2.1 EL ENFERMO MENTAL EN RECLUSIÓN EN MEXICO

Las ideas acerca del trato hacia el enfermo mental en reclusión, se han ido modificando al igual que las cárceles, así tenemos que con el positivismo surgieron los anexos psiquiátricos en los penales, manifestándose una interpretación más definida con una tendencia humanitaria sobre el comportamiento intramuros, es así que las cosas que se resolvían depositando a los sujetos en las celdas de castigo, fueron controladas en los anexos psiquiátricos.

Partiendo de Lecumberri, podemos decir que contaba con un plantel médico y psiquiátrico que tenía un amplio jardín para esparcimiento de los convalecientes, sin embargo, no se encuentra información acerca del trato y tratamiento que se les proporcionaba a los enfermos mentales en los inicios de esta cárcel, pero si encontramos que años antes de su clausura, en general todo el penal estaba deteriorado, atentando contra la salud de la población, tanto la mental como la física, debido a la falta de higiene, de servicios y de espacios, debido a la sobrepoblación existente. Fue tal la desorganización en que cayó Lecumberri, que se perdió el control sobre la población de enfermos mentales, es así que por la falta de atención y la indiferencia, muchos enfermos con conducta tranquila se encontraban mezclados con el resto de la población

Paralelamente funcionaba el manicomio de La Castañeda, el cual al igual que Lecumberri, fue inaugurado por el General Porfirio Díaz en el año de 1910, albergando en sus inicios a los enfermos mentales que fueron trasladados del Hospital de San Hipólito y del Divino Salvador, con una capacidad de albergamiento para mil internos.

Inicialmente, fue una institución de acuerdo al adelanto médico de esa época, sin embargo, lo que sucede por lo general con el enfermo mental es el abandono familiar y esto ocasionó hizo que no se dieran egresos, incrementándose de manera exagerada la población, de tal suerte que el personal fue insuficiente para brindar atención y los servicios fueron deficientes por la falta de mantenimiento, a consecuencia de la carencia de recursos materiales y financieros, es así que en 1965 había ya 3200 internos

El manicomio de la Castañeda, contaba con dos espacios denominados Pabellón de Reos, uno para mujeres y otro para hombres, a los que ingresaban enfermos mentales que habían cometido un acto ilícito

En 1967, se inaugura el Hospital Campestre "Samuel Ramírez Moreno", con una capacidad de internamiento de 520 camas, surgiendo como la modificación al sistema manicomial de tipo carcelario, que en nuestro país por muchos años fue característico de los hospitales psiquiátricos. En esta institución se asignó el dormitorio número cinco para albergar a los enfermos mentales e inimputables, procedentes de los diferentes penales del Distrito Federal, que quedaban a disposición de la autoridad sanitaria, con base en lo dispuesto por el artículo 69 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal

Como ya mencionamos, con la reforma penitenciaria en México, por iniciativa de la Secretaría de Gobernación y del Departamento del Distrito Federal, se construyó el Centro Médico de los Reclusorios del D.F., el cual se inaugura el 11 de mayo de 1976, bajo la presidencia del Lic. Luis Echeverría Álvarez, cumpliendo así con lo establecido por la Ley de Normas Mínimas, en el Capítulo I, Art. 3º, que a la letra dice: "... se determinará lo relativo a la creación y manejo de instituciones penales de toda índole, entre las que figurarán las destinadas al tratamiento de adultos delincuentes alienados que hayan incurrido en conductas antisociales..."

Este Centro, contaba con una torre médica-hospitalaria, para atender las intercurrencias médicas de los internos de los diferentes reclusorios y la Penitenciaría del D.F. y con cuatro pabellones, para los enfermos mentales e inimputables, tres para hombres y uno para mujeres. Sin embargo, este Centro solo funcionó por ocho años, ya que en 1982, cesaron sus funciones como Centro Médico, argumentando las autoridades, lo elevado del costo de operatividad.

Ante esta situación, los enfermos mentales e inimputables fueron trasladados al Reclusorio Preventivo Varonil Sur. El edificio del anterior Centro Médico, fue convertido en el actual Centro Femenil de Readaptación Social, albergando a la población de la antigua Cárcel de Mujeres y entre ésta, a las enfermas mentales.

Nos hemos referido a las instituciones que han albergado durante varios años a los enfermos mentales e inimputables; pero con respecto al trato y tratamiento que se les ha proporcionado, no existe bibliografía que abunde en el tema

Sin embargo, podemos hacer mención de la alternativa que actualmente se plantea para la atención de la multicitada población, así tenemos el Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión, que tiene como principal objetivo el establecer las estrategias en salud mental para coordinar las acciones y los servicios en las instituciones que constituyen el Sistema Penitenciario, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población de enfermos mentales e inimputables, mediante la unificación de criterios de operación de carácter preventivo, terapéutico y de rehabilitación, así mismo, la docencia, la capacitación e investigación encaminadas a la profesionalización y especialización del personal que labora en los centros de reclusión. Contempla proporcionar en esta instituciones, una atención integral, mediante equipos interdisciplinarios, conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, médicos generales, enfermeras y técnicos en rehabilitación, entre otros, a fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud del enfermo mental.

Para lograr este objetivo, se implementarán actividades terapéuticas y de rehabilitación, con base en el modelo médico, aplicado a la población externa, extrapolándolo al Sistema Penitenciario. Para su aplicación, se tomará en cuenta la infraestructura ya existente; en lo que a los recursos humanos y materiales se refiere, se reorganizarán para optimizar su desempeño, de tal suerte que se propone la implementación de programas que se ajusten y contribuyan al desarrollo del Sistema, en los diferentes centros de reclusión del país, para brindar un adecuado trato y tratamiento especializado

Como primer paso, se requiere que cada centro de reclusión, adapte un espacio a fin de ubicar en él a los internos con trastornos mentales, emocionales y/o conductuales, pretendiendo con esto que, se realice una detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación

Como mencionamos anteriormente, el sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión, se organiza en tres niveles de atención, con base en el modelo médico tradicional

Primer Nivel de Atención Son acciones dirigidas al interno, su familia, la comunidad penitenciaria y su medio ambiente, mediante servicios para preservar la salud, la detección temprana, el tratamiento oportuno y rehabilitación, mismas que pueden ser proporcionadas por un equipo básico de asistencia a la salud, conformado por un médico general, una enfermera y el asistente en rehabilitación

Este nivel se implementará en las cárceles municipales que cuenten con la infraestructura que permita la adecuación de áreas exclusivas de atención, esparcimiento, deportivas, laborales y/o de capacitación, así mismo, deberán cubrir las necesidades de alimentación, higiene, medicamentos y material de trabajo

Segundo Nivel de Atención: Son acciones a desempeñar por especialistas en salud mental, integrados en un equipo interdisciplinario, para atender intercurrentias y urgencias en salud mental, mediante el diagnóstico, el tratamiento y medidas rehabilitatorias de los internos que presentan cuadros agudos o subagudos con una probable remisión a corto plazo

En este nivel se otorgan servicios de consulta externa especializada y de hospitalización a internos referidos del primer nivel, así como a los que se presentan con urgencias médico-psiquiátricas que requieran atención de personal especializado

La atención de segundo nivel de atención, será proporcionado en los Centro de Readaptación Social (CERESOS) y en los Centros Federales de Readaptación Social (CEFERESOS) del país, en donde se atenderán cuadros agudos y subagudos, para control y recuperación de la funcionalidad psicosocial del interno. Para que estas funciones se lleven a cabo, es necesario que los centros antes mencionados cuenten con instalaciones adecuadas, para que los integrantes de los equipos técnicos realicen las actividades terapéuticas y de rehabilitación, así como áreas deportivas, para visita íntima y familiar. Así mismo, deben cubrir las necesidades de alimentación, higiene, medicamentos y material de trabajo para la implementación de las medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación.

Tercer Nivel de Atención el objetivo de este nivel es proporcionar servicios preventivos, terapéuticos y de rehabilitación a la población penitenciaria que presente alteraciones mentales complejas que requieran de tratamiento especializado Para la atención en este nivel, se requiere de áreas separadas para la asistencia de internos con sintomatología exacerbada y subexacerbada y de áreas para el trabajo de rehabilitación y el personal que atienda a esta población, debe ser cuidadosamente seleccionado y continuamente capacitado.

En este nivel, la investigación y la enseñanza se constituyen como elementos indispensables de la práctica médica-técnica especializada.

Esta atención de tercer nivel, será proporcionada en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, como punto de culminación del Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica, para Enfermos Mentales en Reclusión

Como se mencionó anteriormente, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, es una institución de tercer nivel de atención psiquiátrica, con una capacidad de internamiento de 500 camas de las cuales son 460 fijas y 40 transitorias, distribuidas en área de ingreso, siete módulos y la unidad hospitalaria y que además cuenta con área de gobierno, áreas de visita familiar e intima, centro psicopedagógico, gimnasio, auditorio, campo de fútbol, canchas de basquetbol, invernaderos, farmacia y servicios generales, en donde se atenderá a la población de enfermos mentales e imputables del país, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia.

Las políticas y normas de operación de este Centro, se fundamentan en los principios de dignidad y absoluto respeto a los derechos humanos, marginando toda intención retributiva o sancionadora, buscando fundamentalmente cumplir con el principio constitucional del derecho a la salud que todos los individuos tenemos. Lo anterior, no evita reconocer que los individuos que alberga el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, están a disposición de una autoridad, ya sea judicial o ejecutora, por lo que se requiere de todas las medidas de seguridad que su condición implica.

De esta forma, la política del Centro consiste en atender al enfermo mental e imputable en su dimensión bio-psico-social, respondiendo a sus necesidades de salud y rehabilitación.

Para cumplir el objetivo, es necesario conocer a la población que requiere de atención, es necesario el establecimiento del perfil del enfermo mental en reclusión, a fin de poder planear e implementar el tratamiento integral, con la finalidad de reincorporarlo a su medio social.

CAPITULO V

1. RESULTADOS

En este Capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Cédula de Identificación para Enfermos Mentales e Inimputables en Reclusión a Nivel Nacional

Los expedientes revisados fueron de 979 varones y 25 mujeres, lo que nos da una muestra de 1004 sujetos

Los resultados se encuentran organizados en cuatro grandes rubros:

- a) Población total por estado, (faltando datos de los estados de Aguascalientes y Chihuahua, se incluyen datos de la Colonia Penal Federal de Islas Marias y del Hospital Campestre "Samuel Ramírez Moreno", el Distrito Federal está representado por el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, centro de concentración de enfermos mentales e inimputables (no se obtuvieron datos del Centro Femenil de Readaptación Social del D.F.)
- b) Datos jurídicos.
- c) Datos sociales
- d) Datos de diagnóstico y tratamiento

Se presentan 10 tablas, las cuales concentran los resultados de cada Estado, el total de cada variable y el porcentaje que éste representa

Las variables analizadas fueron: situación jurídica, delitos, sexo, edad, estado civil, escolaridad, visita (apoyo familiar), diagnóstico y tratamiento

A continuación se presentan en forma gráfica las características a nivel nacional de la población de enfermos mentales e inimputables

La gráfica número 1, indica que la población total de enfermos mentales e inimputables, es de 1004, de los cuales 669 son enfermos mentales, 203 inimputables, y de 132 se desconoce su situación jurídica

La gráfica número 2 nos permite ver que 979 son hombres y 25 son mujeres

En la gráfica número 3, se observa que a nivel nacional, la situación jurídica predominante es de 340 enfermos mentales sentenciados del fuero común, seguido por 290 enfermos mentales procesados del fuero común, 29 enfermos mentales sentenciados y 10 procesados del fuero federal, 198 inimputables, del fuero común, 5 inimputables del fuero federal y 132, sin datos.

En la gráfica número 4, se observa que destacan los delitos patrimoniales con 368, delitos contra la integridad física 483, contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, 146, contra la salud, 51; contra la paz y la seguridad de las personas, 50; contra la seguridad pública, 45; contra la moral pública, 20, contra la privación de la libertad, 20 .

La gráfica número 5, nos permite el análisis de la edad, destacando que el rango de edad predominante es de 20 a 29 años, seguido por el rango de edad de 30 a 39 años siendo el menor rango de edad entre los menores de 20 años

La gráfica número 6. nos refiere que el estado civil predominante es el de soltero, seguido del casado

La gráfica número 7, que muestra el análisis de la escolaridad, permite observar que la mayoría refiere instrucción primaria, seguida de la secundaria y de los analfabetas, destacando que en este rubro la falta de información es significativa

La gráfica número 8 muestra lo referente a la visita que el interno recibe, sobresaliendo que el 60.8% carece de apoyo familiar

Respecto al Diagnóstico emitido por los equipos técnicos, la gráfica número 9 señala que la

esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y los trastornos delirantes son los más frecuentes, seguidos de los trastornos orgánicos y en tercer lugar, los trastornos mentales y del comportamiento, debido al consumo de sustancias psicotrópicas, destacando que de 143 expedientes no proporcionaron datos al respecto.

La gráfica Número 10, nos indica que el tratamiento instaurado por los equipos técnicos, destaca de manera significativa el aspecto médico, el segundo lugar es ocupado por la referencia "sin datos" y en tercer lugar se hace referencia a un tratamiento psiquiátrico

Es importante hacer mención que en todas las gráficas se presenta una cuantificación de estudios que no contaban con la información y es reportada "sin datos"

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO DE DISEÑO

El presente estudio ha de considerarse por su naturaleza, como un estudio de tipo **EXPLORATORIO**, por constituir la primera aproximación del objeto de estudio, que es determinar un perfil del enfermo mental e inimputable en reclusión, así como estudiar la situación directamente donde ocurren los hechos.

DE CAMPO, porque se tomó una muestra de la población.

TRANSVERSAL, porque cortó arbitrariamente una línea continua de tiempo

Es además un estudio **NO EXPERIMENTAL**, pues es una investigación observacional no manipulativa, realizada en el ambiente natural

2.2 VARIABLES:

Las variables consideradas fueron:

- Situación Jurídica general a nivel nacional (inimputabilidad y/o enfermedad mental).
- Situación Jurídica respecto al fuero (Común y/o Federal) así como si es sentenciado o procesado
- Tipo de delito cometido
- Rango de edad
- Estado civil

- Escolaridad.
- Apoyo familiar en reclusión
- Los diagnósticos psiquiátrico y/o psicológico
- Tipo de atención y/o tratamiento que reciben

2.3 SUJETOS:

Los sujetos que fueron estudiados en esta investigación fueron aquellos que se encontraron en los diferentes Centros Penitenciarios del país, ya sea que estuvieran sentenciados (cumpliendo una sentencia) o procesados (en espera que se dicte una sentencia), que se encuentran reclusos como medida de seguridad por ser declarados inimputables o en suspensión de proceso, por padecer una enfermedad mental aguda y/o crónica.

2.4 MUESTRA Y POBLACION

La población estuvo constituida por todos los internos que se encontraban reclusos en los diferentes centros penitenciarios del país dentro del período en que se realizó el estudio

La muestra son los que estaban considerados como inimputables y/o enfermos mentales dentro de los centros que fueron encuestados

Los sujetos examinados fueron 979 varones y 25 mujeres, lo que nos da una muestra de 1004 sujetos. Todos ellos mayores de edad

2.5 PERIODO DE EVALUACION

El llenado se realizó de los expedientes que en ese momento se encontraban en el Centro de referencia y que estaban considerados como enfermos mentales e inimputables, en la fecha y dentro del periodo de estudio (agosto, septiembre y octubre de 1996).

2.6 INSTRUMENTO

Se aplicó un cuestionario previamente determinado que denominamos "Cédula de Identificación para Enfermos Mentales e Inimputables en Reclusión a Nivel Nacional", la cual fue llenada directamente de la información procedente de los expedientes únicos que tienen los centros de reclusión

El instrumento es un cuestionario de preguntas cerradas, dirigidas para vaciado de información específica y está basado en un cuestionario similar utilizado anteriormente en un proyecto de estudio que la Secretaría de Gobernación realizó como Censo en el Sistema Penitenciario Nacional, del cual uno de sus objetivos sería determinar a posibles candidatos que deban ser atendidos en un tercer nivel de atención psiquiátrica especializada en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial ubicado en el Municipio de Ciudad Ayala, Morelos

El llenado de las cédulas se realizó directamente de la información que contenía el expediente único del interno y llenado por los investigadores comisionados para tal efecto

Para la presente investigación se tomó y aprovechó la información que resultara más relevante del aspecto técnico, psicológico, sociológico y se descartó la información jurídica referente al procedimiento legal (como es número de expediente, amparos, otros procesos, etc.).

2.7 CONFIABILIDAD

La aplicación de cuestionarios dirigidos, con preguntas cerradas, y específicas, para realizar estudios de investigación, censos, encuestas, etc., permite obtener con rapidez grandes cantidades de información, aunque hay una pérdida de datos específicos que se compensa con la cantidad de respuestas que son aprovechadas a nivel estadístico

Asimismo, una investigación tipo Censo requiere una logística que facilite información con rapidez, aspectos muy específicos para calificar, cuantificar y reducción de costos tanto en tiempo de llenado, de valoración y papelería.

A nivel práctico, la información que se obtuvo en 1991 sobre el Censo Nacional Penitenciario, utilizó el mismo sistema e instrumento, mostrando su eficacia; lo cual se aprovecha en este estudio para obtener información directa del ambiente

La confiabilidad de este instrumento se logró a partir del método de jueces, es decir, se preguntó a diferentes autoridades en la materia pertenecientes a la institución y dieron su punto de vista sobre el instrumento, siendo éste aprobado por ellos

2.8 ESCENARIO

La investigación se realizó en los principales centros penitenciarios a nivel estatal, que fueron encuestados, incluyendo información de la Colonia Penal Federal de Islas Marias, el Reclusorio Preventivo Varonil Sur (centro de concentración de enfermos mentales e imputables del D.F.), y el Hospital Campestre "Samuel Ramirez Moreno".

El llenado de las cédulas se realizó en los espacios asignados por las autoridades, archivos clínicos, bibliotecas, áreas de consulta, etc , previa presentación con las autoridades del Centro, respaldándose por el oficio de comisión respectivo, carta de presentación, etc. y en algunos casos, el cuestionario fue enviado vía mensajería a la Dirección Estatal de Prevención y Readaptación Social, y ésta a su vez, los enviaron a los diferentes centros de reclusión estatales, posteriormente se aplicaba el llenado del instrumento y eran enviados nuevamente a la Dirección Estatal, misma que los remitía al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

2.9 TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Una vez realizado el llenado de cédulas, se procedió al vaciado de información en tablas, lo que permitiría tener la información cuantitativa y cualitativa

De estas tablas se obtenían "sumatorias totales" de las cuales se extrajeron los datos más representativos, mismos que serían representados en gráficas para la interpretación de resultados

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos indican que a nivel nacional de acuerdo a la muestra, existen un mayor número de enfermos mentales que de imputables, habiendo hecho mención en el Capítulo II, sobre las diferencias entre estas dos categorías, esto lo podemos atribuir a la no detección oportuna del estado mental de los individuos a su ingreso, no estableciéndose en caso de que exista un trastorno mental la exclusión de responsabilidad. Esta situación puede atribuirse a la falta de especialistas en materia psiquiátrica, que emitan los dictámenes correspondientes.

Por otra parte, podemos considerar también que la falta de seguridad y la corrupción existente en los penales, permite el ingreso de manera indiscriminada de drogas y de bebidas alcohólicas, lo que ocasiona en la población, alteraciones mentales durante la reclusión, aunado a esto, inciden diversos factores jurídicos, sociales y ambientales, tales como la emisión de las sentencias, el abandono familiar, el hacinamiento y promiscuidad por la sobrepoblación en los penales, que son eventos generadores de estados de ansiedad y/o depresión, que influyen en el individuo recluso para que se presente un desequilibrio orgánico y/o emocional.

Con respecto al género, la incidencia de enfermos mentales e imputables predomina en el sexo masculino, siendo un tema para investigaciones futuras la delincuencia femenina y la enfermedad mental.

Referente a la situación jurídica, destacan los enfermos mentales sentenciados y procesados del fuero común, encontrando también un índice alto de imputables de este mismo fuero, relacionando que los delitos que predominan son contra la vida y la integridad física, seguidos de los patrimoniales. Es notorio que a diferencia de los otros rubros analizados, en los que destaca la ausencia de datos, el aspecto jurídico está considerado casi en su totalidad en los expedientes de los internos, denotándose que este aspecto es de preocupación para las autoridades de los penales, por las consecuencias jurídico-legales que acarrearía su omisión.

Otro aspecto relevante, es que la mayoría de enfermos mentales e inimputables, se encuentran reclusos por la comisión de un solo delito, siendo esto consecuencia tal vez de que por el deterioro, los delitos no son planeados, infiriendo que son consecuencia de actos impulsivos

Es evidente que la población en estudio, tiene un rango de edad predominante de 20 a 39 años de edad, siendo una población joven, y el estado civil que destaca es el de soltero

En referencia a la escolaridad, la mayoría cuenta con instrucción básica, haciendo notar que en las cédulas, no reportan con claridad si es completa dicha instrucción o hasta que grado fue cursada

La tercera parte de esta población, cuenta con apoyo familiar, dado que son visitados en sus centros de reclusión, notándose también que otra tercera parte carece de este apoyo y en la otra tercera parte, no se proporcionó esta información

Los diagnósticos principales detectados en el análisis realizado, son la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos con ideas delirantes. Le siguen los trastornos mentales orgánicos, y en tercer lugar encontramos los trastornos mentales y del comportamiento secundarios al consumo de sustancias psicotrópicas. Destaca también que en la muestra existe carencia de diagnósticos, reportados como "sin datos", atribuido esto, a la falta de especialista en psiquiatría y psicología.

Otro aspecto importante con respecto a este rubro, es que no hay un criterio unificado, como pudiese ser el uso de manuales de clasificación como el DSM-IV o la CIE-10, para la emisión de los diagnósticos, lo que limita a los interesados para realizar estudios estadísticos y epidemiológicos confiables. Proponiéndose como alternativa para subsanar esto, la realización de programas de capacitación para el personal penitenciario, sobre el uso y manejo de los manuales antes mencionados, así como incluir en los planes curriculares de las carreras de Psicología y Psiquiatría, el manejo de dichos instrumentos

Con respecto al tratamiento, destaca principalmente el médico, siguiéndole en forma significativa la ausencia de datos, siendo superior inclusive, al tratamiento psiquiátrico, observándose una ausencia de tratamiento social, psicológico y ocupacional.

Es importante mencionar de manera general la ausencia de información, en todas las Cédulas de Identificación enviadas por los diferentes Estados, los cuales fueron graficados como "Sin Datos", infiriendo que pueden ser diversas las causas, desde la falta de recursos humanos especializados, tanto para realizar las entrevistas iniciales de donde se obtiene esta información, así como para la realización de valoraciones psiquiátricas, sociales, pedagógicas y psicológicas, y en consecuencia la ausencia de tratamientos, no haciendo a un lado la falta de recursos materiales y financieros. Sin dejar de considerar que es probable que por el estado mental del interno, no pudiese proporcionar datos o la ausencia de la familia, que también es fuente de información.

Es evidente también la falta de apego a la normatividad que regula el trato y tratamiento del enfermo mental, de ahí que se transgredan aspectos jurídicos, técnicos y de sus derechos humanos, considerando como causa principal el desconocimiento de esta normatividad.

Lo anteriormente expuesto, es indicativo del abandono en que se encuentra esta población sin embargo con el establecimiento del Perfil Enfermo Mental en Reclusión, como primer paso, permite conocer de manera objetiva las características de los enfermos mentales e imputables en reclusión a nivel nacional, dando la pauta para realizar investigaciones futuras que aporten nuevos conocimientos para establecer programas de tratamiento en sus tres niveles: preventivo, terapéutico y de rehabilitación, para estos sujetos que además de tener una enfermedad mental, están privados de su libertad

No obstante, no podemos pasar por alto que en nuestro país, con la creación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, único en América Latina, se inicia un cambio trascendental en el Sistema Penitenciario, al ser pionero en este ámbito

Es importante hacer mención que se requiere también que las escuelas y universidades, formes especialistas en el aspecto penitenciario, que aborden la problemática, desde la prevención, aspecto que evidentemente ha sido descuidado, lo que se refleja en el incremento de la población penitenciaria y en la inseguridad que prevalece en el país, y para tal efecto, se debe investigar sobre las variables que motivan a los sujetos a delinquir y las alternativas para decrementar la delincuencia, ya que la solución no es la creación de nuevas cárceles, sino evitar que los sujetos cometan actos delictivos y lleguen a éstas

BIBLIOGRAFIA

1. Castellanos, Fernando. 1981 *Lincamientos elementales de Derecho Penal* Decimoquinta Edición Editorial Porrúa. México,
2. Comisión Nacional de Derechos Humanos. 1995 *Enfermos Mentales e Inimputables* Documentos Nacionales e Internacionales México,
3. Cuello Calón, Eugenio 1958 *La Moderna Penología (Represión del Delito y Tratamiento de los Delincuentes, Penas y Medidas su Ejecución)* Editorial Bosch Casa Editorial-Barcelona Barcelona,
4. García Ramírez, Sergio. 1975. *La Prisión* Editorial Fondo de Cultura Económica. México,
5. García Ramírez, Sergio 1980. *Manual de Prisiones*. Segunda Edición Editorial Porrúa México,.
6. García Ramírez, Sergio 1983. *Derecho Penal*. Primera reimprisión Universidad Nacional Autónoma de México. Colección Introducción al Derecho Mexicano. México,
7. Jiménez de Asúa, Luis 1954 *La Ley y el Delito*. Editorial Temis 2a Edición.
8. Jiménez de Asúa, 1990 Luis *Psicoanálisis Criminal*. Editorial DEPALMA Buenos Aires,.
9. Labastida Díaz, Antonio, Rodríguez García, Clementina; Villanueva Castilleja, Ruth y Wong Bermúdez, Magdalena. *El Sistema Penitenciario Mexicano* Ed Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación Penitenciaria. México, 1996
10. Marchiori, Hilda. *El Estudio del Delincuente Tratamiento Penitenciario*. Editorial Porrúa. México, 1989
11. Marchiori, Hilda. *Psicología Criminal*. Editorial Porrúa, México, 1989
12. Marchiori, Hilda *Personalidad del Delincuente*. Editorial Porrúa México, 1990.
13. Melossi. Dario. Pavarini, Massimo. *Cárcel y Fábrica Los orígenes del Sistema Penitenciario (Siglos XVI-XIX)*. Editorial. Siglo Veintiuno, Editores

14. Mezger, Edmundo. *Derecho Penal*. Editorial Bibliográfica Buenos Aires, 1954
15. Rodríguez Manzanera, Luis. *Criminología*. Editorial Porrúa México, 1993
16. San Martín, Hernán *Salud y Enfermedad* Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V México, 1990
17. Guarner, Enrique. *Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico* Editorial Panamericana 2ª Edición México 1984
18. Goldman H. Howard *Psiquiatría General* Editorial El Manual Moderno, 2ª Edición México 1989
19. Méndez Castro Claudia *Evolución del Nivel de Satisfacción en Internos de un Centro Preventivo y de Readaptación Social* Tesis. Universidad Iberoamericana México 1995

TABLAS DE RESULTADOS

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

POBLACION TOTAL DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES POR ESTADO

POBLACION	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHES	DOGO	GTO	GRD	HGO	JAL	MEX	MCH	MOR	NAV	N.L.	OAX	PUE	Q.R.	GRD	S.L.P.	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM.*	S.R.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE
ENFERMOS MENTALES	34	5	39	13	22	28	2	26	20	15	0	51	47	0	25	29	64	22	4	6	57	43	24	22	4	3	6	7	0	2	48	669	66.6
INIMPUTABLES	3	1	2	2	9	4	5	1	11	0	0	17	13	0	2	0	4	1	0	2	1	20	7	4	12	0	5	3	0	5	69	203	20.2
SIN DATOS	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	78	0	0	17	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	13	4	132	13.1	

TABLA N° 1

ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES POR GENERO

GENERO	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHES	DOGO	GTO	GRD	HGO	JAL	MEX	MCH	MOR	NAV	N.L.	OAX	PUE	Q.R.	GRD	S.L.P.	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM.*	S.R.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	37	6	42	15	32	33	7	27	31	15	78	65	57	16	19	29	68	23	4	8	57	62	31	28	14	3	11	12	10	20	121	979	97.5
FEMENINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	14	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	25	2.4

TABLA N° 2

SENTENCIADOS Y PROCESADOS, POR FUERO

FUERO	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHES	DOGO	GTO	GRD	HGO	JAL	MEX	MCH	MOR	NAV	N.L.	OAX	PUE	Q.R.	GRD	S.L.P.	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM.*	S.R.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE
ENFERMOS MENTALES PROCESADOS DEL FUERO COMUN	27	2	7	7	11	6	1	12	10	8	0	13	23	0	13	1	37	11	2	2	33	12	12	13	3	3	4	1	0	0	16	290	28.9
ENFERMOS MENTALES SENTENCIADOS DEL FUERO COMUN	7	3	24	5	10	21	1	14	8	6	0	36	21	0	9	24	22	11	2	4	22	28	11	9	1	0	2	5	0	2	32	340	33.9
ENFERMOS MENTALES PROCESADOS DEL FUERO FEDERAL	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	10	0.99
ENFERMOS MENTALES SENTENCIADOS DEL FUERO FEDERAL	0	0	8	0	0	1	0	0	1	1	0	2	2	0	2	4	3	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	2.88
INIMPUTABLES FUERO COMUN	2	1	2	2	9	4	5	1	11	0	0	17	13	0	2	0	4	1	0	2	1	19	6	4	11	0	5	3	0	5	68	198	19.7
INIMPUTABLES FUERO FEDERAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	0.49	

TABLA N° 3

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

DELITOS

DELITOS	BCS	CAM	CDM	COL	CHS	DDO	OTO	GRD	HND	JAL	JEX	MCH	MOR	NAV	NL	OAX	PUE	Q.R.	GRD	SLP	SNI	SON	TAM	TAX	TLX	VER	ZAC	LM*	S.R.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE		
CONTRA LA VIDA																															483	39.7		
HOMICIDIO	2	1	6	5	4	4	0	2	3	2	14	12	5	0	2	3	15	2	0	0	11	5	7	3	1	2	3	3	0	5	17	139		
HOMICIDIO	8	4	9	4	9	13	1	13	9	7	29	19	14	0	9	7	28	6	2	2	14	20	10	8	4	0	5	1	7	5	29	296		
H.M. EN REL. DE PRISCO*	0	0	1	1	1	3	0	2	2	1	5	5	4	0	0	0	5	1	0	0	2	4	0	0	1	0	0	2	1	2	5	48		
CONTRA EL HONOR	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	0.57	
INJURIAS Y DEFAMACION																																7	0.57	
PRIVACION DE LA																																20	1.64	
LIBERTAD	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	20			
PRIVACION DE LA LIBERTAD																																	20	1.64
PATRIMONIALES	16	0	14	6	7	8	5	11	2	19	21	23	0	7	13	12	6	2	2	17	27	9	11	5	1	4	5	3	4	37	368			
ROBO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	302	
ABUSO DE CONFIANZA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	
DESPOJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
FRAUDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
DAÑO EN PROP. AJENA	7	0	6	0	1	3	0	1	1	0	3	2	3	0	0	2	0	0	2	0	12	1	1	2	1	0	0	0	0	0	10	58		
CONTRA LA SEC.																																45	3.7	
PUBLICA	1	0	2	1	0	1	0	0	0	2	4	0	0	1	2	1	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	8	30			
PORT. DE ARMA PROH.	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	7		
PANDILLERISMO	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	8	8		
ASOC. DELICTUOSA																																	8	8
CONTRA LA SALUD	1	0	11	0	1	3	0	1	2	1	6	2	3	0	1	4	4	0	0	0	1	5	1	0	1	0	0	1	0	1	1	61	4.19	
PRODUC. TERIBIA O TRAF.																																51	51	
CONT. LA MORAL																																20	1.64	
CONT. LA MORAL	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	9	9		
CONT. LA MORAL	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	11	11		
CORRUP. DE MENORES																																	2	0.16
CORRUP. DE MENORES	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2		
FALSIEDAD																																	2	0.16
FALSIF. DE DOCOS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2		
FALSIF. DE DOCOS																																	2	2
CONTRA LA ECONOMIA																																	7	0.57
INIA PUBLICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	7		
INIA PUBLICA																																	7	0.57
YAG Y MALVICENCIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	7		
YAG Y MALVICENCIA																																	7	0.57

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

DELITOS

DELITOS	BC	BCS	CAK	COAH	COL	CHIS	COO	CTO	GRD	HGO	JAL	BEX	MXCH	MOR	NAV	N.L.	OAX	PUE	Q.F.	QRO	S.L.P.	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	UM.	S.R.	R.S.	TOTAL	PERCENTAJE
DELITOS SEXUALES																																146	12
INSTRUMENTADO SEXUAL	8	1	6	0	4	6	1	4	4	5	6	6	6	0	7	7	7	6	0	0	6	9	5	2	0	1	1	2	0	3	31	144	
LIBRO Y VIOLENCIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
RAPTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
INCESTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ENCUBRIMIENTO																															1	0.08	
ENCUBRIMIENTO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
CON LA FUERZA																															50	4.11	
QUINDO DE LAS PER																															17		
ASBENZAS	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	0	3	0	0	0	0	2	0	2	33	
ALLANAMIENTO DEMORADA	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	1	5	2	0	2	1	2	0	0	2	3	2	3	0	0	2	0	0	0	2	146	12	
EN MAT DE IRON Y ENARMAC.																															1		
VIOL. ALA LEY DE BMH Y EDU DENTRO DE CORRE.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1.22
BRONEN EN TODOS LOS CORREOS DE LOS ESTOS																															3		
RESISTENCIA A PARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
ROBOS Y FURTO	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ROBOS Y FURTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
ROBOS Y FURTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
ROBOS Y FURTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

RANGOS DE EDAD

RANGOS DE EDAD	BC	BCS	CAM	CDAH	COL	CRS	DCO	GTO	GRD	HGO	JAL	MEX	MCH	MOB	MAY	NLL	OAX	PUE	Q.R.	QRO	SLP	SNH	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	JM.*	R.R.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE
MENORES DE 20	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	7	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	4	0	2	0	0	0	2	28	2.78
DE 20 A 29	16	0	18	5	9	15	3	9	13	3	22	32	26	6	13	12	29	6	1	6	18	30	11	6	1	2	4	1	1	42	371	37
DE 30 A 39	14	3	12	3	9	11	3	9	9	7	21	16	16	4	12	10	17	6	2	1	22	18	8	8	2	3	2	3	8	38	307	30.6
DE 40 A 49	3	0	4	4	8	3	0	2	6	3	19	12	5	2	1	4	8	4	1	1	9	7	6	2	0	0	1	4	3	17	139	13.8
DE 50 A 59	1	0	5	1	1	1	0	3	2	0	8	2	3	2	2	2	4	2	0	0	4	2	1	1	0	1	1	2	2	8	61	6.07
MAYORES DE 59	0	1	1	0	2	0	3	1	1	1	3	1	2	1	2	1	3	1	0	0	4	2	0	0	1	0	0	0	6	4	41	4.08
SIN DATO	2	1	1	1	3	2	1	1	0	1	5	2	1	2	2	0	5	4	0	0	1	4	1	0	1	0	2	4	0	10	57	5.67
EDAD PROMEDIO	30.45	38.8	33.82	32.26	36.31	30.26	28.33	37.86	34.46	26.82	37.1	31.12	30.78	30.73	32.51	35.41	32.39	37.15	34.5	26.12	26.17	32.95	32.6	35.6	32	35	35.12	40.5	48.5	34.68	34.05	

- * I. M. Colonia Penal Federal de Islas Mariñas
- * S.R. Hospital Campestre "Samuel Ramírez Moreno"
- * R.S. Reclusorio Preventivo Varonil Sur

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHIS	CDGO	GTQ	GRD	HGD	JAL	MEX	MCH	MR	NAY	NLL	OAX	PUE	Q.R.	Q.R.	GRD	SLP	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM*	SR*	RS*	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERO	27	4	22	11	24	25	6	19	23	7	0	42	44	0	13	22	45	16	3	7	41	25	22	12	2	9	4	0	17	17	88	629	62.6	
CASADO	9	2	16	4	6	3	1	5	4	3	0	13	13	0	4	6	13	5	1	0	12	5	3	3	3	1	4	0	3	11	154	15.3		
UNION LIBRE	1	0	3	0	1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	2	5	2	0	1	0	1	0	0	0	8	39	3.88	
VIUDO	0	0	1	0	1	0	0	3	1	0	0	3	3	0	0	1	2	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	21	2.09	
DIVORCIADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0.48	
SIN DATOS	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	78	9	0	17	16	0	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4	10	0	12	186	15.5	

TABLA N° 6

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHIS	CDGO	GTQ	GRD	HGD	JAL	MEX	MCH	MR	NAY	NLL	OAX	PUE	Q.R.	Q.R.	GRD	SLP	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM*	SR*	RS*	TOTAL	PORCENTAJE
ANALFABETA	1	1	5	2	0	1	0	8	6	1	0	8	6	1	0	9	8	0	0	4	11	6	5	4	0	0	2	3	0	6	10	112	11.2	
ALFABETAS	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0.89
PRIMARIA	19	1	17	7	0	5	4	10	15	7	0	29	27	0	0	14	41	13	0	2	29	31	17	15	2	1	5	3	0	8	47	368	36.8	
SECUNDARIA	10	2	7	3	0	0	1	4	6	6	0	22	12	0	1	6	13	4	0	1	7	13	1	6	3	1	1	4	0	6	32	172	17.1	
ESTUDIOS TECNICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09	
PREPARATORIA	3	1	6	1	0	1	0	0	1	1	0	4	4	0	0	3	1	0	0	3	4	4	0	4	0	1	0	0	0	0	6	44	4.48	
PROFESIONAL	1	1	3	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	0	2	1	1	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	31	3.08	
POSGRADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SIN DATO	3	0	2	1	32	25	2	4	2	0	78	1	4	17	32	0	2	0	4	1	1	8	3	1	10	0	3	2	10	0	16	266	26.5	

TABLA N° 7

APOYO FAMILIAR

APOYO FAMILIAR	BC	BES	CAM	COAH	COL	CHIS	CDGO	GTQ	GRD	HGD	JAL	MEX	MCH	MR	NAY	NLL	OAX	PUE	Q.R.	Q.R.	GRD	SLP	SN	SON	TAB	TAM	TLX	VER	ZAC	LM*	SR*	RS*	TOTAL	PORCENTAJE
CON APOYO	25	2	28	6	19	10	2	18	12	8	0	36	42	0	20	22	30	0	0	4	30	25	5	15	3	1	2	2	0	8	18	393	39.1	
SIN APOYO	11	4	14	7	12	15	4	8	19	7	0	31	17	0	3	7	20	2	0	4	27	27	11	4	11	2	9	2	0	12	84	374	37.3	
SIN DATO	1	0	0	2	1	8	1	1	0	0	78	1	1	17	10	0	18	21	4	0	1	11	15	7	2	0	0	8	10	0	19	237	23.6	

TABLA N° 8

POBLACION DE ENFERMOS MENTALES E INIMPUTABLES A NIVEL NACIONAL.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	DEC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL	R.S.*	R.S.*	TOTAL	PORCENTAJE														
PSIQUIATRICO	26	0	0	5	16	8	0	12	12	0	0	4	23	18	0	0	1	2	38	4	7	6	2	3	0	6	2	46	280	28.9		
MEJICO	8	5	4	13	7	6	6	18	14	0	15	32	7	12	0	0	0	7	44	7	25	13	7	1	6	7	3	13	0	323	32.2	
PSICOLÓGICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09	
ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	7	0.69	
LABORAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0.99
MANUALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0.19	
ASISTENCIA SOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0.19	
SIN TRATAMIENTO	3	1	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	6	47	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	78	7.76
SIN DATO	0	0	0	4	3	16	0	8	0	1	78	4	23	17	0	3	23	4	0	12	18	2	5	3	0	1	5	1	3	68	30.4	30.3

TABLAS DEL PERFIL

PERFIL DEL ENFERMO MENTAL E INIMPUTABLE

POBLACION A NIVEL NACIONAL

POBLACION TOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
POBLACION DE ENFERMOS MENTALES	1004	66.63
POBLACION DE INIMPUTABLES	203	20.21
SIN DATO	132	13.14

TABLA N° 11

GENERO

GENERO	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	979	97.5
FEMENINO	25	2.49

TABLA N° 12

SITUACION JURIDICA

SITUACION JURIDICA	TOTAL	PORCENTAJE
ENFERMOS MENTALES, FUERO COMUN PROCESADOS.	290	28.88
ENFERMOS MENTALES, FUERO COMUN. SENTENCIADOS.	340	33.86
ENFERMOS MENTALES, FUERO FEDERAL PROCESADOS.	10	0.99
ENFERMOS MENTALES, FUERO FEDERAL SENTENCIADOS.	29	2.88
INIMPUTABLES, FUERO COMUN.	198	19.72
INIMPUTABLES, FUERO FEDERAL.	5	0.49

TABLA N° 13

DELITOS

DELITOS	TOTAL	PORCENTAJE
CONTRA LA SEGURIDAD PUBLICA	45	3.7
ARMAS PROHIBIDAS	30	
PANDILLERISMO	7	
ASOCIACION DELICTUOSA	8	
CONTRA LA SALUD	51	4.19
PRODUCCION, TENENCIA O TRAFICO	51	
CONTRA LA MORAL PUBLICA	20	1.64
ULTRAJES A LA MORAL PUBLICA	9	
CORRUPCION DE MENORES	11	
FALSEDAD	2	0.16
FALSIFICACION DE DOCUMENTOS	2	
CONTRA LA ECONOMIA PUBLICA	7	0.57
VAGOS Y MALVIVIENTES	7	
CONTRA LA LIBERTAD Y EL NORMAL	146	12.01
DESARROLLO PSICOSEXUAL		
HOSTIGAMIENTO, ABUSO SEXUAL, ESTUPRO Y VIOLACION	144	
RAPTO	1	
INCESTO	1	
EN MATERIA DE INHUMACIONES Y EXHUMACIONES	1	0.08
VIOLACION DE LA LEY DE INHUMACIONES Y EXHUMACIONES	1	
CONTRA LA PAZ Y LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS	50	4.11
AMENAZAS	17	
ALLANAMIENTO DE MORADA	33	
CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL	483	39.72
LESIONES	139	
HOMICIDIO	296	
HOMICIDIO EN RELACION DE PARENTESCO	48	
CONTRA EL HONOR	7	0.57
INJURIAS Y DIFAMACION	7	
PRIVACION DE LA LIBERTAD	20	1.64
PRIVACION DE LA LIBERTAD	20	
EN CONTRA DE LAS PERSONAS EN SU PATRIMONIO	366	30.26
ROBO	302	
ABUSO DE CONFIANZA	5	
DESPOJO	1	
FRAUDE	2	
DANO EN PROPIEDAD AJENA	58	
ENCUBRIMIENTO	1	0.08
ENCUBRIMIENTO	1	

TABLA N° 14

DELITOS

DELITOS	TOTAL	PORCENTAJE
NO COSIDERADOS EN TODOS LOS CODIGOS	15	1.22
RESISTENCIA A PARTICULARES	3	
ATAQUE PELIGROSO	9	
CONDUCTA ILCITA	1	
CONTRA FUNCIONARIOS PUBLICOS	1	
TENTATIVA DE EVASION	1	

TABLA N°14 BIS

EDAD

RANGOS DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
MENORES DE 20 AÑOS	28	2.78
DE 20 A 29 AÑOS	371	37
DE 30 A 39 AÑOS	307	30.6
DE 40 A 49 AÑOS	139	13.8
DE 50 A 59 AÑOS	61	6.07
IMAYORES DE 59 AÑOS	41	4.08
SIN DATO	57	5.67
EDAD PROMEDIO	34.05	

TABLA N° 15

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERO	629	62.6
CASADO	154	15.3
UNION LIBRE	39	3.88
VIUDO	21	2.09
DIVORCIADO	5	0.49
SIN DATO	156	15.5

TABLA N° 16

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
ANALFABETAS	112	11.2
ALFABETAS	9	0.89
PRIMARIA	369	36.8
SECUNDARIA	172	17.1
ESTUDIOS TECNICOS	1	0.09
PREPARATORIA	44	4.48
PROFESIONAL	31	3.08
POSGRADO	0	0
SIN DATO	266	26.5

TABLA N° 17

APOYO FAMILIAR

APOYO FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
CON APOYO	393	39.1
SIN APOYO	374	37.3
SIN DATO	237	23.6

TABLA N° 18

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	TOTAL	PORCENTAJE
TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS	197	19,8
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO, SECUNDARIOS A USO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS.	172	17,1
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.	265	226,4
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS).	46	4,58
TRASTORNOS NEUROTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS	30	2,98
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS Y FACTORES SOMATICOS	11	1,09
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.	18	1,79
RETRASO MENTAL	75	7,47
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO.	0	0
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.	0	0
EPILEPSIA	47	4,68
SIN DATO	143	14,2

TABLA N° 19

TRATAMIENTO

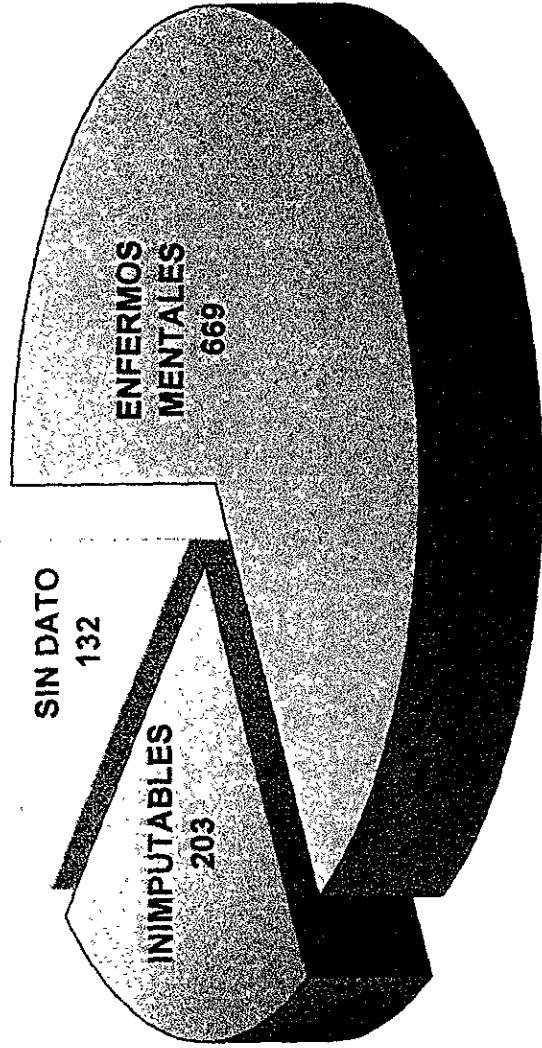
TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
PSIQUIATRICO	290	28,9
MEDICO	323	32,2
PSICOLOGICO	1	0,09
ESCOLAR	7	0,69
LABORAL	10	0,99
MANUALIDADES	2	0,19
ASISTENCIA SOCIAL	2	0,19
SIN TRATAMIENTO	78	7,76
SIN DATO	304	30,3

TABLA N° 20

GRAFICAS

POBLACION NACIONAL DE ENFERMOS MENTALES

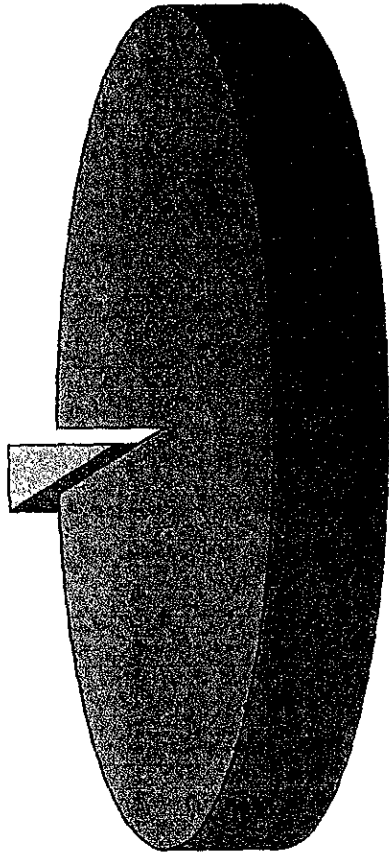
RENTIMIENTOS



GRAFICA 1

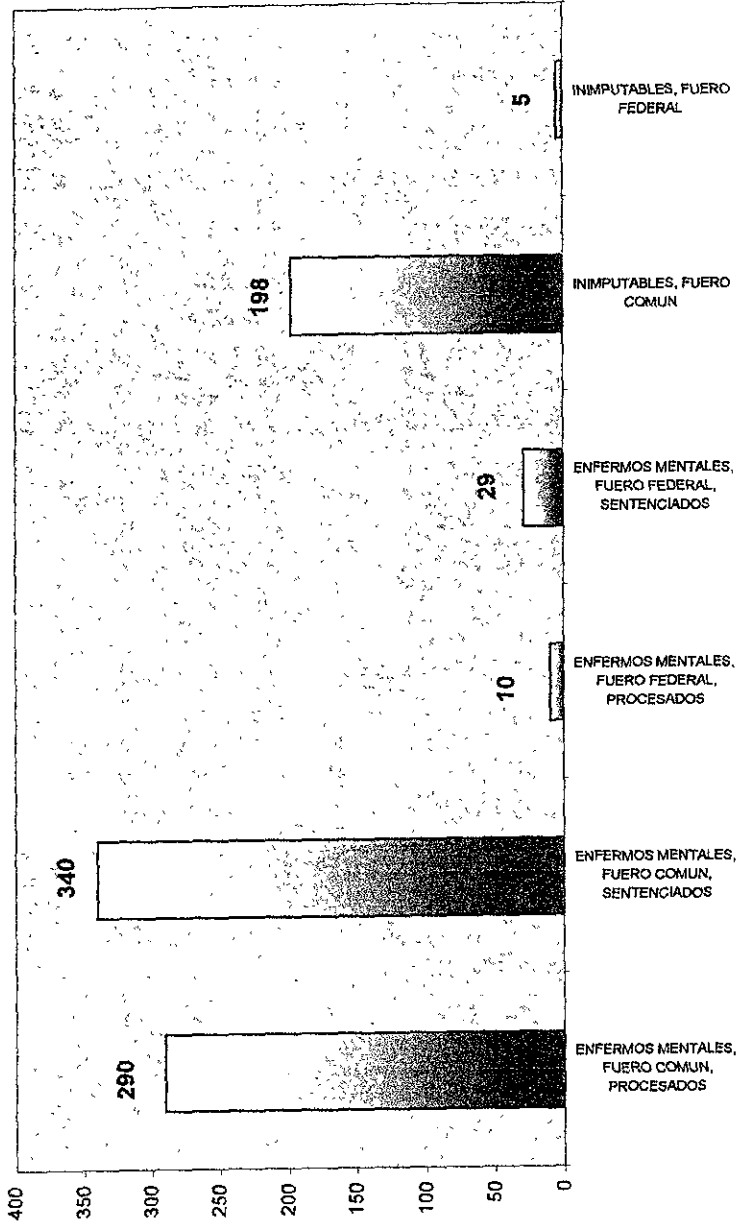
SEXO

FEMENINO 25

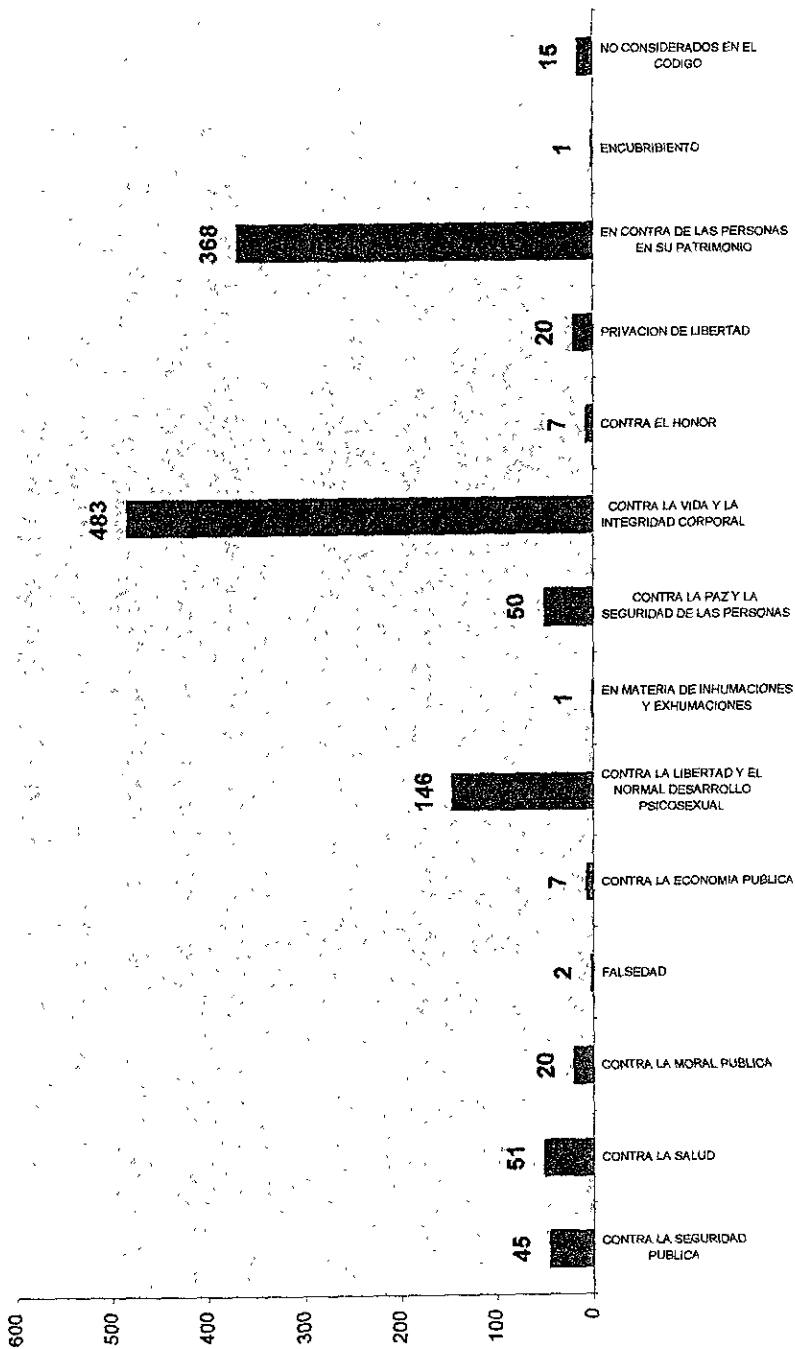


MASCULINO 979

GRAFICA 2

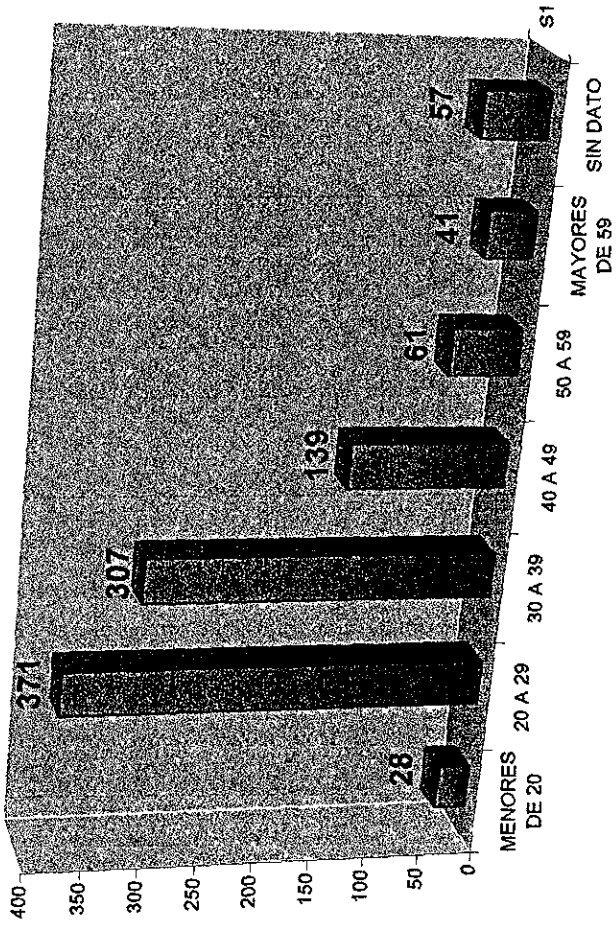


GRAFICA 3

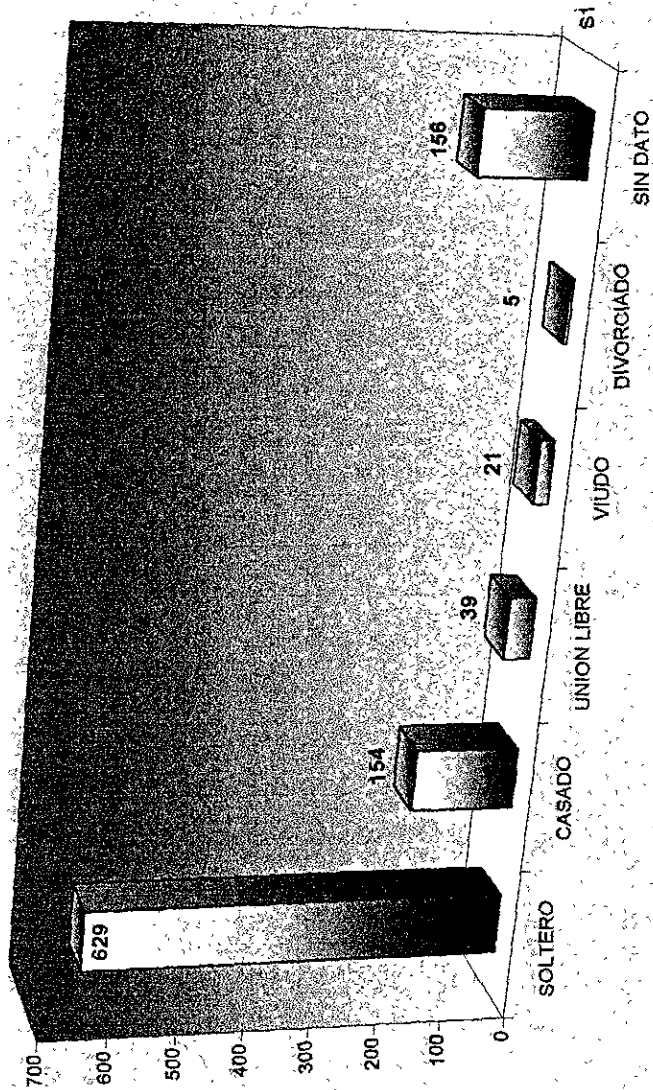


GRAFICA 4

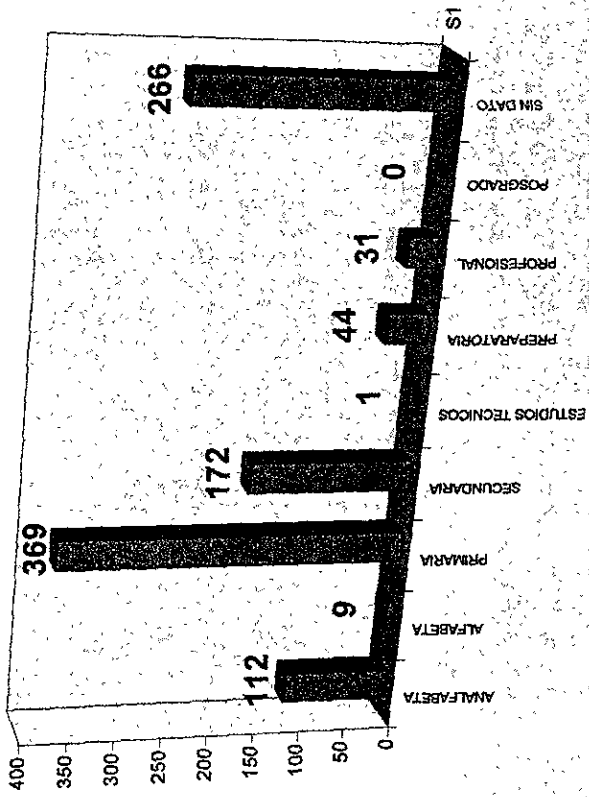
GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 5

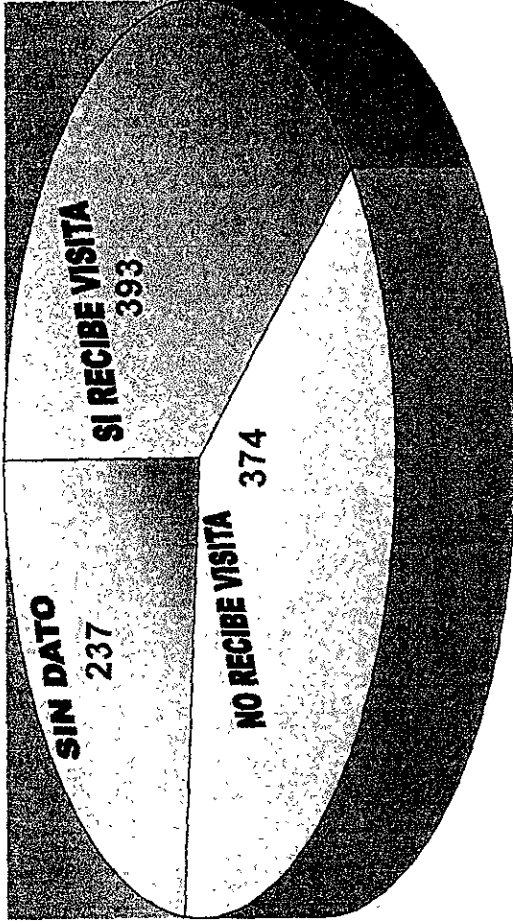


GRAFICA 6

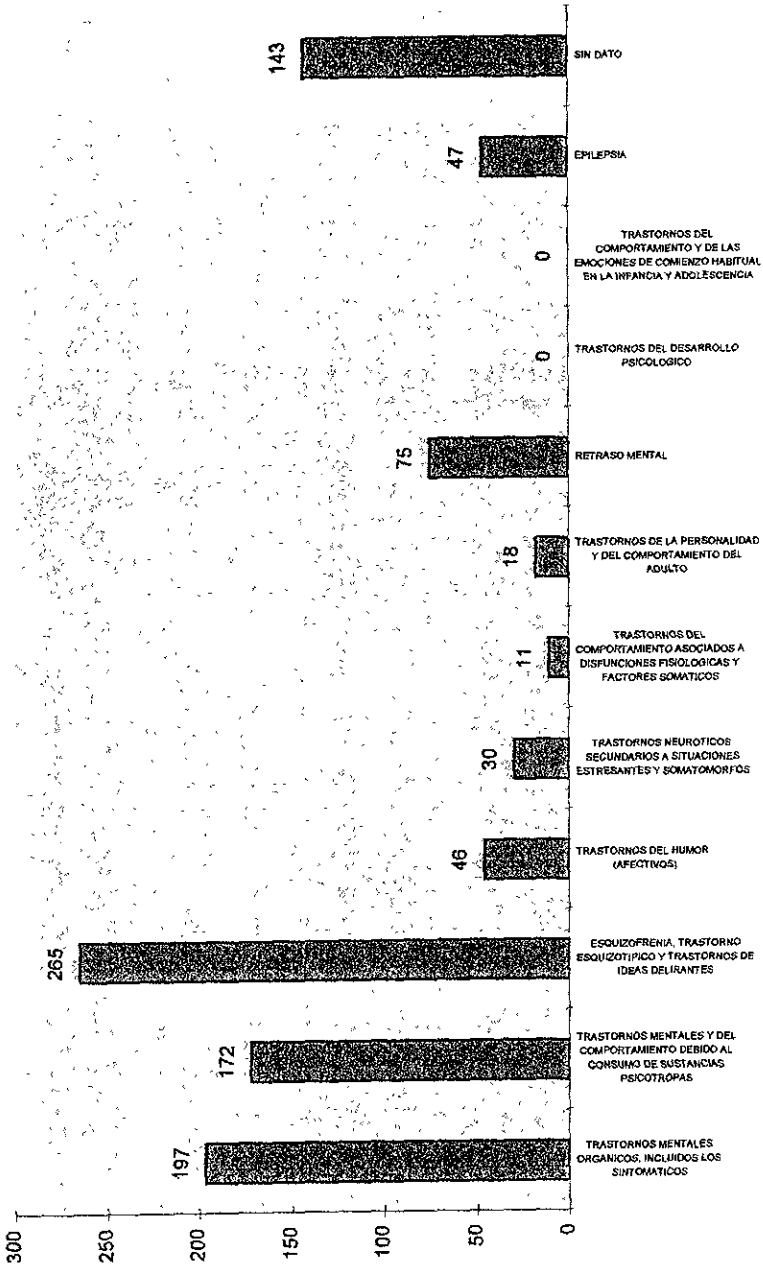


GRAFICA 7

VISITA

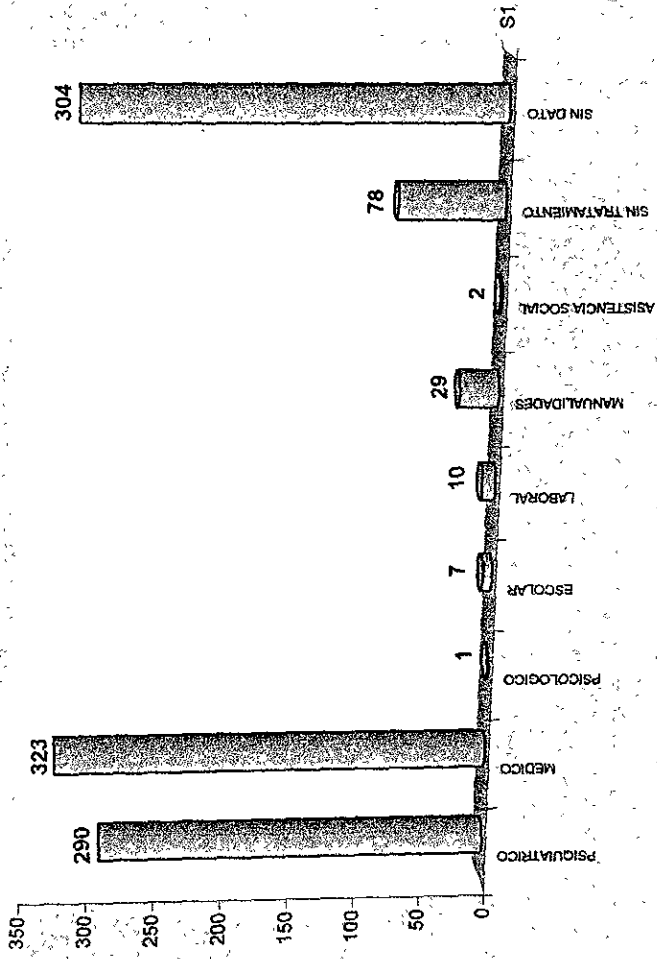


GRAFICA 8



GRAFICA 9

TRATAMIENTO



GRAFICA 10

OBSERVACIONES:

FECHA DE REALIZACION: _____

RESPONSABLE DE LLENADO: _____

PUESTO Y CARGO: _____