

6 40761



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGON

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

"LA RECLUSION DE LOS ENFERMOS MENTALES
INFRACTORES EN UNA INSTITUCION ESPECIAL
DEPENDIENTE DEL ESTADO, DURANTE LA SECUELA
PROCEDIMENTAL"

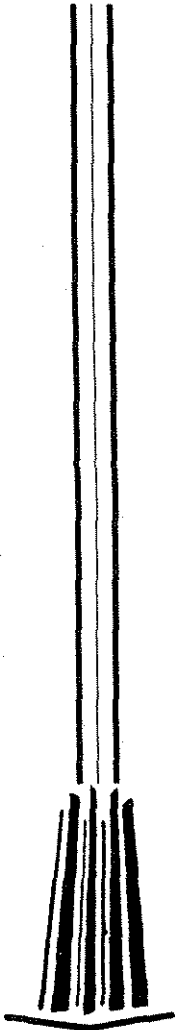
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DERECHO
P R E S E N T A :
MARIA TERESA OJEDA ESCOTO

TUTOR: MAESTRO NOE LOPEZ MENDOZA

MEXICO

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por colmarme de bendiciones
inmerecidamente, y permitirme
disfrutar más tiempo de vida.

A MI UNIVERSIDAD

Por acogerme en su seno,
transformando con ello
mi vida entera, al influir
que día a día me supere
profesionalmente.

A MI TUTOR

MAESTRO NOÉ LÓPEZ MENDOZA

Por ser pieza fundamental en el desarrollo
y culminación de la presente investigación,
pero sobre todo por ser una gran persona.
Con todo mi respeto y admiración.

A MI NENA

NADIA MONSERRAT LUNA OJEDA

Mi hermosa bebé, por que gracias a ti,
sé que mi vida tiene sentido y que ésta
es una prueba de tantas que afrontaré
para que siempre te sientas orgullosa de mí.
Con todo mi amor. Tú mami.

A MIS PADRES

Porque ustedes me brindaron los instrumentos necesarios para culminar mi carrera profesional, y con sus sabios consejos me han logrado guiar por el camino correcto. Perdón, por los malos momentos que les hice pasar, pero ésta es una pequeña muestra de mi arrepentimiento. Con amor, respeto y admiración.

A MI ESPOSO

Por el gran amor que me tienes, pero sobre todo por el apoyo incondicional que me has brindado durante todo éste tiempo, al ser una pieza importante en mi vida. Gracias, Gordis.

A MIS HERMANOS

Por apoyarme en los momentos difíciles en los que más los necesite. Y como una muestra de que las metas se pueden alcanzar. Sigán adelante, Ustedes cuentan con una gran capacidad para superar los retos y obstáculos que en ésta vida se les presenten. No se den por vencidos.

A LOS MAESTROS RICARDO OJEDA GÁNDARA, FERNANDO LÓPEZ JUÁREZ, Y AL DOCTOR ELÍAS POLANCO BRAGA.

Con respeto y admiración, por guiarme con sus conocimientos en la elaboración de la presente investigación.

Y A TODAS MIS AMISTADES.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	IV.
--------------------	-----

CAPÍTULO I.- LAS ENFERMEDADES MENTALES.

1.1. CONCEPTO.....	1.
1.2. BREVE ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES DE MAYOR TRASCENDENCIA PARA LA CIENCIA JURÍDICA.....	5.
1.2.1.DEBILIDAD MENTAL.....	7.
1.2.2.TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.....	8.
1.2.3.TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.....	12.
1.2.4.TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	14.
1.2.5.TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS O DEL COMPORTAMIENTO Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	19.
1.2.6.TRASTORNOS NEURÓTICOS O DE ANSIEDAD.....	27.
1.2.7.TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL	38.
1.2.8.TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	43.

CAPÍTULO II.- LOS ENFERMOS MENTALES ANTE EL DERECHO PENAL.

2.1. IMPUTABILIDAD, IMPUTABILIDAD DISMINUIDA E INIMPUTABILIDAD..	52.
2.2. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO PENAL.....	68.
2.2.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.....	74.

2.2.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN PENAL PARA LOS ENFERMOS MENTALES EN MÉXICO.....	104.
---	------

CAPÍTULO III.- LOS ENFERMOS MENTALES ANTE EL DERECHO PROCEDIMENTAL PENAL.

3.1. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES.....	107.
3.1.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PROCEDIMENTALES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.....	115.
3.1.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN PROCEDIMENTAL PENAL PARA LOS ENFERMOS MENTALES EN MÉXICO.	155.

CAPÍTULO IV.- CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA ENFERMOS MENTALES

4.1. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.....	160.
4.1.1. ANTECEDENTES.....	160.
4.1.1.1. MANICOMIO GENERAL DE "LA CASTAÑEDA.....	165.
4.1.2. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL DISTRITO FEDERAL...	170.
4.1.2.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".....	170.
4.1.2.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO".....	171.
4.1.3. HOSPITALES CAMPESTRES.....	172.
4.1.4. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMÓN DE LA FUENTE".....	174.
4.1.5. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA.....	177.
4.2. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DEPENDIENTES DEL ESTADO...	182.
4.2.1. CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	182.
4.2.2. CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	

PARA EL DISTRITO FEDERAL 189.

**CAPÍTULO V.- LA RECLUSIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES INFRACTORES
EN UNA INSTITUCIÓN DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
DEPENDIENTE DEL ESTADO.**

5.1. REFORMA LEGISLATIVA 194.

5.1.1. FUNDAMENTO DE LA REFORMA LEGISLATIVA 194.

5.1.2. INICIATIVA DE REFORMA Y ADICIONES A LOS CÓDIGOS
PENALES Y DE PROCEDIMIENTOS PENALES DE LAS
ENTIDADES FEDERATIVAS..... 200.

CONCLUSIONES 219.

**APÉNDICE. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES DE ACUERDO
AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES
(CUARTA EDICIÓN, DSM-IV)..... 223.**

BIBLIOGRAFÍA 235.

INTRODUCCIÓN

La elevada presencia de enfermos mentales infractores dentro de los Centros de Prevención y Readaptación Social, así como los efectos que la normatividad penal está provocando en la asistencia de estos incapaces dentro de los Centros Penitenciarios, son temas actuales que han motivado la presente investigación

En éste sentido debemos apuntar que las causas por las cuales los enfermos mentales infractores son recluidos en Centros Penitenciarios resultan ser diversas y a su vez complejas, en virtud de que algunos de los factores que determinan la llegada de éstos a las prisiones, son debido principalmente a la falta de apoyo familiar y social, el entorno marginal en el que se desenvuelven, la ausencia de un tratamiento psicológico adecuado en el momento oportuno, entre otros. Es de mencionarse que el desarrollo económico de los países conlleva a un rápido cambio social en sus estructuras, la industrialización y urbanización de las ciudades han tenido profundos efectos en la organización de las comunidades, especialmente en el funcionamiento e integración de las familias y, por ende, el bienestar psicológico de las personas. Como consecuencia de ésta desorganización social que se ha presentado en algunos lugares el apoyo psicológico tradicional es reducido, tanto por la capacidad del individuo como de la comunidad para enfrentarse a sus angustias y enfermedades, sin embargo en nuestro país se ha incrementado, ya que un gran número de personas sufren enfermedades mentales graves, tales como esquizofrenia y depresión grave, otros padecen retraso mental, demencia y diferentes trastornos del sistema nervioso, en cuyo estado realizan conductas ilícitas.

Siendo precisamente éste problema sobre el que se enfoca el presente

trabajo, en el que se lleva a cabo un análisis primeramente de aquéllas enfermedades que son consideradas atentatorias de la salud mental, para continuar con el estudio de la situación que guardan los enfermos mentales infractores ante la Legislación Penal y Procedimental Penal.

Como es bien sabido, una de las situaciones que predominan en nuestra época actual y que cada vez se ha vuelto más delicada, tanto para los individuos que están involucrados en ella, como para la sociedad en general, es precisamente la delincuencia de quienes padecen una enfermedad mental, los alcances de la ley por lo que respecta a su inimputabilidad y la posibilidad de que estos al ser considerados en un momento dado sujetos de Derecho con todas sus consecuencias jurídicas, lleguen a ser enjuiciados mediante el seguimiento de un procedimiento especial, cuyas reglas se encuentran previstas en las diferentes Legislaciones Procedimentales Penales en nuestro país.

Resulta importante destacar que el incremento de la población de enfermos mentales en prisiones y la comisión de delitos graves, tales como homicidio y violación, es lo que ha llamado la atención de diversos juristas, entre los cuales han adoptado diversos criterios, en virtud de que algunos de ellos se sustentan en el principio de que los enfermos mentales no merecen castigo, sino protección y que por el padecimiento que presentan deben de estar sometidos a un tratamiento en una institución psiquiátrica, sin embargo pierden de vista que tales individuos pueden desplegar conductas cuyas consecuencias son graves como se apunta en líneas anteriores, toda vez que los bienes jurídicos que lesionan son la vida y la libertad o el normal desarrollo psicosexual en la mayoría de los casos; conductas que en muchas ocasiones son reflejo de las condiciones de vida que éstos sujetos tienen que soportar.

Por otra parte, encontramos el criterio de los que admiten que los incapaces mentales deben de estar sometidos a un procedimiento jurídico y asistencial

especial, siendo éste último criterio el que se comparte dentro del presente trabajo de investigación, ya que no debe de pasarse por alto que aún cuando éstos sujetos de Derecho padecen una enfermedad mental, los mismos contrarían la ley.

En éste sentido, nuestro sistema jurídico, resulta ser inadecuado para hacerle frente a la situación actual de la delincuencia y procesamiento de los incapaces mentales infractores, ya que aún cuando la política criminal del Estado le da un enfoque de readaptación social al hecho de internar en un Centro Penitenciario a un enfermo mental que ha cometido una infracción a la Ley, aquí cabe formularnos la pregunta ¿El enfermo mental infractor realmente logrará rehabilitarse en la cárcel y conseguir su reincorporación a la sociedad?, efectivamente, no es posible, que éstos individuos logren su rehabilitación, sobre todo si partimos de la tesis de que los mismos se encuentran rodeados por todo tipo de reclusos, cuyo desarrollo mental es normal, siendo por éstas razones sujetos de vejaciones y maltratos físicos.

Dentro del desarrollo de la presente investigación se pretende demostrar, primeramente, que existe una elevada presencia de éstos enfermos mentales infractores en el interior de centros penitenciarios en nuestro país.

En segundo lugar, se resalta la situación de la falta de alternativas específicas para los enfermos crónicos cuyo tratamiento en internación es inadecuado y trasciende en la falta de mejoría de su estado mental de salud.

Por lo anterior al no contar los incapaces infractores con un tratamiento adecuado dentro de áreas específicas en un Centro de Prevención y Readaptación Social, es lo que motiva la creación de establecimientos especiales dependientes del Estado, integrados por personal capacitado en dicha área de salud, en los que sean albergados los enfermos mentales infractores, no solo en la etapa de ejecución, sino durante toda la secuela procedimental, a efecto de que

reciban un tratamiento psiquiátrico adecuado, evitando así los abusos sexuales y maltratos físicos a los que están expuestos en los reclusorios tipo, e inclusive en otros casos, por qué no mencionarlo, se conseguiría la protección de la integridad física y corporal de los propios compañeros reclusos de celda del enfermo mental infractor en los momentos por los que atraviesa por una crisis.

Por tal motivo dada la naturaleza del infractor debe unificarse el criterio a nivel federal a efecto de que se tomen las medidas pertinentes para que durante el tiempo en que éstos enfermos mentales están sujetos a proceso, en los casos en que por la gravedad de la infracción deban permanecer recluidos, lo sean en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, y no en un Centro Penitenciario común.

Centros que se mantendrán con recursos económicos que aporte el propio Estado tanto en el ámbito federal como en el local, así como mediante la creación de un Patronato para Enfermos Mentales Liberados, en el que se admitirán aportaciones de particulares. Y en los que se llevará a cabo una valoración cuidadosa del interno, siendo el objetivo primordial el que se llegue a un diagnóstico integral, y a la utilización de recursos terapéuticos adecuados.

Existiendo una serie de elementos que son los que contribuyen para pregonar la reclusión de enfermos mentales en éstos Centros de Rehabilitación Psicosocial, como lo son la falta de asistencia familiar y social, la inconveniencia de aplicar medidas de internamiento en Centros Penitenciarios comunes, y la ausencia de instrumentos de tutela eficaces.

Por todo lo cual, consideramos que se le debe de dar un tratamiento especial a los enfermos mentales infractores, tal y como se planteará en las consideraciones finales que aportaremos a la conclusión de la presente investigación.

C A P Í T U L O

I

LAS ENFERMEDADES MENTALES

1.1. CONCEPTO.

1.2. BREVE ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES DE MAYOR TRASCENDENCIA PARA LA CIENCIA JURÍDICA.

1.2.1. DEBILIDAD MENTAL.

1.2.2. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.

1.2.3. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.

1.2.4. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.2.5. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS O DEL COMPORTAMIENTO Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

1.2.6. TRASTORNOS NEURÓTICOS O DE ANSIEDAD.

1.2.7. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

1.2.8. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

1.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.

El esgrimir un concepto sobre la enfermedad mental reviste una gran problemática, en virtud de que no se trata de un ente concreto que pueda definirse con apego a los principios de una ciencia, sino que se conforma por conceptos idealistas, que se encuentran dentro de un ámbito cultural, es decir, que depende de cierta época, de las costumbres y valores de cada pueblo e inclusive de la evolución de cada civilización.

El mayor obstáculo es la imposibilidad de atribuir a la enfermedad mental un valor permanente, y universal, como sucede con el Derecho, el cual con apoyo en la dogmática jurídica ha conseguido construir una teoría del delito, creación éste último del propio hombre, traduciéndose por tanto en un fenómeno humano, mientras que la enfermedad en sí misma es un fenómeno natural.

Al respecto, es menester señalar qué, para la psiquiatría a la cual la podemos definir como la rama de la medicina que estudia a las personas enfermas de la mente, en cuyo estudio abarca sus antecedentes, sean hereditarios, traumáticos, constitucionales o debidas al ambiente socioeconómico en el que se desenvuelven; la salud mental se toma como norma de valor, en cuanto encierra ciertas cualidades referidas a la lógica, a la ética y a la estética. Se dice que a la lógica, por cuanto hace a la forma correcta de pensar, a la ética en cuanto a la formación moral de la conducta y a la estética en lo que se refiere a la armonía de vivir.

En éste sentido, VICENTE P. CABELLO, afirma que "goza de buena salud mental aquél que piensa, siente y actúa en armonía con el medio, creando y *compartiendo el bienestar social*".¹

¹ CABELLO, VICENTE P.; "Psiquiatría Forense en el Derecho Penal"; Tomo I; Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 1981, p.162

Tomando en consideración tal afirmación, no existirá ningún problema en concebir como anormal a la persona que no reúna tales cualidades, que son concebidas por la sociedad en la que se desenvuelve y con la que vive; el problema realmente surgirá cuando la anormalidad traspase el límite convirtiéndose en patológico.

De ésta manera, podemos ultimar que lo psíquicamente normal depende en mayor grado de la concepción que impere en determinada sociedad.

Por su parte, BLEULER, sostiene que "la extensión práctica del concepto de enfermedad mental descansa, no en el criterio médico ni psicológico, sino en la incapacidad social; si el público y la justicia piden continuamente a los psiquiatras las resoluciones de aquéllas cuestiones (ausencia de sanidad mental), ello es por las consecuencias. No se quiere saber si uno está sano o enfermo, sino se quiere averiguar si hay que recluirlo, si es responsable o no".²

En éste sentido, tanto la ciencia jurídica penal como la psiquiátrica, estiman las perturbaciones de la mente sobre dos soportes planteados en la inimputabilidad, que se encuentra basada en un sistema mixto, que exige además de la presencia de insuficiencia de las facultades mentales, que la misma impida la comprensión del carácter ilícito de un hecho, o bien, la falta de conducción de acuerdo a esa comprensión.

Después de haber hecho las anteriores acotaciones, y antes de encontrarnos en aptitud de esgrimir un concepto particular de enfermedad mental, consideramos pertinente analizar primeramente los términos enfermedad, mente y mental.

Así tenemos que de acuerdo al Diccionario de la Lengua Española de la

² BLEULER, E.: "Tratado de Psiquiatría"; Editorial Espasa Calpe; Madrid, 1951; p.130.

Real Academia, la palabra enfermedad proviene del latín infirmitas-atis que significa: estado del cuerpo humano animal o vegetal en que uno o más órganos dejan de cumplir su función fisiológica normal.

Desde un punto de vista médico, enfermedad viene a significar toda alteración o desviación del estado fisiológico en todo el organismo, o en alguna de sus partes, órganos o sistemas (o combinación de ellos) que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos.

Mientras que el término mente lo define como la inteligencia, entendimiento, intención, propósito o voluntad.

Y mental del latín mentalis, significa lo relativo a la mente o inteligencia.

En ésta tesis, encontramos diversas definiciones del término enfermedad mental esgrimidos por autores reconocidos dentro del campo de la medicina legal o forense, entre los que destacan:

CABELLO, para quién la enfermedad mental es “el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional, que poniéndose de manifiesto mediante síntomas provistos de tipicidad, acepta una etiología reconocida o postulada, en cuya virtud se produce una alteración de la personalidad que imposibilita adoptar una conducta acorde con los valores sociales en vigencia”.³

Por su parte VARGAS ALVARADO, considera que “por normalidad psíquica se ha definido el resultado de la armonía funcional del individuo que permite una buena adaptación social. Cuando hay una perturbación en el psiquismo que

³ CABELLO, VICENTE P.; Ob. Cit.; p. 167.

determina un cambio en la adaptación social, se produce la enfermedad mental".⁴

QUIROZ CUARON, estima que las enfermedades mentales son "alteraciones de la salud, que obedecen a muy diversas causas".⁵

ROMO PIZARRO, señala que "el término alienación, se ha utilizado para la denominación genérica de las enfermedades mentales, si bien tiene un significado más bien en la técnica jurídica que en lo estrictamente médico, se refiere a éste tipo de individuos de especial atención por su modo de obrar, comportamiento o conducta, que difieren de los del medio ambiente, y respecto de los cuales la comunidad adopta medidas de seguridad y prevención en su beneficio.

Es una alteración general y persistente de las funciones psíquicas, esto es, una perturbación general en el psiquismo, que se refiere al juicio, la voluntad, la imaginación, a la asociación ideativa, la vida afectiva, etcétera; es un trastorno general que afecta a todas dichas funciones."⁶

Por último, NERIO ROJAS afirma que "es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni a la sociedad."⁷

En éste contexto, podemos concluir que enfermedad mental es todo padecimiento, perturbación o desequilibrio de la salud mental, o de la inteligencia, que puede ser funcional u orgánico, y el cual se manifiesta de diversas formas, desde perturbaciones nerviosas relativamente leves hasta las manías o psicosis

⁴ VARGAS ALVARADO, EDUARDO; "Medicina Forense y Deontología Médica"; Editorial Trillas, Primera edición; México, 1991; p.663.

⁵ QUIROZ CUARON, ALFONSO; "Medicina Forense"; Editorial Porrúa, Octava edición; México, 1996; p.743.

⁶ ROMO PIZARRO, OSVALDO; "Medicina Legal. Elementos de Ciencias Forenses"; Editorial Jurídica de Chile, 1992; p. 503.

⁷ ROJAS, NERIO; "Medicina Legal"; Editorial El Ateneo; Buenos Aires, 1942, p. 365

que se consideran síntomas de demencia. Trastornos que pueden surgir desde la niñez; que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias; deberse a cambios en el estado de ánimo; por ansiedad; por conductas sexuales desviadas o falta de identidad sexual; e inclusive, relacionarse con los hábitos alimenticios; con la falta de control de impulsos; o desprenderse de alteraciones de la personalidad, entre otros.

1.2. BREVE ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES DE MAYOR TRASCENDENCIA PARA LA CIENCIA JURÍDICA.

El potencial mental de un individuo desde el nacimiento se encuentra conformado por los instintos y por el temperamento, entendiéndose por el primero, como el de un modelo de conducta que se hereda genéticamente, constituyendo necesidades biológicas innatas, entre ellos encontramos los de conservación, reproducción y el social, los cuales son genéricos para la especie animal; mientras que el temperamento es singular y diferente para cada individuo.

Conforme el hombre se desarrolla, al transcurrir el tiempo va formando su carácter, que es el resultado de una adaptación al ambiente social en el que se desenvuelve, cuya conjunción le permite conseguir su individualidad, constituyendo lo que sería su personalidad.

Asimismo, desarrolla psíquicamente funciones tales como las intelectuales, constituidas por la inteligencia y el pensar; las afectivas, dentro de las que se comprenden los sentimientos, así como las volitivas, traducándose en la voluntad de obrar o actuar.

En éste orden de ideas, ante la existencia de un estímulo, el psiquismo se dirige a él, constituyéndose la atención, estímulo que al impresionar los sentidos se transforma en una sensación, que posteriormente llega a la corteza cerebral, siendo que mediante la percepción, el individuo toma conciencia del estímulo,

encontrándonos así frente a la conciencia, que se concibe como un estado de vigilancia del mundo externo y la posición que el individuo mantiene en él.

De ésta manera, la atención, la percepción, así como la memoria consideradas como funciones básicas que integran la inteligencia, permiten al individuo relacionarse con el mundo exterior, pero será de acuerdo a la experiencia adquirida que éste pueda elaborar procesos intelectuales más complejos, que forman las funciones intelectuales superiores como son la ideación, la asociación de ideas, el juicio y el razonamiento.

Mediante la ideación, mentalmente el individuo adquiere conocimiento de las cosas o situaciones, para posteriormente identificarlas como tales ante un estímulo; mediante el proceso de asociación de ideas podrá asociarlo con los conceptos, llegando a una conclusión, que constituye un juicio, considerado como la habilidad para entender o apreciar el valor de las cosas que el individuo piensa y respecto de las cuales razona.

Éstas funciones intelectuales se coligan con las afectivas, como son las emociones, el sentimiento, la pasión, que llevan por consiguiente a la decisión de actuar o de obrar, surgiendo las funciones volitivas. Elementos tales que dan nacimiento a la conducta.

Funciones que al ser perturbadas propician que un individuo penetre al campo de lo ilícito, desplegando conductas típicamente antijurídicas previstas y sancionadas en nuestra legislación penal.

Dentro de éste capítulo procederemos a analizar aquéllas enfermedades mentales que son trascendentes para la ciencia jurídica y para la práctica forense penal, ya que ante su presencia el juzgador podrá considerarla como causal de exclusión del delito, o bien, causa de inimputabilidad pero sujetando al individuo que la padezca a un procedimiento especial.

1.2.1.DEBILIDAD MENTAL.

En relación a éste término, hay quien la considera como una insuficiencia mental, en función de la cual un sujeto no puede valerse por sí mismo ni resolver su propia existencia.

Otros autores, la conciben como un déficit permanente de los procesos cognoscitivos que impiden las múltiples exigencias de la vida individual y social.

Finalmente, CABELLO, dentro de su obra intitulada "Psiquiatría Forense en el Derecho Penal", por definición que le fuera proporcionada por dos psiquiatras franceses, éste término implica "pobreza y debilidad innata de las facultades intelectuales que sitúan a los sujetos en un estado de inferioridad social; una insuficiencia de la inteligencia que no permite asumir la plena responsabilidad de su conducta"⁸

Por tanto, la debilidad mental es la disminución de la inteligencia.

Los débiles mentales suelen caracterizarse por la manifiesta inferioridad de las facultades intelectuales elaborativas y el relativo menoscabo de las operaciones receptoras y de conservación. Pobreza y debilidad innata de las facultades intelectuales que sitúan a los sujetos en un estado de inferioridad social; una insuficiencia de la inteligencia que no permite asumir la plena responsabilidad de su conducta.

Entre algunas otras de las características que podemos apreciar en los débiles mentales encontramos que la expresión verbal es conservada pero sin

⁸ CABELLO, VICENTE P.; "Psiquiatría Forense en el Derecho Penal"; Tomo II-B; Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 1982, p. 242.

profundidad ideativa; saben leer y pueden escribir; son educables ya que cuentan con la capacidad de aprender; pueden gobernar su conducta en actividades sencillas, como el aprenderse conceptos de memoria, sin embargo son incapaces para resolver casos complejos que requieren de discernimiento; la atención es conservada; se orientan en tiempo y lugar; son impotentes para superar situaciones conflictivas, entre otras.

Los débiles mentales comprenden los estados de retraso cuya edad mental fluctúa entre los 7 a 10 años, y un coeficiente intelectual entre 50 y 90.

Existen dos clases de debilidad mental, la profunda y la atenuada, la primera se presenta cuando el coeficiente intelectual está comprendido entre el 50 y 70; mientras que en la segunda, el coeficiente es de entre 70 y 90.

1.2.2. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.

Dentro de ellos encontramos los siguientes: retraso mental; trastornos del aprendizaje; trastorno de las habilidades motoras; trastornos de la comunicación; trastornos generalizados del desarrollo; trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador; trastornos de la ingestión o de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez; trastornos de tics; trastornos de la eliminación, así como otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Sin embargo en éste apartado sólo analizaremos el primero de ellos, por ser el que con mayor frecuencia surge dentro del campo del Derecho Penal.

➤ RETRASO MENTAL

“Es un déficit intelectual que se presenta desde la niñez, puede ser leve, moderado y grave.”⁹

⁹ ALCOCER POZO, JOSE, et. al.; “Medicina Legal. Conceptos Básicos”; Editorial Limusa, México, 1993, p.152.

"Es un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene, lo que se caracteriza especialmente por la subnormalidad de la inteligencia".¹⁰

"Es un defecto en las funciones mentales superiores, especialmente en el nivel de la inteligencia, puede ser congénito (deficiencia mental) o adquirido, sobre todo por causas ambientales (retardo mental). En ocasiones se asocia con defectos físicos (rasgos toscos, alteraciones en los ojos, dedos cortos y gruesos, desproporción en las medidas del cuerpo)".¹¹

En éste sentido, podemos concebir el retraso mental, como una alteración intelectual que produce una disminución en la capacidad de razonar, del desarrollo y de las posibilidades de aprendizaje.

El término "retraso mental" no es bien comprendido, ya que se emplea de manera despectiva. Algunos piensan que la retardación mental se determina sólo a base de un coeficiente de inteligencia mucho más bajo de lo normal y que las personas retrasadas no pueden aprender a ocuparse de sí mismos. En realidad, para ser considerado como retrasado mental, la persona tiene que tener tanto un coeficiente de inteligencia significativamente bajo como problemas considerables en su adaptación a la vida diaria. Sin embargo, la mayoría de los niños que son retrasados pueden aprender muchas cosas y al llegar a adultos pueden vivir de una manera parcialmente independiente.

Podemos afirmar, que se trata de individuos sugestionables, que sólo pueden cambiar su conducta en base a la experiencia que lleguen o puedan adquirir y en los esfuerzos que previamente realicen para resolver determinada

¹⁰ SERPA FLOREZ, ROBERTO; "Psiquiatría Médica y Jurídica"; Editorial Temis, S.A.; Bogotá, Colombia, 1994; p. 45.

¹¹ VARGAS ALVARADO, EDUARDO; Ob. Cit.; p.686.

situación que se les presente. Pero lo más importante, es que pueden disfrutar de la vida al igual que todo el mundo.

El retraso mental puede estar relacionado con otros problemas físicos y emocionales. Puede ser que el niño tenga dificultad para ver, oír o hablar. Todos éstos problemas pueden reducir el potencial del mismo.

En éste orden de ideas, el desarrollo de las personas con retraso mental es típicamente más lento. Además éstas personas experimentan dificultades en el aprendizaje y el ajuste social. Las regulaciones del Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA) provee la siguiente definición del término retraso mental: Las personas con retraso mental tienen un funcionamiento intelectual generalmente inferior al promedio existente, al mismo tiempo que demuestran faltas en el comportamiento adaptivo que se manifiesta durante el periodo de desarrollo, e impiden el desarrollo de su educación.

El criterio fundamental de clasificación es el coeficiente de inteligencia (CI), que es la relación entre la edad mental y la edad cronológica. Otros criterios que deben tenerse en cuenta son las características del desarrollo, así como las posibilidades de aprendizaje.

La alteración intelectual que se produce a causa de una lesión o enfermedad mental después de la adolescencia, es demencia más no defecto mental. El retardado mental padece de un defecto en la capacidad de razonar, planear y construir, al igual que presenta una pobreza en la información general. Se trata de un individuo sugestionable, que sólo puede cambiar su conducta basado en la experiencia y en los esfuerzos previos para resolver determinada situación.

Algunos profesionales de la salud, sostienen que el retraso mental no es una enfermedad, ni debe ser confundido con las enfermedades mentales. De ésta manera, introducen el término "Discapacidad", que fuera aceptado por la Real

Academia Española de la Lengua hace diez años y aparece en el diccionario de la lengua española de ésta. En éste sentido, discapacidad quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico.

La gran mayoría de los niños con retraso mental tienen anormalidades en los cromosomas. Otros factores biológicos incluyen la asfixia; la incompatibilidad sanguínea de la madre y el feto; y las infecciones maternas, tales como la rubéola o el herpes. Ciertas drogas también han sido enlazadas a los problemas en el desarrollo del feto.

Las autoridades sanitarias están de acuerdo en que las personas con retraso mental se desarrollan en la misma forma que las personas normales, pero a un paso más lento. Hay quien sugiere que las personas con retraso mental tienen dificultades en ciertas áreas de pensamiento y aprendizaje como, por ejemplo, el prestar atención, la percepción, o la memoria. De acuerdo al grado de retraso mental (leve, moderado, severo, o profundo), los individuos con discapacidades intelectuales se desarrollan en formas diferentes en cuanto a las habilidades académicas, sociales, y vocacionales.

CLASIFICACION DEL RETRASO MENTAL

CRITERIO	FRONTERIZO	LEVE	MODERADO	SEVERO
DÉFICIT				
INTELLECTUAL	MÍNIMO	FRANCO	MARCADO	PROFUNDO
COEFICIENTE INTELLECTUAL	70 a 80	50 a 70	25 a 50	MENOR DE 25
APRENDIZAJE	POSIBLE	DIFÍCIL	LIMITADO-NULO	NULO
COMPRESIÓN	CONSERVADA	DISMINUIDA	ABOLIDA	ABOLIDA
CONTROL IMP.	CONSERVADO	DISMINUIDO	ABOLIDO	ABOLIDO
IMPUTABILIDAD	CONSERVADA	DISMINUIDA	INIMPUTABLE	INIMPUTABLE
OTROS				TRAST. MOTORES Y SENSORIALES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los niños y los adultos con retraso mental necesitan los mismos servicios básicos que todas las personas requieren para su desarrollo normal. Esto incluye la educación, preparación vocacional, servicios de salud, oportunidades para recreación, entre otros aspectos. Además, muchas personas con retraso mental necesitan servicios especiales, de acuerdo a sus necesidades. Éstos servicios pueden incluir los centros de diagnóstico o evaluación; oportunidades especiales para la educación, comenzando con programas de estimulación infantil hasta la etapa pre-escolar; programas educacionales que incluyen actividades apropiadas a la edad del niño, la enseñanza de las habilidades académicas básicas para ser parte de la sociedad, entrenamiento transicional; oportunidades para vivir en forma independiente y hasta obtener un empleo competitivo dentro de las máximas posibilidades.

1.2.3. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.

Entre los cuales se encuentran: Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. Siendo de mayor relevancia para la ciencia jurídica el segundo de los mencionados, cuyo estudio procederemos a efectuar.

➤ DEMENCIA

ROMO PIZARRO la considera como "la declinación de la memoria y otras funciones congénitas."¹²

Por su parte VARGAS ALVARADO, señala que es "la debilitación crónica, progresiva, destructiva, irreversible e incurable de las funciones mentales."¹³

BASILE ALESANDRO, se apoya en el artículo 142 del Código Civil

¹² ROMO PIZARRO, OSVALDO; Ob. Cit., p. 527.

¹³ VARGAS ALVARADO, EDUARDO, Ob.Cit., p. 664.

Argentino, considerando como incapaces por demencia a las personas que "por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes."¹⁴

Mientras que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se considera a la demencia como "un síndrome debido a una enfermedad cerebral, usualmente de carácter crónico y progresivo, asociado a trastornos en múltiples funciones corticales superiores, incluyendo memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, juicio, y con un nivel de conciencia claro".¹⁵

Éstos trastornos de la función cognitiva están comúnmente acompañados por deterioro del control emocional, social, o de la motivación.

Síndrome que ocurre en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad Cerebro-Vascular y en otras condiciones primarias o secundarias que afectan el cerebro.

La demencia produce un apreciable declinar en el funcionamiento intelectual e interferencias en las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, bañarse, comer, higiene personal, aseo personal, deposición, etcétera. El grado de reducción de las capacidades depende grandemente del marco social y cultural en el cual viva el individuo.

Lo que se requiere para un diagnóstico es la evidencia de un declinar en la memoria y en el pensamiento de suficiente gravedad como para trastornar las actividades de la vida diaria. El trastorno de la memoria típicamente afecta el

¹⁴ BASILE ALESANDRO Y LUISMAN DAVID, "Fundamentos de Medicina Legal"; Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1989; p. 153.

¹⁵ MANUAL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES; cuarta edición, Estados Unidos, 1994; p. 100.

registro, almacenamiento, la recuperación de información nueva, sin embargo el material previamente aprendido también puede verse afectado, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad. Así, la demencia es más que una dismnesia. Hay también un trastorno del pensamiento, con afectación típica de la capacidad de razonamiento y del flujo de ideas. El proceso para registrar información nueva está alterado, haciendo que el individuo tenga cada vez más dificultades en atender a varios estímulos al mismo tiempo (tal como tomar parte en una conversación con varias personas) o cambiar el foco de atención de un tópico a otro.

La demencia puede aparecer o seguir a cualquier otro trastorno mental orgánico, o coexistir con algunos de ellos, particularmente delirium, que es la alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

Dentro de los tipos de demencia destacan: Demencia tipo Alzheimer; Demencia vascular; Demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick.

1.2.4. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Ésta sección incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son debidos al consumo de una o más sustancias psicotrópas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico).

La identificación de la sustancia psicotrópa involucrada en éstos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los

análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etcétera; o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Los análisis objetivos son la evidencia más confiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente. Muchos de los que consumen sustancias psicoactivas no se limitan a una sola.

➤ INTOXICACIÓN AGUDA

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicoactivas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia.

La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicoactivas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicoactivas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicoactivas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del

comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA: Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. Entre otras bases de su diagnosticación encontramos las siguientes: tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia); abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos; persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

También se han descrito como una característica esencial la reducción progresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por

ejemplo, tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol).

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad diferentes que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo así como la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia o la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Es necesario recordar que los síntomas

del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aún en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia.

Hay que tener en cuenta que muchos síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser consecuencia de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo de trastornos de ansiedad o depresivos.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM: Se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium. Dentro de ésta clasificación encontramos el delirium tremens inducido por alcohol. El delirium tremens es un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida. Suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. El delirium tremens comienza, por lo general, después de interrumpir el consumo de alcohol, aunque puede ser provocado por otros factores (traumatismos o infecciones). En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevado de alcohol. Los síntomas típicos son insomnio, temblores y miedo.

TRASTORNO PSICÓTICO: Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotrópas tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, éstos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras

consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. Muchos de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotrópicas son de corta duración, como sucede en las psicosis anfetamínicas y cocaínicas, a menos que vuelvan a ingerirse nuevas cantidades de la sustancia. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que el consumo de una sustancia pudiera agravar o precipitar otro trastorno mental como una esquizofrenia, un trastorno del humor (afectivo), un trastorno paranoide o esquizoide de la personalidad.

SÍNDROME AMNÉSICO: Se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservadas y los defectos amnésicos son incomparablemente mayores que los de otras funciones.

1.2.5. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS O DEL COMPORTAMIENTO Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

Dentro de éste apartado analizaremos entre otras enfermedades mentales a la esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes y psicóticos.

➤ ESQUIZOFRENIA

Las esquizofrenias forman parte del grupo de enfermedades mentales más importantes y más graves; afectan tanto a la mente como a la conducta del ser

humano en la época más productiva de su vida y plantean muy serios problemas de salud pública a la comunidad.

Se presenta desde la juventud y se caracteriza “por trastornos al pensar, con alteraciones del estado afectivo y la conducta, hay alucinaciones auditivovisuales, olfativas y táctiles, fantasías incongruencias de la persona y el mundo que la rodea, timidez, aislamiento, frialdad emocional.”¹⁶

Bajo el nombre de esquizofrenia comprendemos “una serie de cuadros y procesos clínicos de diversa fisonomía, alrededor de una característica común representada por una peculiar destrucción de la personalidad, que en los más de los casos se instala durante los años juveniles.”¹⁷

“Los síntomas fundamentales bleulerianos de la esquizofrenia son: la relajación de la tensión asociativa, la perturbación afectiva que es una especie de discordancia, el pensamiento se halla falto de la unidad de expresión; la ambivalencia, que puede ser afectiva, volitiva o intelectual, se caracteriza por tendencias opuestas y simultáneas de la voluntad, los pensamientos, los juicios; y el autismo, o tendencia a aislarse del mundo exterior.”¹⁸

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, éstas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos.

¹⁶ ALCOCER POZO, JOSÉ; et. al.; Ob. Cit., p. 153

¹⁷ ROMO PIZARRO, OSVALDO; Ob. Cit., p. 515.

¹⁸ SERPA FLOREZ, ROBERTO; Ob. Cit., p. 82.



El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Éste se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. El pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

TIPOS DE TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE : Se caracteriza porque el enfermo deja en forma gradual las relaciones humanas y el mundo exterior, muestra indiferencia afectiva y ausencia de voluntad aunque su intelecto está indemne. En éste contexto, abandona sus estudios o adiestramiento profesional. En muchas ocasiones se convierte en un ser inútil e irresponsable que va a engrosar las filas de vagos, prostitutas y delincuentes. Puede aparentar retardo mental.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA : Suele iniciarse en la adolescencia. Se caracteriza por manierismos, sonrisas y carcajadas inmotivadas, fantasías de deseos insatisfechos o ideas delirantes. El enfermo se vuelve inaccesible y tiende a llegar a un estado vegetativo. El pensamiento aparece desorganizado y el



lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Ésta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos u otros abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA : Se caracteriza por anomalías motoras, con fases de estupor y de excitación, en las cuales se destacan el negativismo y el automatismo.

Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de uno de los siguientes tipos de comportamiento: estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo; excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos); catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas); negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia); rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado); flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior y obediencia automática, se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE : Se caracteriza por ideas delirantes de persecución, con algunos elementos de grandiosidad, alucinaciones, autismo y

ambivalencia. Las tendencias agresivas reprimidas se pueden manifestar de forma explosiva, con impredecible agresividad física, lo cual hace muy peligrosos a los individuos que la padecen.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes: a). Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal; voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos y alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-AFECTIVA : Se caracteriza por episodios recurrentes de síntomas esquizofrénicos y síntomas afectivos, que pueden ser tanto de depresión como de expansión.

ESQUIZOFRENIA NO DIFERENCIADA : Tiene por característica trastornos profundos de la ideación, la afectividad y la conducta, los cuales son inespecíficos en el episodio inicial.

ESQUIZOFRENIA SEUDONEURÓTICA : Tiene por síntomas principales algunas manifestaciones neuróticas que enmascaran el trastorno esquizofrénico primario. En éste tipo de esquizofrenia se da una mezcla de ansiedad y síntomas fóbicos, obsesivos, depresivos e hipocondríacos, acompañados de pensamiento autista y tendencias a salir de la realidad.

ESQUIZOFRENIA AMBULATORIA : El que padece ésta enfermedad es el esquizofrénico que puede vivir sin atención psiquiátrica. Sus alteraciones del pensamiento se manifiestan cuando se enfrenta a la tensión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUIZOFRENIA INFANTIL : Ha sido muy discutida. Algunos creen que se debe a un retardo en los procesos biológicos, que impiden la maduración de la conducta y lleva a la angustia y recurrir a mecanismos neuróticos de defensa. Se caracteriza por autismo. Algunos de éstos pacientes son retardados mentales, mientras otros tienen un elevadísimo nivel intelectual.

➤ TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

Se trata de un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de éste trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos: la afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia; el comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares; empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social; ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes; ideas paranoides o suspicacia; rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos; experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales; pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento; episodios ocasionales casi psicóticos transitorios con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos.

➤ TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

Se trata de un grupo de trastornos, caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de tipo de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales.

TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

Acontecimientos típicos de ésta clase son duelos, pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en éste contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con éstos trastornos desarrollan estados persistentes e inválidantes.

➤ TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

DE TIPO MANÍACO : Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución. Se requiere a menudo un interrogatorio minucioso para establecer que el enfermo está realmente experimentando estos fenómenos mórbidos y no sólo bromeando o hablando de forma metafórica.

DE TIPO DEPRESIVO : Se trata de un trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo

difundidos o interceptados, o en que fuerzas extrañas están tratando de controlarlo. Puede estar convencido de estar siendo espiado o de ser víctima de un complot que no se justifica por su comportamiento, o de oír voces que no son únicamente despectivas o condenatorias sino que hablan de matarlo o comentan entre ellas su comportamiento.

1.2.6. TRASTORNOS NEURÓTICOS

La alteración fundamental en éstos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.

Consiste en "alteraciones o eslabones entre los diversos recursos de adaptación que inconscientemente utiliza la mente común y los métodos que se observan en el psicótico." ¹⁹

Para muchos autores la fuente dinámica común en las neurosis es la ansiedad que no es más que una respuesta normal ante amenazas contra el cuerpo del mismo individuo, sus posiciones, modo de vida, seres queridos u otro interés.

La ansiedad suele causar alteraciones funcionales. Cuando originan manifestaciones orgánicas se habla de alteraciones psicofisiológicas.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, la neurosis es un trastorno mental sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación no

¹⁹ VARGAS ALVARADO, EDUARDO; Ob. Cit., p. 709.

alterada de la realidad ya que, en general, no confunde sus experiencias mórbidas y fantasías con la realidad externa, la personalidad no está desorganizada.

Se clasifican en estados de ansiedad, histeria, estado fóbico, trastornos obsesivo-compulsivos, depresión neurótica, neurastenia, síndrome de despersonalización, hipocondría, otros trastornos neuróticos y trastornos sin especificación.

Por su parte la Asociación Psiquiátrica Americana define la neurosis como alteraciones funcionales del sistema nervioso sin lesión cerebral, una característica es la angustia pero sin delirios, alucinaciones o trastornos graves de la conducta y la personalidad, además aprensión, acceso de pánico, insomnio, irritabilidad, fatiga. La vida actual, el trabajo diario, conflictos y preocupaciones de todo tipo cada día con mayor frecuencia hacen de la neurosis algo cotidiano.

➤ TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

Los términos "manía" y "depresión grave" se utilizan en ésta clasificación para referirse a los extremos opuestos del espectro afectivo. "Hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal. Con frecuencia, pero no exclusivamente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

EPISODIO MANIACO : Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la presencia de una exaltación del humor, y un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo.

Hipomanía. Es un grado menor de manía en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia pero a su vez no se acompañan de

alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos.

Deben presentarse varias de las características citadas más arriba de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia. Una interferencia considerable con la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía, pero si la interferencia es grave o completa se debe diagnosticar manía.

Manía Sin Síntomas Psicóticos. En éste trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de las inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vívida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede comprometer en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado.

Manía Con Síntomas Psicóticos. El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave, el grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensas y mantenidas pueden dar lugar a agresiones o violencia.

EPISODIOS DEPRESIVOS: En los episodios depresivos típicos, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: la disminución de la atención y concentración; la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad; la tristeza, el abatimiento; las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves); una perspectiva sombría del futuro; los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones; los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento

histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Los episodios depresivos pueden ser leve, moderado o grave.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

➤ TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades.

CICLOTÍMIA : Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Ésta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no

percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales.

DISTÍMIA: Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica.

➤ TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

Neurosis de ansiedad.- Es la afección dolorosa, intensa, que predomina en la mente de éstos enfermos; llevándolos al sufrimiento psíquico incluso mediante el terror lo que produce un mayor padecimiento. Otros síntomas que se acompañan son las palpitaciones y la taquicardia, dificultades respiratorias en los ataques de ansiedad agudos.

Neurosis fóbicas.- Son aquellas relativas "al miedo ansioso e infundado llamado "fobia"; implica un temor profundo y dominante a determinadas situaciones preestablecidas, objetos o seres de diversa índole".²⁰

En éste grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una

²⁰ ROMO PIZARRO, OSVALDO; Ob. Cit., p. 530-531.

ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morirse, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondríaco. Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etcétera) o a lugares de asistencia médicas (consulta del dentista, hospitales, etcétera), debe escogerse una de las categorías de ésta sección (por lo general fobia específica).

Actualmente se distinguen tres grupos de fobias:

AGORAFOBIA : Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda en público. La vivencia de la falta de una salida

inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

FBIAS SOCIALES: Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas y a veces el enfermo está convencido de que el problema primario es alguna de éstas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

FBIAS ESPECÍFICAS (AISLADAS): Se trata de fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados (zoofobia), a las alturas (acrofobia), los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados (claustrofobia), a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

➤ OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE PÁNICO (ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Las obsesiones son ideas repetitivas que se introducen en la conciencia, sin que pueda impedirlo el individuo, mientras que las compulsiones son actos también repetitivos que deben llevarse a cabo. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (porque su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable.

TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Entre los síntomas que pueden apreciarse se encuentran, la ansiedad, tensión muscular, irritabilidad, trastornos de la concentración y la memoria, pesadillas que se repiten, inhibición sexual o alejamiento social.

➤ TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante (experiencias de duelo, de separación).

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del como se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras.

➤ TRASTORNOS DE TRANCE Y DE POSESIÓN

Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el

enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen o son una prolongación de ceremonias religiosas o culturales aceptadas.

➤ TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

En éste trastorno el hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única. En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción.

TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Consiste en la preocupación exagerada por tener enfermedades inexistentes, o en la exageración de síntomas de las que sí existen, volviéndose caóticas. El individuo recurre a éste mecanismo porque no puede verbalizar lo que siente.

➤ NEURASTENIA

Se caracteriza por queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse como la presencia desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, de dificultades para concentrarse y en general de falta de rendimiento del pensamiento. O bien, el acento recae sobre una sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse. Son frecuentes una serie de sensaciones desagradables tales como vértigo, cefaleas de tensión o sensación de inestabilidad general.

1.2.7. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Dentro de éste apartado se analizan los comportamientos sexuales anormales en los que la actividad sexual de la persona afectada se dirige primeramente hacia una persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones no asociadas normalmente con el coito, o hacia el coito efectuado en condiciones normales.

TRANSEXUALISMO : Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.

TRANSVESTISMO NO FETICHISTA : Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una

intervención quirúrgica para ello. Debe ser distinguido del transvestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a éstas experiencias de cambio de vestido.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA : Se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Se cree que éstos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos.

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Lo más característico es que desde los años de pre escolar los chicos se interesan por juegos y otras actividades que corrientemente se asocian con mujeres y suele haber una preferencia por vestirse con atuendos femeninos. Sin embargo, éste transvestismo no es causa de excitación sexual (a diferencia del transvestismo fetichista en adultos). Puede existir un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas y, las muñecas son un juguete favorito y por lo general prefieren a las chicas como compañeros de juego. El ostracismo social tiende a presentarse durante los primeros años de la escolarización y tiende a alcanzar su máximo en la segunda infancia con la presencia de bromas humillantes por parte de los compañeros.

➤ TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL

FETICHISMO : Consiste en la dependencia de algún objeto inerte como estímulo para la excitación y la gratificación sexuales. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano tales como artículos de ropa o calzado. Otros objetos frecuentes se caracterizan por alguna textura particular como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los fetiches varía según el individuo. En algunos casos sirven simplemente como refuerzo de la situación sexual conseguida por medios ordinarios (por ejemplo, haciendo que la pareja lleve una determinada vestimenta). El fetichismo se presenta casi exclusivamente en varones.

TRANSVESTISMO FETICHISTA : Consiste en llevar ropas del otro sexo con el objetivo principal de obtener excitación sexual. Éste trastorno debe distinguirse del fetichismo simple en el sentido de que los objetos fetichistas o las ropas no sólo se llevan, sino que se llevan para crear la apariencia de ser una persona del sexo opuesto. Normalmente se lleva más de un artículo y a menudo una vestimenta completa incluso con peluca y maquillaje. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo transexual por su clara asociación con la excitación sexual y con el fuerte deseo de quitarse la ropa una vez que se alcanza el orgasmo y la excitación sexual declina. Generalmente en los transexuales hay antecedentes de transvestismo fetichista como fase anterior y probablemente en éstos casos representa una etapa del desarrollo del transexualismo.

EXHIBICIONISMO : Consiste en una tendencia persistente o recurrente a exponer los órganos genitales a extraños (normalmente del sexo opuesto) o a gente en lugares públicos, sin incitarlos o intentar un contacto más íntimo. Normalmente, aunque no siempre, suele haber una excitación sexual durante el período de la exposición y el acto suele terminar en una masturbación. Ésta tendencia puede dar lugar a un comportamiento que se manifiesta sólo en

períodos de crisis o de tensiones emocionales, separados por otros períodos en los cuales está ausente el comportamiento exhibicionista.

El exhibicionismo se limita prácticamente a varones heterosexuales, que se exhiben a mujeres adultas o adolescentes, normalmente confrontándolas, desde una distancia de seguridad, en lugares públicos. Para algunos el exhibicionismo es su única descarga sexual, pero otros simultanean éste comportamiento con una vida sexual activa, con relaciones de larga duración, a pesar de que sus impulsos exhibicionistas pueden ejercer una mayor presión en momentos de conflicto en sus relaciones. La mayoría de los exhibicionistas encuentran que sus impulsos son difíciles de controlar y son vivenciados como propios. Si el testigo se sorprende, asusta o impresiona, suele aumentar la excitación del exhibicionista.

ESCOPTOFILIA (VOYEURISMO) : Se trata de una tendencia persistente o recurrente a mirar a personas comprometidas en una actividad sexual o íntima, como desnudarse, lo que lleva normalmente a una excitación sexual y a una masturbación, que se realiza sin que se sea observado por las otras personas.

PAIDOFILIA : Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana. Algunos de los afectados sienten atracción únicamente por la chicas, otros únicamente por los chicos y otros están interesados por ambos sexos. La paidofilia se presenta raramente en mujeres. Los contactos entre adultos y adolescentes sexualmente maduros es algo socialmente reprobado, en especial si los que intervienen son del mismo sexo, pero esto no se acompaña necesariamente de una paidofilia. Un incidente aislado, en especial si el que lo lleva a cabo es un adolescente, no es signo de la presencia de la tendencia persistente o predominante que se requiere para el diagnóstico. No obstante, entre los afectados de paidofilia, hay varones que manifiestan una preferencia por una relación de pareja sexual adulta, pero que debido a que hay reiteradas frustraciones en sus intentos de contactos adecuados, los han sustituido una manera habitual por niños. Los varones que

abusan sexualmente de sus propios hijos prepuberales suelen abordar en ocasiones también a otros niños, pero en ninguno de éstos casos hay nada más en su comportamiento que sugiera una paidofilia.

SADOMASOQUISMO : Consiste en una preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud. Si el enfermo prefiere ser el receptor de tales estimulaciones entonces se denomina masoquismo, si es el que lo ocasiona se trata entonces de sadismo. A menudo un individuo obtiene excitación sexual tanto de actividades sádicas como de masoquistas. Es frecuente que se utilicen en grados leves de estimulación sadomasoquista para potenciar una actividad sexual que por lo demás sería normal. Ésta categoría debe ser únicamente utilizada si la actividad sadomasoquista es la fuente más importante para la estimulación o si es necesaria para la gratificación sexual. El sadismo sexual es difícil de distinguir de la crueldad en situaciones sexuales o de la cólera no relacionada con el erotismo. El diagnóstico puede hacerse con claridad cuando la violencia es necesaria para la excitación sexual.

➤ OTROS TRASTORNOS DE LA INCLINACIÓN SEXUAL

Se incluyen aquí diferentes formas de inclinaciones sexuales y actividades consiguientes que son todos ellos relativamente poco frecuentes. Entre éstas se encuentran el hacer llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para conseguir una estimulación sexual ("froteurismo"), el intentarlo con animales ("bestialismo"), el emplear la estrangulación o anoxia para intensificar la excitación sexual y una preferencia por parejas con alguna anomalía anatómica especial, como un miembro amputado. Las prácticas eróticas son tan diversas y muchas de ellas son tan excepcionales o particulares que no se justifica un epígrafe propio para cada una de ellas. La ingestión de la orina, el untarse excrementos o perforarse el prepucio o los pezones, pueden formar parte del repertorio sadomasoquista. Son frecuentes los rituales de masturbación de varios

tipos, pero las prácticas más extremas, tales como la inserción de objetos en el recto o en la uretra peneana, o la autoestrangulación parcial, cuando sustituyen otros tipos de contactos sexuales ordinarios, alcanzan el grado de lo anormal. La necrofilia debe también ser codificada en éste apartado.

➤ TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACIÓN SEXUALES

La orientación sexual en sí misma no se considera un trastorno. Los siguientes apartados pueden ser usados conjuntamente con las categorías más arriba mencionadas para indicar variaciones del desarrollo y orientación sexual que pueden ser problemáticas para el individuo: heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad (sólo debe ser utilizado cuando hay una clara evidencia de atracción sexual hacia miembros de ambos sexos).

TRASTORNO DE LA MADURACIÓN SEXUAL : El enfermo tiene una falta de claridad sobre su identidad genérica o de su orientación sexual, lo cual le produce ansiedad o depresión. Éste trastorno se presenta con mayor frecuencia en adolescentes que no están seguros sobre si su orientación es homosexual, heterosexual o bisexual, o en individuos que después de un período de orientación sexual aparentemente estable, a menudo tras una larga relación de pareja, encuentran que su orientación sexual está cambiando.

1.2.8. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO

Al decir de Serpa Flores, los trastornos de la personalidad son aquellos patrones de conducta profundamente incrustados y perdurables que se manifiestan en conductas inflexibles ante un amplio rango de situaciones. Éstos patrones de conducta tienden a ser estables o abarcar muchos dominios de la personalidad. Aparecen y se desarrollan desde el final de la infancia y en la

adolescencia y permanecen en la edad adulta.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. La transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD: Es un trastorno de personalidad caracterizado por: sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires; incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes; suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas; sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad; predisposición a los celos patológicos; predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante y preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por: incapacidad para sentir placer (anhedonia); frialdad emocional o desapego o embotamiento afectivo e incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás; respuesta pobre a los elogios o las críticas; poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad); marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y a la introspección; ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza o las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder

tenerlas y marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevaletentes y su comportamiento, que está caracterizado por: cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía; actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales; incapacidad para mantener relaciones personales duraderas; muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento; incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo y puede presentarse también una irritabilidad persistente.

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD: Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de éste trastorno de personalidad que comparten éstos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

En el trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo, las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

En el trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite, se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o actos autoagresivos.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD : Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de: tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones; sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás; afectividad lábil y superficial; búsqueda imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención; comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir y preocupación excesiva por el aspecto físico. Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

TRASTORNO ANANCÁSTICO DE LA PERSONALIDAD: Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por: falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal; preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica; rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales; pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones y rigidez y obstinación con insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer y la irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACIÓN) DE LA PERSONALIDAD: Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por la presencia de: sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor ; preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás; preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad; resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptados; restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física y evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD : Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por: fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida; subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende, sumisión excesiva a sus deseos; resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende; la presencia de sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo; temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado y presencia de una capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás. Pueden presentarse además percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTRÓFICA : La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a éste tipo de transformación de la personalidad

un trastorno de estrés post traumático. Éstos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno.

TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA : Se trata de una transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivido como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Éste tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer éste diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes: excesiva dependencia y demandas de terceras personas; convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social; pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos; quejas constantes de estar enfermo que pueden acompañarse de demandas hipocondríacas y comportamiento de enfermedad; humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales y deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional.

➤ TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Ésta categoría incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no

tienen una motivación racional clara y que generalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. Y dentro de ellos encontramos los siguientes:

LUDOPATÍA : Éste trastorno consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Los afectados por éste trastorno pueden arriesgar su empleos, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Éstas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

PIROMANÍA : Se trata de un comportamiento caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a las propiedades u otros objetos, sin motivo aparente junto con una insistencia constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Éstas personas pueden estar también interesadas de un modo anormal por coches de bomberos u otros equipos de lucha contra el fuego, con otros temas relacionados con los incendios y en hacer llamadas a los bomberos.

Los rasgos esenciales son: prender fuego repetidamente sin motivo aparente, tal como sería obtener una ganancia monetaria, venganza o extremismo político; intenso interés en observar la combustión del fuego y la referencia a sentimientos de aumento de tensión antes del acto y de una excitación emocional intensa inmediatamente después de que se ha llevado a cabo.

La piromanía debe diferenciarse de: incendio deliberado provocado por una persona normal; incendio provocado por un joven con un trastorno disocial; incendio provocado por un adulto con un trastorno disocial de la personalidad (evidencia de otra alteración persistente del comportamiento social como agresiones u otros indicadores de despreocupación por los intereses y sentimientos de los demás); incendio provocado por un esquizofrénico (en éstos casos es característico que el incendio sea la consecuencia de ideas delirantes u órdenes de voces alucinatorias) e incendio accidental en los trastornos psiquiátricos orgánicos (en éstos casos el fuego empieza accidentalmente como resultado de un estado confusional, de una amnesia, de una falta de previsión sobre las posibles consecuencias del acto, o como una combinación de éstos factores). La demencia y los estados orgánicos agudos pueden desencadenar incendios inadvertidos de éste tipo. Son otras causas análogas la embriaguez aguda, el alcoholismo crónico y las intoxicaciones por sustancias psicotrópas.

CLEPTOMANÍA : Se trata de un trastorno que se caracteriza porque el individuo reiteradamente fracasa en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos. Por el contrario los objetos pueden desecharse, regalarse o esconderse. El enfermo suele describir la presencia de una sensación de tensión emocional antes del acto y una sensación de gratificación durante e inmediatamente después. A pesar de que suele llevarse a cabo un cierto esfuerzo por esconderse, no se aprovechan todas las ocasiones para hacerlo. El robar es un acto solitario, que no se lleva a cabo con cómplices. El enfermo puede presentar entre los episodios de robar en las tiendas (u otros locales) ansiedad, abatimiento y culpabilidad, lo que no impide su repetición.

TRICOTILOMANÍA : Se trata de un trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de

arrancarse el pelo. Éste comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y se sigue de una sensación de alivio o gratificación.

C A P Í T U L O

II

LOS ENFERMOS MENTALES ANTE EL DERECHO PENAL

2.1. IMPUTABILIDAD, IMPUTABILIDAD DISMINUIDA E INIMPUTABILIDAD

2.2. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO PENAL.

- CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS DE LA BAJA CALIFORNIA DE 1871.

- CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS FEDERALES EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL DE 1929.

- CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL DE 1931.

2.2.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.

AGUASCALIENTES
BAJA CALIFORNIA
BAJA CALIFORNIA SUR
CAMPECHE
COAHUILA
CHIHUAHUA

DISTRITO FEDERAL
DURANGO
ESTADO DE MÉXICO
GUANAJUATO
GUERRERO
HIDALGO
JALISCO
MICHOACÁN
MORELOS
NAYARIT
NUEVO LEÓN
OAXACA
QUERÉTARO
QUINTANA ROO
SAN LUIS POTOSÍ
SINALOA
SONORA
TABASCO
TAMAULIPAS
TLAXCALA
VERACRUZ
ZACATECAS

➤ CÓDIGO PENAL FEDERAL VIGENTE.

2.2.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN PENAL PARA
LOS ENFERMOS MENTALES EN MÉXICO.

2.1. IMPUTABILIDAD, IMPUTABILIDAD DISMINUIDA E INIMPUTABILIDAD.

Consideramos pertinente y necesario dilucidar el sentido y alcance de los vocablos incapacidad, discapacidad e imputabilidad, que con frecuencia se utilizan indistintamente, en detrimento de la necesaria precisión conceptual que es presupuesto indispensable para el entendimiento de la problemática jurídica relacionada con éste tema.

El concepto de incapacidad se encuentra oscurecido por la pobreza del lenguaje jurídico. Cuando una persona es privada a título excepcional de un derecho y no puede disfrutar de una ventaja que corresponde a los demás, se dice que se encuentra afectado por una incapacidad de goce. Tal expresión es inadecuada, tomando en consideración que la palabra incapacidad significa privación de un derecho, mientras que la palabra goce significa en éste caso, la ventaja que confiere la atribución de un derecho.

En éste sentido, debemos precisar que la capacidad de goce que corresponde a toda persona y que es parte integrante de la personalidad, puede existir sin que quien la tiene, posea la capacidad de ejercicio, que es entendida como la aptitud de ser sujeto de derechos y obligaciones. Y es precisamente a la ausencia de ésta capacidad de ejercicio, a la que se le denomina incapacidad. Por tanto, se refiere a la carencia de aptitud para que la persona, que tiene capacidad de goce, pueda hacer valer sus derechos por sí misma.

Para GALINDO GARFIAS, la incapacidad de ejercicio puede ser "natural como la de los infantes, o de los enajenados mentales; o legal, la establecida por la ley para los menores de 18 años, y para quiénes hacen uso habitual o inmoderado de bebidas embriagantes o de enervantes y los sordomudos que no saben leer y escribir, todos ellos, son incapaces, aún en los periodos de lucidez

mental que puedan tener. Por ley, están incapacitados si han sido declarados previamente en estado de interdicción”.²¹

Hay incapacidad natural de ejercicio cuando el sujeto, cualquiera que sea su edad, por insuficiente desarrollo o por enfermedad mental o a causa de una perturbación psíquica permanente o transitoria, se encuentra en la efectiva condición de no poder entender y querer lo que realiza; sus actos no son humanos sino físicos, dentro de ésta condición se encuentra el enajenado mental. Si cesa la situación que provoca la incapacidad, el sujeto recuperará automáticamente su capacidad.

Consecuentemente la incapacidad legal que aduce a circunstancias de hecho, que inducen al ordenamiento jurídico a creer que el sujeto no está en condiciones de entender y querer, tiene relevancia sumamente diferente. La valoración se hace por lo regular sobre datos meramente presuntivos, no tomando en cuenta las condiciones reales de cada sujeto y a veces lo hace singularmente, sujeto por sujeto, pero sobre datos que reales en un momento, pueden cesar sin que cesen los efectos de inhabilitación, calificado como interdicción por parte del ordenamiento jurídico.

En ciertos momentos el incapaz desde el punto de vista legal, puede ser naturalmente capaz, como lo es que el enajenado mental declarado en un juicio de interdicción tenga intervalos de lucidez; pero mientras dura la calificación formal y legal de incapacidad, los actos celebrados aún cuando sea naturalmente capaz, son anulables.

Por otra parte, en relación al término **discapacidad**, éste de conformidad con el artículo 2 de la Ley para Personas con Discapacidad del Distrito Federal, es una disminución del ser humano que presenta temporal o permanentemente en sus

²¹ GALINDO GARFIAS, IGNACIO; "Derecho Civil", Primer Curso, Parte General; Editorial Porrúa, décimo tercera edición; México, 1993; p. 105.

facultades físicas, intelectuales o sensoriales que le limitan a realizar una actividad normal.

Mientras que el término imputar, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, significa atribuir a otro culpa, delito o acción.

En término puramente lingüístico, la imputabilidad se predica como una calidad de quien es imputable y, el imputable, aquél a quién se le puede imputar algo.

Podemos decir, que en términos generales la imputabilidad vendría a ser un modo de ser de la persona, que influye en su comportamiento y del cual se derivan determinadas consecuencias jurídicas, pero ese modo de ser se encuentra revestido de elementos psicológicos, biológicos, psiquiátricos, culturales y sociales.

IMPUTABILIDAD

No es fácil encontrar una definición uniforme de la imputabilidad, sin embargo, a continuación hacemos una cita de las que satisfacen las necesidades del tema:

Para SERGIO VELA TREVIÑO, "es la capacidad de autodeterminación del hombre para actuar conforme con el sentido, teniendo la facultad, reconocida normativamente de comprender la antijuridicidad de su conducta".²²

Sostiene SERGIO GARCIA RAMÍREZ, que es "la capacidad, suficiente para los fines de defensa social de entender el carácter ilícito (antijurídico) de la conducta y de obrar con normal autonomía".²³

²² VELA TREVIÑO, SERGIO; "Culpabilidad e inculpabilidad. Teoría del Delito"; Editorial Trillas; primera reimpresión; México, 1977; p. 18.

²³ GARCIA RAMÍREZ, SERGIO; "Manual De Prisiones"; Segunda Edición, Editorial Porrúa; México, 1980; p.17.

“Conjunto de condiciones que desde el punto de vista psicológico debe reunir una persona para que se le pueda atribuir la comisión de un delito a los fines que las leyes penales estatuyen”.²⁴

“Conjunto de condiciones psicológicas de las personas, requeridas por las disposiciones legales vigentes, para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquéllas”.²⁵

“Capacidad de comprender la naturaleza de los actos que el agente realiza y de dirigir sus acciones conforme aquélla comprensión”.²⁶

La imputabilidad “exige un conocimiento de lo que se hace, una libertad para hacerlo y una relación de causalidad; éstos tres principios se engloban bajo el concepto de voluntariedad”.²⁷

“Es la capacidad psicológica de actuar con discernimiento, voluntad y aptitud por tanto, de apartarse de las normas jurídicas o ajustarse a ellas; capacidad para conducirse; susceptibilidad de intimidación, capacidad para sentir la coacción psicológica que el Estado ejerce mediante la pena; imputabilidad en funcionamiento psicológico normal, es algo que lleva implícita una capacidad de entender y de querer, entender y querer al ejecutar un acto antijurídico, es lo que propiamente constituye la culpabilidad”.²⁸

De tal manera que, la capacidad psíquica de delito será una capacidad de conocer y querer la concreción de la parte objetiva no valorativa del tipo legal, así

²⁴ CABELLO, VICENTE P.; Ob. Cit.; Tomo I; p.116.

²⁵ BASILE, ALESSANDRO A. Y OTROS; Ob. Cit; p.150.

²⁶ SPOLANSKY, NORBERTO EDUARDO; “Imputabilidad y Compendio de la Criminalidad”; Editorial Cooperadora de Derecho y Ciencias Sociales; Buenos Aires, 1976; p. 8.

²⁷ SEGUNDO SIMPOSIUM DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA FORENSE, celebrada en Granada el 30 y 31 de Octubre de 1992; Tema: “Aspectos Psiquiátrico-Forenses de la Psicosis”; Segundo Volumen; Editorial Ppv; Diciembre De 1994. p. 44.

²⁸ FERNÁNDEZ PÉREZ, RAMÓN; “Elementos Básicos de Medicina Forense”; Sexta Edición; Editorial Francisco Méndez Cervantes; México, 1986; p. 214.

como una capacidad de comprender la específica ilicitud contenida en la parte valorativa el tipo legal y de actuar acorde a esa comprensión.

La capacidad de entender, significa para PLAGIARO, "la idoneidad para darse cuenta no sólo de la situación material del mundo exterior, sino también, aunque sea de forma aproximada, del sistema de valores que rige la sociedad civil; mientras que capacidad de querer significa la aptitud para querer lo que el intelecto ha mostrado como la mejor elección".²⁹

El problema de la imputabilidad no termina en hacer una relación filosófica de los conceptos que sobre el tema se han vertido, es sumamente importante dar la ubicación adecuada a éste elemento en la Teoría General del Delito.

La imputabilidad ha sido colocada en diferentes posiciones dentro de la Teoría General del Delito, algunos la han entendido como capacidad de culpabilidad, capacidad de pena, etcétera. Por lo que analizaremos éstas posiciones.

La imputabilidad como presupuesto de la punibilidad.

Para FEUERBACH,³⁰ la función del castigo es la prevención general, la pena al estar conminada en la ley, debe intimidar a los sujetos; solo será imputable el sujeto en quién se produzca el efecto de la amenaza. Imputabilidad es la posibilidad de imponer la pena.

MEZGER, critica ésta posición al aseverar que en ella no solo se invierte el tiempo en que la imputabilidad se debe gravitar, en vez de ser cuando el acto se realiza debería existir en el momento de aplicar la pena sino que además se tiene en cuenta el estado anímico de todo el grupo social y no el del autor en el

²⁹ PLAGIARO, A.; "Principi Di Diritto Penale", Parte Generale; segunda edición; Milán, 1980; P. 622; citado por CARBONELL MATEU, JUAN CARLOS, Et. Al.; dentro de su obra "Enfermedad Mental y Delito. Aspectos Psiquiátricos, Penales y Procesales"; Editorial Civitas; Valencia, 1986; p. 39.

³⁰ FEUERBACH, ANSELM VON, citado por JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS; en su obra "Tratado de Derecho Penal", Tomo V, Tercera edición; Editorial Lozada; Buenos Aires, 1956; p.81.

momento de la infracción. "Señala que el castigo puede no depender de la capacidad de sentir la amenaza de la pena y si lo determina fuera, en cambio, la capacidad del sujeto respecto a la ejecución de la pena, resultaría que el varias veces reincidente podría a lo sumo, ser castigado la primera vez que reincide, pero no en las restantes reincidencias".³¹

La imputabilidad como presupuesto del delito.

En ese apartado se distinguen tres grandes grupos:

1.- Imputabilidad como capacidad de acción. Quienes defienden ésta postura, sostienen que la imputabilidad es la capacidad del sujeto para actuar, es decir la capacidad para realizar comportamientos, así como la capacidad para cometer delitos. Siendo BINDING uno de los defensores de ésta postura.

La imputabilidad así concebida puede traducirse en la concepción genérica de la capacidad de derecho; además de que el adherirse a ésta implica aceptar que el inimputable no sería capaz de actuar; sin embargo, el enfermo mental, es capaz de actuar y realizar conductas ilícitas, por lo que no es del todo cierta dicha posición.

2.- Imputabilidad como capacidad jurídica del deber. Es decir, que el contenido de lo antijurídico está dentro del propio agente, es él quien según las circunstancias señalará qué es antijurídico y qué no lo es. Aquí se equipara la culpabilidad con lo injusto y se afirma que el inimputable (por no ser capaz de actuar culpablemente) no puede cometer acto antijurídico alguno, ya que no tiene la capacidad de entender el deber jurídico contenido en la norma penal. Ésta posición nos llevaría al absurdo de afirmar que lo antijurídico deberá ser valorado según el criterio de cada sujeto.

³¹ MEZGER, EDMUND: "Tratado de Derecho Penal", Tomo II; Editorial Revista de Derecho Privado; Madrid, 1957; p. 46-68.

3. Imputabilidad como elemento del sujeto de acción. El maestro PORTE PETIT,³² comulga con la idea de considerar la imputabilidad como un presupuesto general del delito. Sin embargo, si la imputabilidad es considerada como presupuesto del delito, ésta debe existir antes del delito, fuera de él, cosa que es imposible, ya que la imputabilidad debe ser referida a un sujeto y a un hecho en particular, a un momento concreto, cuando se comete el delito y no antes.

La imputabilidad como capacidad de Derecho Penal.

Para ésta postura la imputabilidad es un estado, una condición o capacidad general del sujeto para toda clase de delitos, así como capacidad de pena, ya que los Código Penales al suspender la ejecución de la pena al haber problemas de salud mental en el sujeto, confirman ésta posición. Sin embargo, la desventaja de la misma estriba en que no explica en qué consiste la capacidad en que se traduce la imputabilidad y deja en el aire su definición.

La imputabilidad como elemento de la culpabilidad.

Autores partidarios de ésta teoría lo son MAYER, MEZGER y WELZEL, quienes coinciden en que es la capacidad psicológica de la culpabilidad, pero no definen en qué consiste esa capacidad.

Si se considera la imputabilidad como elemento de la culpabilidad, tendrá que aceptarse que el dolo, que es una de las formas de la culpabilidad, es sólo una intención con apariencia externa, una forma, un elemento de la culpabilidad que requerirá de un elemento más llamado imputabilidad, que permitirá hablar del estado peligroso.

En cambio, si por dolo se entiende la intención ya formada en los seres humanos, precisamente por ser seres humanos y no por anomalías, de actuar de determinada forma, entonces, la capacidad de elegir la forma de actuar, será

³² PORTE PETIT CANDAUDAP, CELESTINO; "Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal"; Décimo Sexta edición; Editorial Porrúa; México, 1994; p. 403.

necesaria previamente para poder reprochar la elección; la imputabilidad será un presupuesto de la culpabilidad.

La imputabilidad como presupuesto de la culpabilidad.

Principalmente sustentada por el alemán MAURACH en su obra "Tratado de Derecho Penal", así como por JIMÉNEZ DE ASÚA, seguida por una gran mayoría de los autores latinos SERGIO GARCÍA RAMÍREZ, ENRIQUE CURRY, FRANCISCO PAVÓN VASCONCELOS, entre otros; ésta posición indica que la imputabilidad es psicológica, es una capacidad psicológica que debe integrarse por elementos de esa naturaleza. Éstos elementos serán el intelectual y el afectivo.

El elemento intelectual consiste en que el agente tenga conciencia de la antijuridicidad tipificada de su acto.

El afectivo consiste en que se realice el acto voluntariamente, que se desee conscientemente ejecutar la acción.

La imputabilidad como presupuesto psicológico de la culpabilidad, es la capacidad para conocer y valorar el deber de respetar la norma y de determinarse espontáneamente. Lo primero implica madurez y salud mentales; lo segundo, libre determinación, al decir de JIMÉNEZ DE ASÚA "la posibilidad de inhibir los impulsos delictivos".³³

En éste sentido, para imputar un hecho delictuoso es necesaria la capacidad de entendimiento de la calidad de la conducta. Pero, además de esa capacidad general que permita una correcta valoración de lo jurídico y antijurídico, es necesario que en el momento de producirse la conducta, el sujeto haya tenido capacidad de autodeterminación, para decidirse a obrar de esa y no de otra manera.

³³ JIMENEZ DE ASÚA, LUIS; Ob. Cit. ; p. 83.

Ésta doble capacidad (genérica y específica) configura la imputabilidad. Por eso, es que la imputabilidad no puede considerarse como anterior y ajena al delito, sino que es parte integrante de él y se presenta en el mismo momento.

La imputabilidad es necesaria para la realización del juicio de reproche, ésta es una aptitud, una capacidad y la culpabilidad parte de una actitud, siendo está la posición por la que nos inclinamos, en virtud de que si no existe la capacidad de actuar para lesionar los bienes jurídicos protegidos por la ley, no podemos reprochar la violación.

IMPUTABILIDAD DISMINUIDA

Al haber analizado el contenido del concepto de imputabilidad y la ubicación que ocupa dentro de la constitución del delito, en éste transcurrir dentro de la Teoría General de la Imputabilidad, nos encontramos con la tesis de la imputabilidad disminuida.

Siendo menester citar algunas de las definiciones aportadas por los estudiosos del Derecho, dentro de las cuales encontramos las siguientes:

“Opera cuando un individuo, si bien no está privado de su conciencia ni de la de sus actos, tampoco actúa libremente sino que obra con sus valores sociales inhibidos y deformados, orientándolos hacia una desviación de conducta, el sujeto posee una limitada capacidad de comprensión de la ilicitud de su comportamiento”.³⁴

“Para GRASSET, hay sujetos lo insuficientemente enfermos del psiquismo para no ser declarados normales y completamente responsables, pero que

³⁴ MARTÍNEZ RINCONES, J.; “El Enfermo Mental Que Comete Delito”; Talleres Gráficos Universitarios; Mérida Venezuela, 1987; p. 18

tampoco son suficientemente enfermos para ser declarados irresponsables, y a los que, por lo tanto, hay que declararlos semirresponsables".³⁵

"Existen individuos que no siendo enajenados o alienados, presentan ciertos trastornos que, sin poder incluirse en el concepto de enfermedad mental, disienten o se escapan de lo que entendemos como conductas normales. Son alteraciones que no privan al sujeto de sus facultades de comprensión y raciocinio, permitiéndole el libre albedrío en su conducta, aunque notoriamente se aparta de los estándares que nos señalan el equilibrio y la armonía que deben existir en la constitución psíquica de un individuo".³⁶

En éste orden de ideas, FERNANDO DÍAZ PALOS, sostiene que "en el derecho español existe una inimputabilidad absoluta para el menor de 16 años, para el enajenado y el sordomudo de nacimiento; una inimputabilidad condicionada para el que se encuentre en estado de trastorno mental transitorio, puesto que se exige muy restrictivamente, que no haya sido buscado de propósito para delinquir; y para el sordomudo desde la infancia, sometido a la condición de que carezca en absoluto de instrucción; y una imputabilidad relativa para el mayor de 16 y menor de 18 años, la cual vendría a ser una especie de imputabilidad disminuida, pero presumida por la Ley y especialmente destacada por la misma".³⁷

Como podemos apreciar, según ésta tesis, algunas alteraciones en la salud mental o falta de desarrollo psíquico, disminuyen, sin anular, la capacidad del sujeto para entender el carácter antijurídico de su conducta o para conducirse libremente.

Es decir, para los que aceptan ésta tesis la imputabilidad puede graduarse, habrá casos en que la capacidad de decisión de la forma de actuar no es del todo libre, pero no está plenamente ausente.

³⁵ GRASSET, Demis fous et demis responsables, "Revue des Mondes", Paris, 1906; citado por CABELLO, VICENTE P. ; Ob. Cit; Tomo I, p. 180.

³⁶ ROMO PIZARRO, OSVALDO; Ob. Cit.; p. 547-548.

³⁷ DÍAZ PALOS, FERNANDO; "Teoría General de la Imputabilidad"; Bosch, Casa Editorial, Barcelona, 1965; p. 226.

Para SAUER, "la capacidad de culpabilidad (imputabilidad) disminuida, existe cuando el estado enfermo de la mente disminuye notablemente en el momento del hecho; la capacidad de percibir lo no permitido del hecho, o de obrar con éste conocimiento, obliga a la pregunta de si el hecho ha de imputarse al autor, si se lo ha de hacer responsable por voluntad, lo cual solo puede ser sin embargo, afirmado o negado. En el caso de la llamada imputabilidad disminuida es afirmado y se establece solo un grado más pequeño de culpabilidad".³⁸

Esta posición fue sostenida por la doctrina y consagrada en algunos Códigos.

MAURACH, señala que en ésta tesis no se trata de un caso "límite ni una duda si el autor es o no imputable, ni de un grado intermedio entre la imputabilidad e inimputabilidad, sino de un caso en que el autor es imputable, pero para alcanzar el grado de conocimiento y dirección de un sujeto anímicamente normal, debe esforzar lo más su voluntad".³⁹

Algunos estudiosos han atacado la figura señalando que la imputabilidad disminuida no es lógica. Sostuvieron que como categoría psicológica la imputabilidad no podía disminuirse, o el sujeto reúne las condiciones para ser imputable o no.

Hay algunos autores que consideran que los términos imputabilidad disminuida o semi-imputabilidad, deben de ser desechados, entre los cuales encontramos a NAVARRETE, quien sostiene que el concepto de imputabilidad debe ser uno e indivisible y, por tanto, debemos "desterrar del Derecho Penal los conceptos de semi-imputables e imputabilidad disminuida, que no serían otra cosa que trasplantar a las Salas de Justicia una situación de perplejidad y duda del perito. Bien está que las características peculiares del individuo tengan en cuenta

³⁸ GACETA MEDICA DE MÉXICO, VOLUMEN 99, NUMERO 12, 1969, "Legislación y Enfermedad Mental", Ponente EDMUNDO BUENTELLO y VILLA; p. 1146.

³⁹ REINHART, MAURACH; "Tres conferencias"; Publicaciones Universidad Externado de Colombia Separata de la Revista de la Universidad; Bogota, 1965; p. 196.

en el momento de la determinación de la pena, pero dejando claro y nítido el concepto ya de por sí bastante complicado y complejo de la imputabilidad".⁴⁰.

Cualquiera que sea la postura aceptada, de la inexistencia de la imputabilidad disminuida, lo cierto es que las Legislaciones Penales de algunas Entidades Federativas en nuestro país la adoptaron, como lo apreciaremos en el siguiente apartado correspondiente al análisis de dichas codificaciones, dentro de éste capítulo.

A la inclusión de ésta figura en algunos Código Penales aparecieron diferentes formas de aplicación: la primera potestativa, dando al juzgador la posibilidad de operar una atenuación de la pena; y la segunda obligatoria, operando la reducción por ley.

Dentro de éste tópico, consideramos citar como un claro ejemplo e incuestionable caso de imputabilidad disminuida el actuar bajo un estado de emoción violenta.

INIMPUTABILIDAD

Al respecto, hemos de afirmar que si la imputabilidad, según el criterio más generalizado, es la capacidad del sujeto para conocer el carácter ilícito del hecho y determinarse espontáneamente conforme a esa comprensión, la inimputabilidad supone, consecuentemente, la ausencia de dicha capacidad y por ello incapacidad para conocer la ilicitud del hecho o bien para determinarse en forma espontánea conforme a esa comprensión.

Sólo por excepción el Derecho da una definición sobre la imputabilidad de la que dogmáticamente pudiera ser extraído un concepto positivo de la inimputabilidad, aunque no señalándolas expresamente bajo tal rubro, las Legislaciones Penales emplean fundamentalmente los criterios biológico,

⁴⁰ NAVARRETE URIETA, J.M.; "El Problema Penal y Criminológico de las Neurosis, en los Delinquentes Mentalmente Anormales"; Madrid, 1963; p.471; citado por CARBONELL MATEU, JUAN CARLOS, Et. al; Ob. Cit; p. 61.

psicológico y mixto. El primero excluye la imputabilidad con base en un factor biológico; el segundo, en el estado psicológico del sujeto que, por anormalidad como lo es la perturbación de la conciencia, por ejemplo, le impide el conocimiento de la ilicitud de su acción. Por último, el mixto se apoya en los dos anteriores.

El criterio biológico se apoya, en consideraciones de orden biológico u orgánico relacionadas con el fenómeno de la inmadurez mental del sujeto. El psiquiátrico elabora el concepto de inimputabilidad en función del trastorno mental, sea éste *transitorio o permanente*, en cuyo último caso designasele comúnmente con el nombre de enfermedad mental o anomalía psicósomática permanente.

El criterio psicológico, se apoya en la noción psicológica que merece el sujeto, calificándolo de inimputable por cuanto no es capaz de entendimiento y autodeterminación y en términos genéricos comprende la inmadurez mental, independientemente del factor cronológico y toda clase de alteraciones o traumas psíquicos que afectan la esfera intelectual de su personalidad o constriñen su voluntad, o alteraciones más o menos profundas del biopsiquismo en la medida en que disminuyan su capacidad de comprensión y de actuación.

El criterio mixto, permite el empleo de las anteriores combinaciones, siendo las más comunes la biológica-psiquiátrica, la psicológica-psiquiátrica y la biopsicológica. También se aduce la existencia de un criterio más, el jurídico, que se concreta a la valoración hecha por el juez respecto a la capacidad del sujeto para comprender el carácter ilícito de su comportamiento o para determinarse de acuerdo a dicha comprensión, de manera que la inimputabilidad es una consecuencia de dicha valoración al considerarse al sujeto incapaz de tal conocimiento o comprensión, o de mover libremente su voluntad de acuerdo a la citada comprensión del hecho.

En éste orden de ideas, PAVÓN VASCONCELOS, considera a la inimputabilidad, como "la ausencia de la capacidad en el sujeto y por ello

incapacidad para conocer la ilicitud del hecho, o bien para determinarse en forma espontánea conforme a esa comprensión"⁴¹.

Para ZAFFARONI, "la inimputabilidad es la inexigibilidad de la posibilidad de comprensión de la antijuridicidad proveniente de incapacidad psíquica"⁴².

VELA TREVIÑO, por su parte considera que la inimputabilidad existe cuando "se realiza una conducta típica y antijurídica pero el sujeto carece de la capacidad para autodeterminarse conforme al sentido o de la facultad de comprensión de la antijuridicidad de su conducta, sea porque la ley le niega esa facultad o porque al producirse el resultado típico era incapaz de autodeterminarse"⁴³.

Es claro, que en todos los supuestos anteriormente señalados se reconoce que la inimputabilidad existe por la presencia de una incapacidad psíquica (aunque ésta sea otorgada legalmente), incapacidad que no permite una actividad consciente. Por conciencia entendemos, la síntesis de las funciones mentales que tiene por resultado la ubicación del sujeto en el tiempo y espacio psíquicos, abarcando tanto el funcionamiento de sus facultades intelectuales como afectivas.

Ahora bien, las causas de inimputabilidad adoptadas por la mayor parte de las Legislaciones de las diferentes Entidades Federativas, son a saber, el trastorno mental y el desarrollo intelectual retardado, como podrá apreciarse al analizarse la Codificación Penal de cada una de ellas en el siguiente punto.

Partiremos de definir, trastorno mental, que significa la acción de darle vueltas a la mente, de inquietar, causar disturbios a la mente, es decir, a la inteligencia, al entendimiento, pensamiento, propósito o voluntad.

⁴¹ PAVÓN VASCONCELOS, FRANCISCO: "Imputabilidad e Inimputabilidad"; Tercera edición; Editorial Porrúa; México, 1993; p. 95.

⁴² ZAFFARONI, EUGENIO RAUL: "Teoría del Delito"; Ediar Editor; Buenos Aires, 1973; p. 81.

⁴³ VELA TREVIÑO, SERGIO; Ob. Cit.; p.44.

El concepto de trastorno mental no debe vincularse siempre a síntomas en cuanto manifestaciones de enfermedad mental; por el contrario, pueden darse síntomas o signos de trastorno psíquico que no sean debidos a enfermedades son modos de reaccionar de los individuos ante situaciones especiales, como las llamadas reacciones vivenciales, o a respuestas pasajeras con alteración del estado de conciencia y desorganización de la conducta.

Por lo que respecta al trastorno mental transitorio, éste ha sido considerado, por GISBERT CALABUIG como "estados de perturbación mental pasajeros y curables, debidos a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad llega a producir anulación del libre albedrío, con su consiguiente repercusión en la imputabilidad".⁴⁴

VELA TREVIÑO, lo define como "la pérdida temporal de las facultades intelectivas necesarias para la comprensión de lo antijurídico y para la actuación conforme a una valoración normal"⁴⁵.

Esto es, se trata de una perturbación pasajera del juicio.

En éste sentido, el concepto queda integrado por tres elementos sustanciales como son: pérdida de facultades intelectivas, que esas facultades sean necesarias para comprender lo justo y lo injusto y actuar conforme a una valoración; así como temporalidad de la pérdida.

Pero no todas las conductas típicas y antijurídicas que realiza un sujeto que actúa en estado de trastorno mental transitorio quedan fuera de una posible calificación de delictivas; únicamente aparece la inexistencia del delito por

⁴⁴ GISBERT CALABUIG, J.A.; "El trastorno mental transitorio según la legislación y la jurisprudencia españolas"; Revista Chilena de Medicina Legal; Volumen 1-2; Chile, 1966; p. 142-158.

⁴⁵ VELA TREVIÑO, SERGIO; Ob. Cit.; p.57.

inimputabilidad tratándose del trastorno mental transitorio, cuando éste reúne las características que la Ley en forma expresa ha señalado para su eficacia como causa de inimputabilidad. Mismas que han quedado precisadas con antelación, solo debemos afirmar que es necesario acreditar que el mismo trastorno se produjo involuntariamente y que tuvo la calidad de patológico (proveniente de una enfermedad, como alteración del estado normal del hombre, que le impide la realización de las funciones inherentes a su naturaleza orgánica).

En conclusión, habrá inimputabilidad por trastorno mental transitorio en aquellos casos en que se produzca un resultado típico y antijurídico por un sujeto que se encuentra en ese estado mental adquirido involuntariamente y teniendo una causa patológica, siempre que el mismo sea determinante de un estado de inconsciencia, entendiéndose éste como la comprensión de lo antijurídico y para actuar conforme a esa comprensión.

Por otra parte, como lo señalamos, el desarrollo intelectual retardado es acogido como causa de inimputabilidad, situación en la que si bien no existe propiamente un trastorno de índole mental el sujeto por su deficiente desarrollo intelectual está imposibilitado de comprender el carácter ilícito del hecho o de conducirse de acuerdo con esa comprensión.

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

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

No cabe duda por tanto que el sordomudo y el ciego de nacimiento, al estar privados de las funciones de oír, hablar y ver, tienen reducido considerablemente su mundo de relación, lo que les crea una seria dificultad de adaptarse a la sociedad.

2.2. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO PENAL.

En éste punto, llevaremos a cabo un breve análisis de las Codificaciones Penales que han estado vigentes dentro de nuestro país a partir del año de 1871, con la finalidad de apreciar el tratamiento que en esas épocas se le daba a los enfermos mentales, sobre todo en lo relativo a las excluyentes de responsabilidad y las medidas de seguridad que se adoptaban.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS DE LA BAJA CALIFORNIA DE 1871.

Éste código fue expedido el día 7 de diciembre de 1871, por el entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Don Benito Juárez, y rigió en el Distrito Federal y Territorio de la Baja California.⁴⁶

Ordenamiento en el que ya se encuentran previstas dentro de su artículo 34, las denominadas hasta entonces, circunstancias que excluyen la responsabilidad criminal por la infracción de las leyes penales, contemplando dentro de la fracción 1ª. la violación de una ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental, cuando ésta le quite la libertad o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa; o a circunstancia contemplada en ésta legislación la prevé en la fracción 2ª. al

⁴⁶ Diario Oficial de la Federación, de fecha 7 de Diciembre de 1871.

considerar inimputable al enajenado que, padeciendo locura intermitente, viole alguna Ley Penal durante su intermitencia, cuando exista duda fundada de que el agente haya tenido expeditas sus facultades mentales al tiempo de la infracción. Y la tercera excluyente, es la decrepitud, cuando por ella se ha perdido completamente la razón, la que se encontraba consignada en la fracción 4ª. condicionándose de ésta manera la avanzada edad a la pérdida de la razón, sin embargo por sí sola ésta circunstancia no tiene eficacia de excluyente, sobre todo si partimos, de que el artículo 42 de dicha Codificación Penal, la contempla en la fracción 2ª. como una atenuante. En ese sentido consideramos que lo que la ley consideraba como causa de inimputabilidad era la demencia senil.

En materia de imputabilidad disminuida, al decir de SERGIO GARCÍA RAMÍREZ, se consideró atenuante bajo la fórmula mixta, al "infringir una Ley Penal hallándose en estado de enajenación mental, si ésta no quita enteramente al infractor su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción" (artículo 42 fracción 1ª).

Ahora bien, en relación a las medidas de seguridad, las mismas de igual manera que las ahora denominadas excluyentes del delito, también se encontraban contempladas en la Legislación a estudio pero con la denominación de medidas preventivas, en virtud de que el artículo 94 dentro de la fracción III regulaba la reclusión preventiva en un hospital, para el enfermo mental infractor.

Por último, tal cuerpo de normas dispuso dentro del artículo 165, que los locos y decrepitos fueran entregados a familiares o a personas que los tuviesen a su cargo, siempre que se garantizara el pago de la cantidad que el Juez señalara como multa antes de otorgar la obligación, para el caso de que el infractor volviese a causar algún otro daño; sin embargo, cuando el Juez considerara que no quedaba asegurado el interés de la sociedad, ordenaba mandar al acusado a un hospital; dejando fuera de ésta hipótesis a quienes padecían locura intermitente,



quienes lamentablemente quedaban recluidos en el establecimiento de corrección penal, hoy en día conocidos como Centros de Prevención y Readaptación Social o Reclusorio Tipo.

➤ **CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS FEDERALES EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL DE 1929.**

Código que fue expedido al encontrarse frente al Poder Ejecutivo de la Nación el Licenciado Emilio Portes Gil, siendo publicado en el periódico oficial el día 10 de mayo de 1929, sin embargo su vigencia inició a partir del 15 de diciembre del mismo año.⁴⁷

Aunque de escasa vigencia, el Código de Almaraz no aportó ninguna noción positiva de la imputabilidad, enfrentándola a las excluyentes, las cuales redujo, en virtud de que al compartir las ideas positivistas, inspirándose en que la sociedad debía de defenderse de los locos, de los anormales, entre otros, al considerar que tan anormales eran éstos individuos como los normales, proponiendo variar la clase de sanción, de tratamiento, de corrección. Iniciando de ésta manera el tópico de la imputabilidad de los enajenados mentales.

De ésta manera, previó dentro del artículo 45 del ordenamiento en cita, como circunstancias que excluyen la responsabilidad, en su fracción I el encontrarse el acusado, al cometer el acto u omisión que se le impute, en un estado de automatismo cerebral que perturbe su conciencia y que sea provocado por haber ingerido sustancias enervantes o tóxicas, siempre que la ingestión haya sido enteramente accidental e involuntaria; y dentro de la fracción II, considera a quienes se encuentren en un estado psíquico anormal, pasajero y de

⁴⁷ Diario Oficial de la Federación, de fecha 10 de Mayo de 1929.

orden patológico, que perturbe sus facultades o le impida conocer la ilicitud del acto u omisión de que se le acusa, siempre que ese estado no se haya producido conscientemente. Al respecto es de apuntarse que, se deja fuera como circunstancias eximentes de responsabilidad los trastornos de etiología ajena a la patológica, utilizando por ende una diversidad de criterios, ya que por lo que respecta a la primera fracción, hace alusión a la falta de capacidad de entender y en la otra fracción no hace referencia a ella, además de que hace a un lado la capacidad de querer, al no considerarla. En éste sentido, sostiene SERGIO GARCÍA RAMÍREZ, que es imputable quien conoció la ilicitud de su conducta, pero no pudo inhibir el impulso delictivo, bajo la fuerza del trastorno.

Por otra parte, dentro del artículo 63, considera como agravantes de cuarta clase, en su fracción XVI, las condiciones de anormalidad orgánica o psíquica, antes, durante y después del delito, que no constituyendo debilidad mental, revelen en el delincuente tendencias criminales. De ahí que se sostenga en las líneas que anteceden que con tal determinación se inicia la problemática de considerar imputable al enfermo mental, lo que persiste hasta nuestros días, siendo precisamente éste tema el que diera origen a la presente investigación.

En relación con las sanciones, dentro del artículo 72, contempla la reclusión para los delincuentes en estado de debilidad, anomalía o enfermedad mentales, la cual podrá ser de acuerdo a la fracción II y IV, en manicomio o departamento especial de manicomio, o bien en colonia agrícola de trabajo para neurópatas y maniacos curables (éste último era aplicable a los delincuentes psicopatológicos que tuvieran obsesiones de la inteligencia, de la sensibilidad o de la acción, en términos del artículo 127).

Introduce los diferentes grados de oligofrenia, al utilizar los términos de locos, idiotas, imbéciles, los cuales de conformidad con el artículo 126, al igual que aquellos que sufran cualquier otra enfermedad mental, dispone que permanecerán

recluidos en manicomio o departamento especial durante todo el tiempo que sea necesario para su curación.

➤ **CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL DE 1931.**

Código expedido por el presidente Constitucional de la República Pascual Ortiz Rubio, en atención a las facultades extraordinarias concedidas por decreto del H. Congreso de la Unión de 2 de enero de 1931, promulgado el 13 de agosto de 1931, ordenamiento cuya vigencia comenzó el día 17 de septiembre de año en cita.⁴⁸

Ordenamiento que dentro del artículo 15 en su fracción I prevé como circunstancias excluyentes de responsabilidad, el hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes o por un estado tóxico-infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio.

Dentro del apartado relativo a las penas y medidas de seguridad, en su artículo 24, contempla la reclusión de locos, sordomudos, degenerados y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

Ahora bien, de conformidad con el artículo 68, los locos, idiotas, imbeciles o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, eran recluidos como ya se ha sostenido en manicomios o departamentos especiales,

⁴⁸ Diario Oficial de la Federación, de fecha 14 de Agosto de 1931.

pero además eran sometidos a un régimen de trabajo; la misma situación imperaba para los procesados o sentenciados que enloquecieran dentro de la secuela procedimental.

También, vislumbra la posibilidad de que éstos enfermos mentales sean entregados a las personas que hayan de hacerse cargo de ellos, siempre que garanticen, introduce las formas de aseguramiento, mediante fianza, depósito o hipoteca, estableciendo el monto máximo de dicha garantía, el cual podía ascender según el criterio del Juez hasta la cantidad de diez mil pesos, la cual serviría para reparar en su caso el daño que pudieran causar por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia, e inclusive al igual que la Legislación que le precedió, si ha estimación del Juez dicha garantía no queda asegurado el interés de la sociedad continuaba su internamiento en un establecimiento especial.

Una de las grandes críticas que se ha efectuado a la redacción de ésta Legislación, por cuanto hace al tratamiento de los enfermos mentales, es la catalogación como imputables a sujetos en quienes la ausencia de la facultad psíquica de querer y conocer los hace incapaces de cometer una infracción a título de dolo o culpa, resultando por tanto inconcebible el aceptar al decir de PORTE PETIT la existencia de delitos sin culpabilidad.

O dicho de otra manera, el aceptar la existencia de una conducta típica y antijurídica, pero inculpable por parte de los enfermos mentales, en quienes se encuentra ausente el elemento culpabilidad por no gozar de la facultad de querer y conocer.

La Legislación analizada en éste apartado ha sufrido un sinnúmero de reformas y adiciones, cambiando su denominación por decreto publicado en la Gaceta del Gobierno del Distrito Federal el 17 de septiembre de 1999, al de Código Penal para el Distrito Federal, entrando en vigor el 1 de octubre del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mismo año, introduciéndose dentro del artículo 15 fracción VII, los términos de trastorno mental y desarrollo intelectual retardado, como causa que excluye al delito para quien lo padezca.

2.2.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.

En éste punto se llevará a cabo un estudio comparativo de los Códigos Penales en vigor de las Entidades Federativas, dentro de los cuales se encuentra previsto el tratamiento al que quedan sujetos los individuos que padecen una incapacidad mental y que no obstante ello se encuentran sujetos a un proceso penal.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES

Código que fue expedido por el Gobernador Constitucional del Estado libre y Soberano de Aguscalientes Licenciado Otto Granados Roldán, publicado el 29 de julio de 1994, en el periódico oficial del Estado, mismo que entró en vigor el día 1 de septiembre del año en cita, por decreto número 119, expedido por el H. Congreso del Estado en Sesión Ordinaria.

Ésta Entidad Federativa prevé dentro de su libro primero denominado Principios Generales, título segundo el delito, capítulo V culpabilidad, las causas que excluyen de la misma, estableciendo en su artículo 19 que si el sujeto activo, al realizar la conducta típica productora del resultado de lesión o de peligro, padece trastorno mental o se encuentra en una etapa de desarrollo intelectual retardado, que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo a esa comprensión, atendiendo a las peculiaridades de su personalidad y a las circunstancias específicas de su comportamiento, los tribunales, tomando en

cuenta opinión médica especializada sobre las características personales de tal sujeto activo, ordenará la aplicación de una medida de seguridad. Sin que ésta premisa sea aplicable en los casos en que el sujeto activo hubiere preordenado su estado de trastorno mental, con carácter transitorio, por haber ingerido bebidas alcohólicas o mediante el uso de narcóticos u otras sustancias que produzcan efectos semejantes

Y precisamente dentro de su título cuarto las penas y medidas de seguridad, siendo en el capítulo II de las medidas de seguridad, prevé en su artículo 43, fracción I, tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables.

En éstos casos, deberá darse seguimiento al procedimiento previsto para enfermos mentales dentro de la Legislación Adjetiva Penal, cuyo estudio se llevará a cabo dentro del capítulo III de éste trabajo de investigación, a efecto de que el Juez se encuentre en aptitud de ordenar en su caso un tratamiento, si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento, durante el tiempo necesario para su curación. Dentro de ésta Legislación se exige para la aplicación de ésta medida, de la existencia de un hecho considerado en la ley como delito y que la conducta típica no se encuentre amparada por una causa de justificación.

Pero, si la inimputabilidad proviene de trastorno mental transitorio, no habrá lugar a imposición de medida de seguridad alguna, a no ser que el sujeto activo aún manifieste perturbaciones mentales, sin perjuicio de la responsabilidad de reparar los daños y perjuicios a que hubiese lugar.

Como es de observarse, en ésta Entidad Federativa el enfermo mental infractor una vez que se acredite su inimputabilidad, será sujeto a una medida de seguridad, esto es, salvo que padezca un trastorno mental transitorio ocasionado por la ingesta o inhalación de sustancias alcohólicas o psicotrópicas en su caso,

se le aplicará una medida de seguridad, pero su padecimiento no dará lugar a la exclusión del delito.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Código que fue promulgado por el Gobernador Constitucional Ingeniero Oscar Baylón Chacón en fecha 10 de agosto de 1989, y publicado en el periódico oficial número 23 de fecha 20 del mismo mes y año, Legislación que entró en vigor a los 30 días siguientes al de su publicación, dejando sin efectos el Código Penal de fecha 10 de septiembre de 1977.

Ordenamiento legal que prevé dentro del libro primero, título segundo denominado el hecho punible, específicamente en su capítulo V las excluyentes del delito, considerando en la fracción IX del artículo 23, que no existirá delito cuando al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer enajenación mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado o cualquier otro estado mental, excepto *en los casos en que el propio agente haya provocado esa incapacidad para cometer el delito.*

Asimismo, dicho ordenamiento legal enumera dentro del libro primero, sección segunda las medidas de seguridad, en cuyo capítulo I de las reglas generales, dentro de su artículo 55, en la fracción I contempla el tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables o de imputables disminuidos.

Siendo en su capítulo II, a través de su artículo 56, donde establece que tratándose de enajenados mental y de aquellos que padezcan desarrollo intelectual retardado, el juzgador dispondrá el tratamiento que le sea aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento respectivo. Si se trata de

internamiento el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento, sin que dicha medida exceda de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Término que podrá ser ampliado hasta en una mitad más del máximo de la pena aplicable al delito cuando la autoridad ejecutora considere que el sujeto necesita continuar con su tratamiento.

Exigiéndose al efecto para la imposición de ésta medida de seguridad que la conducta del sujeto sea penalmente relevante y no se encuentre justificada.

Pero también cabe la posibilidad de que los inimputables sean entregados a las personas que se hagan cargo de ellos, siempre y cuando se obliguen a tomar todas las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de la autoridad judicial o ejecutora en su caso, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Ahora bien, en el caso de trastorno mental transitorio o de cualquier otro estado mental de la misma naturaleza, solo podrá imponerse una medida de seguridad si el sujeto requiere tratamiento; en caso contrario se le pondrá en absoluta libertad.

Finalmente, por lo que respecta al tratamiento de los inimputables disminuidos, el artículo 57 dispone, que si la capacidad del agente de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, no se encuentra totalmente excluida, sino solo notablemente disminuida al momento de la realización del delito por las causas señaladas en la fracción IX del artículo 23, de la Legislación que se analiza, a juicio del juzgador podrá imponerle una tercera parte de la pena que correspondería al delito cometido y la medida de seguridad a que hacemos referencia en el párrafo que antecede, siempre que dicho estado no haya sido generado por el activo.



Dicha medida, será modificada o concluirá a criterio de la autoridad ejecutora, considerando las necesidades del tratamiento, debiendo llevar a cabo revisiones periódicas con la frecuencia y características del caso.

Como podemos advertir, en ésta Legislación se introduce el término de imputabilidad disminuida, a la cual no hace referencia el Código Penal de Aguascalientes, coligado con el aspecto de que en caso de que el Juez considere innecesaria la medida de seguridad decretara libertad al enajenado mental.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

Código que fue promulgado siendo Gobernador de dicha entidad el Licenciado Víctor Manuel Liceaga Ruibal, en fecha 14 de enero de 1991, entrando en vigor al día siguiente de su publicación, abrogando el Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Baja California Sur, publicado en el boletín oficial del Gobierno del Estado de fecha 31 de diciembre de 1980.

Ésta Legislación prevé, dentro del título segundo denominado "el delito", en el capítulo VII, las causa excluyentes del delito, específicamente en el artículo 32, fracción I, de la misma manera que el ordenamiento legal analizado en las líneas que anteceden, esto es, no existirá delito, cuando al momento de realizar el hecho típico, el agente padezca enajenación mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado, o cualquier otro estado mental, que le impida comprender el carácter ilícito de aquél o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio agente haya provocado esa incapacidad para cometer el delito, dolosa o culposamente. Observando las mismas reglas relativas a la puesta en libertad de los trastornados mentales cuando dicha enajenación es transitoria y no requiera de tratamiento quien la padezca.

Ahora bien, dentro de éste cuerpo de normas se observa en la sección

segunda denominada de las medidas de seguridad, en el capítulo I, específicamente en su artículo 64, el tratamiento que en internamiento o en libertad deberá de ordenarse para los inimputables; cuyas reglas están determinadas en los artículos 65 al 68, siendo éstas similares en todos los aspectos a las observadas en la Entidad Federativa de Baja California, dentro del apartado correspondiente, a excepción de lo relativo a los imputables disminuidos, a los que no hace alusión ésta Codificación, y los cuales fueran analizados en el punto inmediato anterior del presente capítulo. Por lo anterior al existir identidad en sus contenidos consideramos prudente no abordarlos nuevamente.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE CAMPECHE

Promulgado el 8 de enero de 1974, siendo Gobernador del Estado el Licenciado Rafael Rodríguez Barrera, siendo publicado en el periódico oficial de la entidad el 16 de diciembre de 1975.

Codificación, que de manera análoga a las legislaciones cuyo breve estudio le precede, prevé dentro del capítulo IV, de su título preliminar, como circunstancias excluyentes de responsabilidad, el hallarse el acusado, al cometer la infracción en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes, o por un estado toxifeccioso agudo, o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio. Sin embargo no puede invocarse como excluyente el trastorno mental transitorio por quienes cometan delitos que atenten en contra de la vida y la integridad física o mental de menores de edad; (fracción II del artículo 13). De tal suerte, que en éste último caso, aún y cuando el sujeto se encuentre en un estado de inconsciencia no perdurable, será juzgado, si en ese estado comete por ejemplo, lesiones simples; lo que nos resulta infundado por la sencilla razón de que dentro del catálogo de enfermedades mentales podemos encontrar la epilepsia, enfermedad ésta que responde a impulsos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cerebrales que son incontenibles, y ante tal situación se infieren lesiones que tarden en sanar menos de quince días, en éste caso el activo se estaría adecuando a la hipótesis citada, y por ende no quedaría excluido de responsabilidad, lo que resulta completamente absurdo.

Continuando con el análisis de éste ordenamiento legal, en el título segundo, capítulo I, establece un catálogo de penas y medidas de seguridad, en cuyo artículo 22 fracción 2, contempla la reclusión de locos, sordomudos, degenerados y toxicómanos. Cuyas reglas por cuanto hace a su aplicación, están albergadas dentro del título tercero, capítulo V, específicamente en los artículos 65 y 66, determinando el primero de ellos, que los locos, idiotas, imbéciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, sean recluidos en manicomios o departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos a régimen de trabajo. Procediendo de la misma forma el Juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales.

Mientras que en el segundo de los preceptos citados, establece lo relativo a la entrega del enfermo mental a sus familiares, en términos similares y bajo la reunión de los mismos requisitos que contemplan los artículos 56 y 57 del Código Penal del Estado de Baja California.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE COAHUILA

Promulgado el 15 de abril de 1999, por el Gobernador del Estado Licenciado Rogelio Montemayor Seguy, publicado el 7 de mayo de 1999, comenzando su vigencia el día 28 del mismo mes y año.

De la misma manera, ésta Entidad Federativa también distingue en su libro primero parte general, título segundo el hecho delictivo, capítulo primero, las causas excluyentes de delito por inimputabilidad, enumerando en el artículo 10, las siguientes: fracción I enfermedad mental, el padecer enfermedad mental que perturbe gravemente su conciencia; fracción II desarrollo psíquico retardado o incompleto, fracción III el miedo grave y fracción IV otras causas que motiven perturbación grave de la conciencia, es decir, que lo aqueje cualquier otra causa que con o sin base patológica, le motive perturbación grave de la conciencia. En los casos de las fracciones anteriores, resulta necesario que la causa origine incapacidad para comprender la naturaleza de la conducta o su carácter ilícito; o para decidir en razón de esa comprensión.

Y dentro del artículo 56, cita en la fracción XII, como medida de seguridad, las medidas especiales de seguridad o curativas que fije éste código u otras leyes, como lo son de conformidad con el artículo 148, tratamiento institucional, internación en el establecimiento o sección especial que se juzgue pertinente para el tratamiento adecuado del incapaz; tratamiento semi-institucional o extra institucional, tratamiento fuera de instituciones, en custodia familiar y/o con *observación especializada; o tratamiento semi-institucional con periodos intermitentes de observación e internamiento.* Siendo similar su aplicación que en las codificaciones de las entidades federativas ya analizadas. Incluyendo únicamente el caso en que el trastorno mental transitorio haya sobrevenido durante el proceso, una vez superado el mismo se reanudara el juicio.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA

Código que entró en vigor el día 4 de marzo de 1987.

Ordenamiento legal que contempla como causas que excluyen la incriminación, dentro del libro primero, título segundo del delito, capítulo IV,

hallarse al cometer el delito, en un estado de trastorno mental transitorio o casual, cuando no pueda apreciar el carácter ilícito de su conducta o inhibir sus impulsos antisociales (fracción II del artículo 24).

Mientras que las medidas de seguridad están previstas en los artículos 56 y 57, dentro del título cuarto medidas de seguridad, capítulo único medidas curativas y de rehabilitación, y se hacen consistir en la reclusión en manicomios o departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo, observando las mismas reglas previstas en el Código Penal para el Estado de Campeche.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

Código que fue expedido por el presidente de la República Pascual Ortiz Rubio, y publicado en el Diario oficial de la federación el 29 de agosto de 1931, mismo que entró en vigor el 17 de septiembre del mismo año, denominándose Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal, sin embargo por Decreto publicado en la Gaceta de Gobierno el 17 de septiembre de 1999, cambio su denominación a Código Penal para el Distrito Federal.

Legislación que dentro del capítulo IV, título primero, del libro primero, considera dentro de las causas de exclusión del delito, en la fracción VII del artículo 15, el no tener el agente al momento de realizar el hecho típico, la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiese provocado de manera dolosa o culposa ese estado, en cuyo caso responderá del resultado típico producido, siempre que lo haya previsto o le fuera previsible.

De la misma forma, que las anteriores codificaciones analizadas, considera dentro del título segundo, capítulo primero a las medidas de seguridad, entre las cuales se encuentra el internamiento o tratamiento en libertad de inimputables, cuyas reglas de aplicación se encuentran previstas en los artículos 67 al 69 bis, cuyo contenido resulta ser idéntico a los correlativos del Código Penal para el Estado de Baja California, al contemplar la imputabilidad disminuida.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE DURANGO

Promulgado por el Gobernador del Estado Licenciado José Ramírez Gamero el 3 de julio de 1991, mismo que entró en vigor el 22 de agosto del mismo año, quedando derogado el Código Penal de fecha 29 de junio de 1983.

Entidad Federativa, que dentro del libro primero, título segundo delito y responsabilidad, capítulo IV causas excluyentes de responsabilidad, de la Legislación en cita, considera dentro del artículo 17 como causas de inimputabilidad, la alienación u otro trastorno permanente de la persona; el trastorno transitorio de la personalidad producido accidental o involuntariamente; por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes, o de cualquier trastorno mental involuntario de carácter patológico; y la sordomudez cuando el sujeto carezca totalmente de instrucción. En los dos primeros supuestos, prevé dicho precepto que, solamente habrá inimputabilidad cuando la alienación o el trastorno hayan privado al sujeto del dominio necesario sobre su conducta para mantenerla dentro de las normas legales que castiguen la acción u omisión realizada.

Disponiendo en el artículo 26, como medida de seguridad en la fracción VI, el tratamiento de inimputables permanentes y de quienes tengan el hábito de consumir estupefacientes, psicotrópicos, bebidas embriagantes o cualquiera otra sustancia tóxica; el cual se rige por lo establecido en los artículos 60 al 62, cuyo

contenido es semejante a los artículos respectivos del Código Penal para el Distrito Federal y para el de Baja California.

➤ **CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MÉXICO**

Publicado en la gaceta Oficial del Gobierno del Estado el 20 de marzo de 2000, entrando en vigor a los cinco días siguientes a su publicación, al ser Gobernador del Estado el C. Arturo Montiel Rojas.

Ordenamiento Jurídico, que prevé dentro de su artículo 16 las mismas causales de inimputabilidad que las previstas en su correlativo del Código penal para el Estado de Durango. La misma situación se presenta respecto de las penas y medidas de seguridad al considerar en la fracción IV inciso b como medida de seguridad el tratamiento de inimputables.

Sin embargo, en relación a las reglas que deben de observarse y que ésta Legislación las contempla en los artículos 52 al 54, solo varía la redacción aunque la intención del legislador es la misma, al indicar que cuando exista alguna de las causas de inimputabilidad a que se refiere el artículo 16, el inculpado, previa determinación pericial según sea el caso, será declarado en estado de interdicción para efectos penales e internado en hospitales psiquiátricos o establecimientos especiales por el término necesario para su tratamiento bajo la vigilancia de la autoridad. Pero en los casos en que el órgano jurisdiccional lo estime prudente, los trastornados mentales o sordomudos no peligrosos, podrán ser confiados al cuidado de las personas que deban hacerse cargo de ellos para que ejerciten la vigilancia y tratamiento necesario, previo el otorgamiento de las garantías que el Juez estime adecuadas.

En los casos en que concluya el tiempo previsto para el tratamiento, si la autoridad ejecutora considera que el internado continua necesitando tratamiento o



no tiene familiares o éstos se niegan a recibirlo, será puesto a disposición de las autoridades de salud para que procedan conforme a las leyes correspondientes

En relación a la aplicación de sanciones cuando la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho típico no pueda ser considerado como causa de inculpabilidad del activo por estar solo considerablemente disminuida, se le impondrá de una a dos terceras partes de la pena prevista para el delito cometido.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

Promulgado el 28 de febrero de 1978, por el Gobernador del Estado el Licenciado Luis H. Ducoing Gamba.

Dentro de ésta codificación, la inimputabilidad, ésta considerada como una causa de justificación en el artículo 35, que se ubica en el libro primero, parte general, título segundo, capítulo V, que dispone no es imputable quien, en el momento del hecho, y por causa de enfermedad mental que perturbe gravemente su conciencia, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia sin base patológica, atentas las peculiaridades de su personalidad y las circunstancias específicas de su comportamiento, no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho y de determinar su conducta de acuerdo con esa comprensión. En éstos casos el tribunal, oyendo la opinión médica especializada sobre la peligrosidad del agente y su tratamiento adecuado, ordenará el sometimiento del declarado inimputable a una medida de seguridad curativa, conciliando sus intereses con los de la sociedad salvo el caso de grave perturbación de la conciencia sin base patológica, en que no se aplicará ninguna medida.

Ahora bien, las medidas curativas a que hace referencia el artículo 46 en su

fracción X, podrán consistir en internación en el establecimiento especial que se juzgue adecuado para la rehabilitación del inimputable, y tratamiento de rehabilitación bajo la custodia familiar (artículo 87). Cuya duración será indefinida y cesarán por resolución judicial, al demostrarse la ausencia de peligrosidad del sujeto. (artículo 88).

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUERRERO

Fue Promulgado siendo Gobernador del Estado el Licenciado Alejandro Cervantes Delgado, y entró en vigor el 14 de noviembre de 1986.

Ordenamiento legal que contempla dentro de su artículo 22, fracción IX, como causa de exclusión de delitos, que al momento de realizar el hecho típico, el agente padezca trastorno mental transitorio o desarrollo intelectual retardado, que le impidan comprender el carácter ilícito de aquél o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio agente haya provocado dolosa o culposamente esa incapacidad

Código que prevé en el libro primero, parte general, título III de las penas, capítulo I penas y medidas de seguridad, el tratamiento de inimputables en internamiento o en libertad (fracción V artículo 24).

De igual manera, lleva contenidas en el capítulo VI tratamiento de inimputables en internamiento o en libertad, artículo 29, las reglas que habrán de observarse para su aplicación, siendo éstas análogas a las previstas en los Códigos Penales para los Estados de Baja California y Baja California Sur, con excepción del tratamiento de imputables disminuidos.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO

Promulgado el 30 de marzo de 1990 siendo Gobernador del Estado el Licenciado Adolfo Lugo Verduzco, entrando en vigor el día 9 de junio del mismo año, con lo cual queda abrogado el Código Penal para el Estado de Hidalgo, expedido por decreto número 38, con fecha 22 de noviembre de 1970.

Legislación que en el artículo 25 fracción IX, dentro de las causas que enumera como aquéllas en cuya presencia no hay delito, se encuentra cuando al momento de realizar el hecho típico, el agente padezca enajenación mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado, o cualquier otro estado mental, que le impida comprender el carácter ilícito de aquél y conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio agente haya provocado esa incapacidad para cometer el delito. Guardando íntima relación con los artículos relativos de las legislaciones estatales analizadas con anterioridad.

Contempla en el libro primero, título tercero de las consecuencias jurídicas del delito, capítulo II el tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables permanentes o de imputables disminuidos, reglas completamente idénticas dentro de sus artículos 53 a 56, a las que rigen para el Estado de Baja California dentro de su codificación penal, y al haber sido analizadas en el apartado respectivo, consideramos pertinente remitirnos a éste.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO

Publicado en el periódico oficial del Estado el 7 de diciembre de 1982, entrando en vigor el 22 de diciembre de 1982, siendo Gobernador Flavio Romero de Velasco.

Ordenamiento legal que dentro de su artículo 13, establece como causas excluyentes de responsabilidad penal a las causas de inimputabilidad, enumerándolas de la siguiente manera: a). el hecho de no haber cumplido dieciocho años de edad, al cometer la infracción penal; b). la demencia u otro trastorno mental permanente del infractor; c). encontrarse el activo, al ejecutar el hecho o incurrir en la omisión, bajo la influencia de un trastorno transitorio y grave de la personalidad, producido en forma accidental e involuntaria; d). la sordomudez, ceguera de nacimiento o sobrevenida antes de los cinco años de edad, cuando el sujeto carezca totalmente de instrucción, si esto lo privó de los conocimientos indispensables, de orden ético o moral, que le permitan distinguir el bien del mal; y e). el miedo grave, cuando éste ofusque el entendimiento de tal manera, que el activo pierda su voluntad de actuar y obre, por ende, sin discernimiento. Pero las causas citadas en los cuatro últimos solo obrarán como causa de inimputabilidad cuando anulen la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud de su conducta y poderse determinar conforme a tal comprensión.

Dentro del artículo 19, ésta Legislación enumera a las medidas de seguridad, entre las que se encuentran, de acuerdo a la fracción III, la reclusión de enajenados, sordomudos, ciegos, degenerados y toxicómanos; mientras que en la fracción XVIII se ubica el internamiento o tratamiento en libertad vigilada de sujetos con imputabilidad disminuida.

En el capítulo XIII, relativo al internamiento o tratamiento en libertad vigilada de sujetos con imputabilidad disminuida, dispone el artículo 39, que en el caso de los sujetos con imputabilidad disminuida, el Juez dispondrá de la medida de tratamiento que corresponda, en internamiento o libertad vigilada, así como las condicionantes para asegurar la defensa social, considerando la peligrosidad del sujeto y las necesidades que se planteen en el curso de su tratamiento, la autoridad ejecutiva podrá resolver sobre la conclusión de la medida en forma condicional o definitiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte el artículo 60, ubicado en el capítulo V reclusión para enfermos mentales, sordomudos y ciegos, preceptúa que los dementes, idiotas, imbeciles o los que sufran enfermedad o enajenación mentales que les altere su capacidad de concientización o de discernir el bien del mal y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán recluidas en establecimientos especiales, por todo el tiempo necesario para su mejor adaptación social, curación o ambas, en su caso, sometiéndolos al tratamiento médico adecuado. En igual forma, y de acuerdo con el Código de Procedimientos Penales, procederá el Juez con los procesados detenidos que enloquezcan sin perjuicio de que, si curaren, sean reintegrados a la cárcel, continuándose el proceso. En la misma forma procederán las autoridades administrativas encargadas de la ejecución de las sanciones con los reos que enloquezcan durante el tiempo en que estén sujetos a la privación de su libertad. si sobreviniere la curación del reo, será reingresado al lugar en que cumpla su condena hasta terminarla; pero se le computará el tiempo que estuvo recluso para su curación. En éstos casos serán enviados los inimputables a un establecimiento hospitalario oficial especializado

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN

Éste código fue expedido por el Gobernador Carlos Torres Manzo, y publicado en el periódico oficial del Estado el 7 de julio de 1980, Legislación que entró en vigor el 15 de agosto del mismo año.

Nuevamente, apreciamos la identidad de criterios de los legisladores, ya que en ésta entidad, en el libro primero, parte general, título tercero el delincuente, capítulo III de las causas de inimputabilidad, señala en el artículo 16 fracción III, como una de éstas, al trastorno mental temporal o permanente en el momento de la comisión del hecho, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental.

Y en el título cuarto, cita como consecuencia jurídica del delito, en el capítulo I denominado sanciones y medidas de seguridad, a la internación (fracción XV del artículo 23). La internación consiste en someter a tratamiento, en un establecimiento adecuado y bajo vigilancia de las autoridades correspondientes, a las personas que lo requieran conforme a las disposiciones de éste Código a estudio, y que hubieren realizado conductas o hechos considerados por la Ley como delitos. Para quienes hayan cometido una conducta o un hecho tipificado como delito y sufran cualquier trastorno mental, la internación se aplicará en establecimientos neuropsiquiátricos u otros especiales. Ésta medida será ordenada por la autoridad judicial, sobre todo cuando el sujeto sea peligroso, y durara todo el tiempo que se requiera para el tratamiento, cuya vigilancia quedará a cargo del ejecutivo del Estado. Pero cuando a juicio de peritos y con audiencia del Ministerio Público, se estime que ya no es necesario el tratamiento prescrito, cesará éste de acuerdo con lo establecido en el Código Procesal Penal, cuyo análisis se efectuara dentro del siguiente capítulo (artículos 66 y 67).

En el mismo sentido, que los preceptos respectivos de las Legislaciones hasta ahora analizadas, artículo 69 dispone que las personas internadas en éstos casos que estudiamos, podrán ser entregadas por el Juez a quienes puedan hacerse cargo de ellas con arreglo a la ley, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su vigilancia y tratamiento o educación, y se otorgue fianza o constituya depósito de quinientos a dos mil quinientos días de salario, para garantizar el resarcimiento del daño que puedan causar. Ésta determinación se revocará si no se toman las medidas adecuadas para la vigilancia y tratamiento o educación de los inimputables.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MORELOS

Expedido por el Gobernador del estado Jorge Carrillo Olea, y publicado en el periódico oficial de fecha 9 de octubre de 1996, vigente a partir del 7 de



noviembre del año en cita, quedando derogado el Código Penal promulgado el 1º de octubre de 1945.

Al igual que sus antecesoras, ésta Legislación establece como causa de exclusión de la incriminación penal, que al realizar la conducta el agente padezca un trastorno mental transitorio que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, a no ser que el agente hubiese provocado dolosamente o por culpa grave su propio trastorno, en éste caso responderá por el hecho cometido. (fracción IX del artículo 23).

Entidad Federativa que cuenta dentro de su Legislación, con medidas de seguridad, entre las cuales se encuentra el tratamiento de inimputables, que de conformidad con el artículo 57, éste se aplicará a quien en el momento de realizar el hecho carecía de la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental permanente o presentar desarrollo intelectual retardado. Pero si bien, hasta éste momento concuerda con las demás Entidades Federativas, también lo es que, el tratamiento de inimputables consistente en la aplicación de las medidas necesarias para la curación de aquellos, en internamiento o en libertad, bajo la autoridad del órgano ejecutor de sanciones, se impondrá en la sentencia, en donde se determinara si el inimputable debe ser entregado a sus familiares o custodios, y las obligaciones de éstos con motivo del tratamiento. De lo anterior se desprende que en éste Estado, los enfermos mentales son sujetos procesales.

Finalmente, como en las legislaciones estudiadas con antelación, dicha medida de seguridad no excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Y si concluido éste tiempo la autoridad ejecutora considera que el sujeto continua necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades de salud, para que procedan conforme a las Leyes aplicables.

Por último, en términos de lo dispuesto por el artículo 64, cuando se encuentre considerablemente disminuida la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, se impondrá al agente hasta las dos terceras partes de la sanción aplicable por el delito cometido, tomando en cuenta las reglas generales de individualización y las consideraciones específicas derivadas del grado de afectación de la imputabilidad del infractor

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NAYARIT

Promulgado el 28 de noviembre de 1986, mismo que entrara en vigor a partir del 1 de enero de 1987, siendo Secretario General de Gobierno, el Licenciado Rafael Pérez Cárdenas.

Ordenamiento legal que contempla en el artículo 21 como causas de inimputabilidad, la debilidad, enfermedades o anomalía mental, y a los que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en establecimientos especiales por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos a tratamiento médico adecuado. En éstos casos las personas o enfermos a quienes se aplica rescisión, podrán ser entregadas a quien corresponda hacerse cargo de ellas, siempre que se otorgue caución, depósito o hipoteca hasta por la cantidad equivalente hasta seis meses del salario mínimo vigente en el estado, a juicio del Juez, para garantizar el daño que pudiera causar por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia. Para el caso de que el Juez considere que no queda garantizado el intereses de la sociedad, seguirá el enajenado mental en el establecimiento especial en que estuvieron reclusos.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Publicado en el periódico oficial del Estado de fecha 26 de marzo de 1990, iniciando su vigencia el día 30 de marzo del mismo año.

Para ésta entidad, no será imputable quien, en el momento de la acción u omisión, por causa de psicosis o retraso mental probado o por ser sordomudo, carezca de la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, así como quien carezca de la capacidad de comprender la conducta que se le atribuye por padecer un estado de psicosis o retraso mental incurable durante el procedimiento. En éstos casos dispone que podrá ordenarse su internamiento, por todo el tiempo necesario para su curación, educación o instrucción, sin que exceda el término máximo de la sanción por el delito cometido (artículo 22).

Asimismo, se considera inimputable al acusado que, en el momento de la acción u omisión, se halle en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental o involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes, estupefacientes, o por un estado toxinfecioso agudo o un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio. Pero si la perturbación de la conciencia hubiere sido provocada por el agente para facilitar la realización del delito o procurarse una excusa, la sanción se agravará hasta un tercio más de la que el Juez hubiere impuesto de no mediar éstos factores. (artículo 23).

De la misma manera, de conformidad con el artículo 24, se considera inimputable al acusado que, en el momento de la conducta, obre impulsado por miedo grave que nulifique su capacidad de entender y querer tanto en la acción como en el resultado.

En relación, con las medidas de seguridad, es considerada como tal la internación y curación de psicóticos y retrasados mentales;

La cumplimentación de las medidas de seguridad aplicadas a inimputables, se hará en colonias agrícolas o centros de trabajo, para su rehabilitación.

Pero cabe la posibilidad, al igual que en las otras legislaciones, que los enfermos a quienes se apliquen las medidas de seguridad, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad que el Juez estime pertinente, para garantizar el daño que pudieran causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia; dicha fianza, depósito o hipoteca será establecida solo por el tiempo que dure la medida de seguridad impuesta. Y si ésta garantía no asegura el interés de la sociedad continuara en el establecimiento en que se encuentre recluido (artículo 96).

En los casos de medidas curativas, el Juez y las autoridades administrativas podrán tomar éstas medidas pero, al cumplirse el término de ellas, recomendarán a sus familiares continuar el tratamiento curativo, y se establecerá para éstos casos consulta psiquiátrica externa en el centro que determine el Ejecutivo del Estado.

Finalmente, por cuanto hace a los alcohólicos, farmacodependientes, perversos sexuales e inadaptados, que hubieran cometido un delito, se aplicará la sanción y la medida de seguridad que les corresponda, teniendo en cuenta su peligrosidad, y se procurará que el tratamiento que se siga en relación con éstos sujetos sea de aquellos que tengan el carácter de curativo, por lo que se refiere al alcoholismo y a la farmacodependencia, así como el tomar las medidas necesarias para mejorar las condiciones de los perversos sexuales e inadaptados, procurando aplicar también medidas de internamiento.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE OAXACA

Código promulgado el día 22 de octubre de 1979, y publicado en el periódico oficial del Estado número 32 del 9 de agosto de 1980, comenzando a regir a los noventa días de su publicación.

Legislación que dentro del libro primero, título primero responsabilidad penal, capítulo III causas de exclusión del delito, específicamente en la fracción VII del artículo 14, contempla al elemento negativo del delito conocido como inimputabilidad, y cuya redacción es idéntica al correlativo del Código Penal Federal.

Por lo que respecta a las medidas de seguridad, éstas se encuentran previstas en el título tercero aplicación de sanciones, y de manera específica el capítulo VII contempla la reclusión para los enfermos mentales y sordomudos, dentro del artículo 85, contenido que resulta ser idéntico al del artículo 65 del Código Penal para el Estado de Campeche.

De la misma manera y por lo que respecta a la entrega del inimputable a quien deba de hacerse cargo de éste, lo cual se encuentra previsto en el artículo 86, guarda íntima relación al ser igual por lo que respecta a su contenido al artículo 66 del Código de la Entidad antes aludida, salvo por lo que respecta al monto de la garantía debido a que en ésta entidad se fija que hasta por la cantidad de trescientas veces el salario mínimo general vigente en el momento y en el lugar en que se dicte el acuerdo respectivo.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO

Código que fue promulgado siendo el Gobernador Constitucional del Estado, Licenciado Mariano Palacios Alcocer, en fecha 10 de julio de 1987, y publicado en el periódico oficial del Estado el 23 de julio de 1987, entrando en vigor treinta días después de su publicación, abrogando el Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Querétaro, promulgado el día 21 del mes de junio de 1985, publicado en el periódico oficial del gobierno del Estado "La Sombra de Arteaga" el 18 de julio de 1985 y que entró en vigor el día 29 de agosto del mismo año.

Esta codificación dentro del artículo 25 fracción establece que será causa de inexistencia del delito, cuando al momento de realizar el hecho típico, el agente padezca enajenación mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado, o cualquier otro estado mental, que le impida comprender el carácter ilícito de aquél o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio agente haya provocado esa incapacidad para cometer el delito, siendo su contenido similar al del Código Penal para el Estado de Baja California Sur.

La misma situación se presenta respecto de la aplicación de la medida de seguridad, prevista en su artículo 28 consistente en tratamiento de inimputables permanentes y de quienes tengan el hábito de consumir estupefacientes, psicotrópicos, bebidas embriagantes o cualquiera otra sustancia tóxica, y en lo relativo a las reglas previstas respecto de dicho tratamiento en los artículos 62, 63 y 64, por lo que es menester remitirnos al análisis efectuado a la Legislación sustantiva del Estado de Baja California Sur.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO

Código promulgado por el Gobernador del Estado Doctor Miguel Borge Martín, el 28 de febrero de 1991, entrenado en vigor a los 15 días después de su publicación en el periódico oficial del gobierno, abrogando el código penal, publicado en el periódico oficial el 11 de julio de 1979.

De la misma manera que la Legislación analizada con antelación, por lo que respecta al contenido de los artículos 20 fracción IX que prevé las causas excluyentes de incriminación, 21 que enumera las medidas de seguridad como lo es el tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables y las reglas de los artículos 47 a 50, respecto de dicho tratamiento son uniformes a los correlativos del Código Penal para el Estado de Baja California, por tal motivo nos

someteremos al estudio efectuado en el apartado respectivo a dicha Entidad Federativa.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Código Publicado el 14 de septiembre de 1993, entrando en vigor el día 29 del mismo mes y año, quedando abrogado desde esa misma fecha Código Penal del 3 de mayo de 1993, siendo Gobernador de dicha Entidad Federativa el Licenciado Horacio Sánchez Unzueta.

Como se ha venido sosteniendo todas las Entidades Federativas guardan relación respecto de las causales de exclusión de responsabilidad, cuya denominación varía en algunas de ellas, sin embargo, ésta codificación prevé en el artículo 21, fracción II, padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudentemente.

Mientras que en el artículo 53, considera que las medidas de seguridad son tratamientos especiales tendientes a lograr la rehabilitación del sentenciado o ha evitar la comisión de futuras conductas antisociales. Las cuales se impondrán preferentemente como sustitutivas de las penas de prisión y multa. Y en caso de que el sentenciado requiera de tratamiento o por razones de seguridad podrán imponerse conjuntamente con la pena de prisión. También podrán imponerse, como medidas preventivas, cuando se presuma que existe cierta tendencia a cometer conductas antisociales.

Y es en el artículo 54, fracción IV, donde ubicamos el internamiento en establecimiento especial para tratamiento de inimputables o farmacodependientes.

En éste orden de ideas, es el artículo 60, el que establece que en el caso de los inimputables el Juez, fundándose en el dictamen emitido por el perito médico, fijara el tratamiento que haya sido propuesto, previo el procedimiento especial establecido para éstos casos. Para el tratamiento de los inimputables, el ejecutivo deberá contar con las instalaciones adecuadas dentro o fuera de las instituciones propias para la ejecución de la pena de prisión.

Dentro de ésta codificación en su artículo 62, prevé que los sujetos inimputables o los farmacodependientes, cuando no manifiesten alto grado de peligrosidad según la opinión del médico perito, podrán ser entregados a sus familiares, por acuerdo de la autoridad judicial o ejecutora, según el caso, para que los atiendan y vigilen su tratamiento. Y será hasta el momento en que el Juez imponga la medida de seguridad cuando determinara si el inimputable quedará interno en tratamiento o se le entregará a sus familiares (artículo 90).

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SINALOA

Codificación que fue publicada en el periódico oficial el 28 de octubre de 1992, entrando en vigor el 28 de noviembre de 1992, abrogando el Código de fecha 23 de septiembre de 1986, siendo Gobernador Constitucional del Estado el Licenciado Francisco Labastida Ochoa.

Ordenamiento legal que en el artículo 26 prevé como causas excluyentes del delito, en su fracción IX cuando al momento de realizar la conducta típica, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquélla o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo intelectual retardado, o cualquier otro estado mental que produzca los mismos efectos, excepto en los casos en que el propio agente haya provocado esa incapacidad.

Mientras que por lo que hace a las medidas de seguridad y reglas que deben observarse para el tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables o de imputables disminuidos, previstas en sus artículos 61 a 66 guardan similitud con los preceptos relativos de la Codificación Penal del Estado de Baja California, *excepto cuando dicha entidad establece la duplicidad del término en caso de que el inimputable amerite mayor tiempo para su tratamiento y por lo que respecta a decretar la Libertad al trastornado transitoriamente, ya que ésta Entidad solo prevé la responsabilidad de reparar los daños y perjuicios a que hubiere lugar.*

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SONORA

Legislación promulgada siendo el Gobernador Constitucional del Estado el Licenciado Manlio Fabio Beltrones Rivera, el 23 de marzo de 1994, y cuya entrada en vigor fue el día 1 de mayo de 1994, quedando abrogado el Código Penal, publicado en el boletín oficial del Gobierno del Estado 10, sección II, de 3 de agosto de 1949.

Ordenamiento que también contempla como causa excluyente de responsabilidad hallarse el agente, al cometer el delito, en estado de trastorno mental transitorio, originado por cualquier causa, siempre que ésta sea accidental o involuntaria, dentro de la fracción II del artículo 13.

De la misma manera, dentro de el libro primero, título tercero aplicación de las sanciones, capítulo VI, contempla dentro de los artículos 74 al 76 la reclusión para sordomudos y enfermos mentales, siendo su contenido idéntico a los artículos respectivos de la Legislación penal de Chihuahua, por tal motivo tendremos por reproducidas las consideraciones efectuadas en el punto respectivo al de la codificación de la Entidad Federativa antes aludida, para evitar con ello ociosas repeticiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TABASCO

Código que entrara en vigor el día 1 de mayo de 1997, abrogando el Código Penal de Tabasco, publicado en el suplemento al periódico oficial número 5162 de fecha 29 de febrero de 1992.

Entidad Federativa que contempla dentro de su Legislación las causas que excluyen la incriminación penal en el artículo 14 fracción IX y las reglas relativas al tratamiento de inimputables en internamiento o en libertad dentro de los artículos 47 al 49, cuyo contenido guarda similitud con los relativos del Código Penal para el Estado de Morelos, así como para el Estado de México, a excepción de lo que respecta a los inimputables disminuidos.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS

Fue promulgado el 11 de noviembre de 1986, al ser Gobernador Constitucional el Estado, el Doctor Emilio Martínez Manautou, y publicado en el periódico oficial el 20 de diciembre de 1986, entrando éste código en vigor el 1 de enero de 1987.

Codificación que en el libro primero, parte general, título tercero de la ausencia de conducta y causas que excluyen de responsabilidad, capítulo III causas de inimputabilidad, específicamente en su artículo 35, considera inimputable: a quien en el momento de la realización de la conducta, por causa de locura u oligofrenia, o por ser sordomudo, carezca de la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión; a quien, en el momento de la acción u omisión, se halle en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes, estupefacientes o por un estado tox infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio, a menos que la perturbación de la conciencia hubiere sido provocada por el agente

para facilitar la realización del hecho o procurarse una excusa, en cuyo caso la sanción se agravará hasta un tercio más de la que el Juez hubiere impuesto de no mediar éstos factores.

Y enuncia dentro de las medidas de seguridad en su artículo 66 la reclusión de locos y oligofrénicos y la internación y curación de toxicómanos, alcohólicos y degenerados, entre otras.

Distinguiendo dentro del artículo 68, las medidas de seguridad pudiendo ser curativas, de internación y de vigilancia. Las curativas consistirán en la sujeción al tratamiento terapéutico que corresponda y se aplicarán en establecimientos especiales o en secciones adecuadas; las de internación consistirá en la sujeción a un régimen de trabajo y educación. Y las medidas de vigilancia consistirán en la obligación de residir en determinado lugar y no salir de él; en la prohibición de concurrir a determinados lugares; la obligación de presentarse periódicamente a las organizaciones especiales encargadas de vigilancia; la obligación de abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas y del empleo de sustancias estupefacientes o que produzcan adicción.

Se aplicarán las medidas de internación a los débiles mentales y a los sujetos a que se refiere artículo 66, sin que el Juez ni la autoridad administrativa puedan tomar las medidas a que se refiere el artículo anterior pero al cumplirse el término de la medida de seguridad impuesta, se recomendará a sus familiares continuar el tratamiento correspondiente. Tratándose de alcohólicos, toxicómanos, débiles mentales o degenerados que hubieran cometido un delito, se aplicará la sanción que les corresponda, teniendo en cuenta su peligrosidad; y se procurará, por la autoridad competente, que el tratamiento que se siga en relación con éstos sujetos, sea de aquellos que tengan el carácter de curativo por lo que se refiere al alcoholismo y la toxicomanía; así como el tomar las medidas necesarias para mejorar las condiciones de los débiles mentales y degenerados, procurando aplicar también medidas de internamiento en secciones adecuadas de trabajo. (artículos 104 y 106).

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TLAXCALA

Dado en el salón de sesiones del Palacio Juárez del Poder Legislativo del Estado, el 18 de diciembre de 1979, dado en el Palacio del Poder Ejecutivo del Estado, el 21 del mismo mes y año, siendo Gobernador Constitucional el Licenciado Emilio Sánchez Piedras, entrando en vigor el 2 de enero de 1980.

Esta Legislación por lo que respecta a las circunstancias excluyentes de responsabilidad penal, previstas en el artículo 14, y las reglas para la aplicación de medidas de seguridad a los locos, idiotas, imbeciles o los que sufren cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, previstas en los artículos 97 y 98, por lo que respecta a su contenido y redacción resultan ser iguales al de los artículos 65 y 66 del Código Penal para el Estado de Campeche, por lo que a efecto de evitar una duplicidad en su estudio nos someteremos al efectuado en el apartado respectivo.

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE VERACRUZ

Expedido el 11 de septiembre de 1980, siendo el secretario de gobierno, el Licenciado Emilio Gómez Vives, entrando en vigor a partir del día 13 del mismo mes y año.

Igualmente que las codificaciones antes estudiadas, éste Entidad Federativa dentro del ordenamiento sustantivo penal, considera como causas excluyentes de incriminación, la prevista en la fracción IX del artículo 20, es decir, que el agente al momento de realizar la conducta o hecho, a virtud de cualquier causa, no tuviere la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, con excepción de aquellos casos, en que el sujeto activo haya provocado dolosa o culposamente dicho estado. Si se halla gravemente disminuida la capacidad del agente, el juzgador podrá aplicarle hasta la mitad de la sanción que corresponda al delito cometido o una medida de seguridad.

Preceptuando que en el caso de los inimputables o sujetos con imputabilidad disminuida, el Juez dispondrá la medida de tratamiento que corresponda en internamiento o en libertad, así como las conducentes a asegurar la defensa social. Considerando la peligrosidad del sujeto y las necesidades que se planteen en el curso de su tratamiento, la autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma condicional o definitiva (artículo 57).

➤ CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE ZACATECAS

Publicado en el periódico oficial del estado el 17 de mayo de 1986, entrando en vigor el 16 de junio de 1986.

Contemplando en su artículo 13 como son circunstancias excluyentes de responsabilidad, la enunciada en la fracción II, padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impidan comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad para cometer el delito.

Y en su libro primero, título tercero aplicación de sanciones, considera en el capítulo V el tratamiento de inimputables en internamiento o en libertad, previsto en los artículos 68 al 70, cuyo contenido es idéntico al de los correlativos del Código Penal Federal, por lo que nos remitiremos al apartado respectivo en el que fue analizada dicha Legislación, para evitar innecesarias repeticiones.

➤ CÓDIGO PENAL FEDERAL

Código que fue expedido por el presidente de la República Pascual Ortiz Rubio, y publicado en el Diario oficial de la federación el 29 de agosto de 1931, mismo que entró en vigor el 17 de septiembre del mismo año, denominándose Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la

República en Materia de Fuero Federal, sin embargo por Decreto publicado en la Gaceta de Gobierno el 18 de mayo de 1999, se separa el aspecto Federal del Común para denominarse actualmente Código Penal Federal.

Legislación cuyo contenido es idéntico a los capítulos relativos a la exclusión del delito y a las medidas de seguridad, previstos en el Código Penal para el Distrito Federal, por lo que al guardar tan marcada similitud, consideramos necesario tener por reproducido el análisis efectuado en dicho apartado, en obvio de ser inútil e innecesario nuevamente su estudio.

2.2.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN PENAL PARA LOS ENFERMOS MENTALES EN MÉXICO.

Es consabido que todos los Códigos de las Entidades Federativas que aceptan los principios de legalidad y culpabilidad, sostienen que todo delito es consecuencia de una acción humana, vista la acción desde la acepción de "acción penal", entendiéndose por ésta, no solo los actos positivos sino también los negativos (omisión).

Los delitos son hechos punibles, además de ser intencionales (dolosos) o voluntarios (culposos), deben de ser actos concientes del sujeto.

Las tres normas indicadas obligan al jurista a excluir de la significación penal a aquellos hechos humanos en los que el hombre, sujeto de Derecho Penal, actúa determinado por fuerzas insuperables o circunstancias que afectan su capacidad volitiva.

Si como se afirmó, el delito es conducta humana, conciente o voluntaria, el sujeto que cometa el delito debe ser una persona capaz desde el punto de vista penal, esto es, una persona a la que se le puede señalar como autora responsable del hecho considerado como delito.

La conducta imputable, en consecuencia, podrá ser conducta delictiva, si además de llenar los requisitos de imputabilidad aparece caracterizada también por los demás elementos estructurales del delito, es decir, que será delictiva en tanto y en cuanto sea una conducta típica, antijurídica, culpable e imputable.

En éste sentido se es imputable cuando el sujeto cumple con determinadas condiciones relacionadas con su salud mental. Por lo que es altamente significativo, comprender, que para que una conducta sea considerada como delito, el titular de la misma debe haber actuado bajo condiciones psíquicas o mentales que no lo hayan privado o que no lo priven de la conciencia o de la libertad de sus actos. Por tanto, para que dicha conducta sea delictiva debe derivar de la conciencia de un hombre o de la libertad del mismo. Siendo ésta la regla vinculante entre la imputabilidad, culpabilidad y responsabilidad penal.

Así, el alcance de la Legislación Penal para los enfermos mentales, se traduce en excluirlos del delito y de responsabilidad, o sujetarlos al procedimiento que marque o prevea la Legislación Procedimental, teniendo en esos casos el efecto de que al sujeto se le imponga una medida de seguridad, que en muchas ocasiones implica su internación en un establecimiento especial de por vida, que no es otro, que los hospitales psiquiátricos públicos, mismos que en la actualidad al decir de MARTINEZ RINCONES "son el reflejo de los temores, del pánico de la sociedad sana al mito de la locura".⁴⁹

Éstas instituciones, son considerados como mecanismos de defensa por parte de la sociedad, al despertar el enfermo en la persona "sana" el temor a la enfermedad mental, de ahí la insistencia de la sociedad en mantener a éste grupo de la población en completo aislamiento y marginamiento de la vida social.

⁴⁹ MARTINEZ RINCONES, J.: Ob. Cit.; p. 33.

Inclusive dentro de nuestro actual sistema penitenciario, ahora pretenden reclutarlos en los denominados Centro de Rehabilitación Psicosocial, de los cuales solo existe uno a nivel federal y otro pero varonil a nivel local, dentro de la jurisdicción del Distrito Federal, establecimientos que aún cuando serán motivo de estudio en el capítulo IV de éste trabajo de investigación, es importante señalar respecto de éstos que los mismos no cuentan con la infraestructura necesaria, tanto técnica como científica para brindar atención psiquiátrica.

Cabe señalar, que en una realidad como la nuestra, la salud mental y el enfermo mental son rubros a los que se les ha dejado en un segundo término, carentes de interés. Ante ésta situación, el enfermo mental ha sido abandonado a su propia suerte y ante el comportamiento de los entes públicos nace una ideología que asume la sociedad, como una justificante a la actitud de menosprecio al mismo. Lamentablemente, la transformación de la protección de la salud en una actividad mercantil soslayada por el propio Estado, desmejora cada vez más, los servicios públicos de salud.

C A P Í T U L O

III

LOS ENFERMOS MENTALES ANTE EL DERECHO PROCEDIMENTAL PENAL

3.1. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES

- CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS DE LA BAJA CALIFORNIA DE 1880.
- CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES DE 1894.
- CÓDIGO DE ORGANIZACION, DE COMPETENCIA Y DE PROCEDIMIENTOS EN MATERIA PENAL DEL FUERO COMÚN PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES DE 1929.
- CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL DE 1931.

3.1.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PROCEDIMENTALES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.

AGUASCALIENTES

BAJA CALIFORNIA

BAJA CALIFORNIA SUR

CAMPECHE

COAHUILA

CHIHUAHUA

DISTRITO FEDERAL

DURANGO
ESTADO DE MÉXICO
GUANAJUATO
GUERRERO
HIDALGO
JALISCO
MICHOACÁN
MORELOS
NAYARIT
NUEVO LEÓN
OAXACA
QUERÉTARO
QUINTANA ROO
SAN LUIS POTOSÍ
SINALOA
SONORA
TABASCO
TAMAULIPAS
TLAXCALA
VERACRUZ
ZACATECAS

➤ CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES
VIGENTE.

3.1.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN
PROCEDIMENTAL PENAL PARA LOS ENFERMOS
MENTALES EN MÉXICO.

3.1. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA ENFERMOS MENTALES EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES.

En el presente apartado, se efectuará un análisis de los Códigos de Procedimientos Penales que han estado vigentes a partir del año de 1880, dentro de nuestro país, a efecto de realizar un breve estudio tanto de la previsión de un Procedimiento Especial para Enfermos Mentales Infractores, así como su evolución.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y TERRITORIOS DE LA BAJA CALIFORNIA DE 1880.

Código que fue promulgado por el Presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz, el 15 de septiembre de 1880, el cual entró en vigor el día 1 de Noviembre del mismo año, y rigió en el Distrito Federal y Territorio de la Baja California.⁵⁰

Ordenamiento en el cual, se establecen como medios para incoar el procedimiento, la denuncia o la querrela, lo cual se encontraba previsto en el artículo 35 del ordenamiento en cita.

De ésta manera para iniciar la averiguación de los hechos y poder establecer la comisión de un delito, se presentaban diversas hipótesis, dependiendo del funcionario que tuviera conocimiento de éste.

Una de las hipótesis era precisamente, que cuando se presentaba la denuncia o la querrela ante el Juez del ramo penal, éste citaba al Ministerio Público y sin esperarlo, procedía a practicar las diligencias necesarias, recabando los elementos de prueba que resultaran convenientes, realizando las diligencias

⁵⁰ Diario Oficial de la Federación, de fecha 15 de Septiembre de 1880.

previstas en los artículos 70 al 73 del Código en comento, con la finalidad de conocer cual era la verdad de los hechos.

Dentro de ésta Legislación, aún no se encontraba previsto algún procedimiento para juzgar a los incapaces mentales que infraccionaban la Ley, sin embargo como antecedente de éste encontramos que dentro del Título IV denominado "Disposiciones Generales para todos los Tribunales y Jueces del Ramo Penal", establecía en su artículo 317, que cuando el procesado fuera menor de catorce años o incapacitado éste sería defendido por su representante legítimo o la persona a la que éste nombre.

En los casos en que no tuviera quien lo representara, el Juez tenía la obligación de designar de oficio el nombramiento de defensa, entretanto se le proveía de un tutor cuya designación se llevaba a cabo observando el procedimiento que para tal efecto establecía el Código Civil.

En éste sentido, se aprecia que el incapacitado mental era juzgado, conforme a las reglas comunes previstas en dicho Código, con la salvedad de que éste tenía que ser representado en juicio por su defensor o el tutor que le fuera designado, sin embargo no existen en ésta época reglas especiales para su juzgamiento.

Considerándose que el juicio que era substanciado con el defensor del enajenado mental nombrado en los términos de los párrafos que anteceden, era perfectamente válido y subsistente, sin que en ningún tiempo pudiera solicitarse su nulidad por vía de restitución "in integrum".

Cabe destacar que durante ésta etapa el juicio se seguía ante el Jurado Popular, asimismo debe resaltarse que precisamente el incapacitado mental era considerado sujeto de Derecho y además tenía que ser representado en juicio,

toda vez que el Código Penal de 1871, contemplaba dentro de su artículo 42, primeramente que, eran atenuantes de cuarta clase el infringir una Ley Penal hallándose en estado de enajenación mental, si ésta no quitaba enteramente al infractor su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción, por tal motivo eran sujetos del Derecho Penal, y se señalaban como medidas preventivas en su artículo 94, fracción III la reclusión preventiva en un hospital.

En ésta tesitura, el Juez podía aplicar como medida preventiva durante el seguimiento del juicio, la reclusión preventiva en un hospital, para el caso de que a juicio del Juez la cantidad señalada como multa a cargo de un fiador abonado a bienes raíces a pesar de ser satisfecha, estimara dicha autoridad judicial que con ella no quedaba asegurado el interés de la sociedad, y en caso de que se estuviera en presencia de dicha hipótesis, mandaba que los acusados fueran puestos en el hospital respectivo, recomendando mucho una vigilante custodia.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES DE 1894.

Código que fue promulgado por el Presidente Constitucional Porfirio Díaz, el 6 de julio de 1894, el cual entró en vigor el día 15 de Septiembre del mismo año, con el que se derogó el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal y Territorios de la Baja California de 1880 y la Ley de Jurados promulgada el 24 de junio de 1891.⁵¹

Código que sigue la tendencia de su antecesor, siendo importante precisar, que dentro del Título II denominado "De los Incidentes de Libertad", Capítulo I.- De la Libertad Absoluta, prevé en su artículo 424 circunstancias exculpantes, que mantienen íntima relación con el artículo 34 del Código Penal de 1871, es decir, se

⁵¹ Diario Oficial de la Federación, de fecha 7 de Julio de 1894.

considera que queda excluido de toda responsabilidad por la infracción de Leyes penales el acusado en estado de enajenación mental (locura), siempre que la misma le quitara la libertad o le impidiera enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión que se le acusa.

Y dentro del Capítulo VI del ordenamiento procesal citado, relativo a la Curación de los heridos y Enfermos, preceptúa en el numeral 703, que en los casos en que se declare la irresponsabilidad de un procesado por la exculpante de locura será necesariamente remitido al hospital para su curación, hasta que se llenen los requisitos del artículo 165 del Código Penal, el cual establece que podían ser entregados a las personas que los tengan a su cargo; teniendo asimismo el Juez la facultad que le concede la segunda parte del inciso segundo, esto es, el mandarlo recluir en un hospital con una vigilante custodia.

Y para el caso de que dicha enajenación mental no quitara al acusado su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción, una vez juzgado debía considerar atenuada la pena.

➤ **CÓDIGO DE ORGANIZACION, DE COMPETENCIA Y DE PROCEDIMIENTOS EN MATERIA PENAL DEL FUERO COMUN PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES DE 1929.**

En el año de 1929, al encontrarse frente al Poder Ejecutivo de la Nación el Licenciado Emilio Portes Gil, se integró una comisión en la que figuraron los Licenciados Felipe canales, José Almaraz, Luis Chico Goerne, y Guadalupe Mainero, que tuvo por objeto reformar la Legislación Penal y Procesal, que ya resultaba anticuada y en pugna con las disposiciones contenidas en la Carta Fundamental de la República, y el 4 de octubre de ese mismo año se expidió el Código de Organización, de Competencia y Procedimientos en Materia penal para el Distrito Federal y Territorios Federales, el 7 de octubre de 1929, mismo que

entrara en vigor el 15 de diciembre del mismo año.⁵²

Legislación en comento fue de escasa vigencia, toda vez que se derogó por el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal de 1931; sin embargo, la finalidad de éste Código era el regular entre otros aspectos, las distribución de las atribuciones del Ministerio Público y del Juez.

En éste orden de ideas, el incapacitado mental queda fuera de la previsión del legislador al no volver la vista ante dicha problemática, esto es, no prevé sobre la situación de que un enfermo mental quedará sujeto a un proceso, y las reglas que deberían de observarse durante la secuela procedimental, tan sólo existe el antecedente en el Código Penal del mismo año, en el sentido de que constituirán agravantes de cuarta clase artículo 63 fracción XVI. Las condiciones de anomalía orgánica o psíquica, antes, durante y después del delito que, no constituyendo debilidad mental, revelen en el delincuente tendencias criminales.

Estableciéndose en dicho ordenamiento dentro del artículo 72 como sanción para los delincuentes en estado de debilidad, anomalía o enfermedad mentales: fracción II.- La reclusión en manicomio o departamento especial de manicomio.

Mientras que el artículo 126 del Código Penal de 1929, señala que los delincuentes locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, serán reclusos en manicomio o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

De lo que se deduce, que si bien es cierto, en la Legislación sustantiva

⁵² Diario Oficial de la Federación de fecha 7 de Octubre de 1929.

penal, ya estaban previstas como sanción la reclusión, también no menos cierto resulta, que dentro de la Legislación adjetiva en ninguno de sus preceptos retoma dicha problemática, sobre todo si partimos que en el capítulo relativo a la suspensión del procedimiento sólo señala que fuera de los casos señalados en las fracciones que el mismo contempla, habrá lugar a la suspensión en los demás caso que señale la Ley.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL DE 1931.**

Código expedido por el presidente Constitucional de la República Pascual Ortiz Rubio, en atención a las facultades extraordinarias concedidas por decreto del H. Congreso de la Unión de 2 de enero de 1931, promulgado el 29 de agosto de 1931, ordenamiento cuya vigencia comenzó el día 17 de septiembre de año en cita.⁵³

Al promulgarse éste Código, el objeto fue ajustar la nueva Ley procesal a los conceptos obtenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que en el caso que nos ocupa dentro del Título Quinto "Incidentes", Sección Primera Diversos Incidentes, Capítulo II relativo a la suspensión del procedimiento ya establece en forma específica dentro de su fracción III, en el caso de la última parte del artículo 68 del Código Penal y en los demás en que la Ley ordene expresamente la suspensión del procedimiento.

En éste orden de ideas, el artículo 68 del Código Penal para el Distrito Federal en materia del Fuero Común y para toda la república en materia de Fuero Federal, establece que las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda

⁵³ Diario Oficial de la Federación de fecha 29 de Agosto de 1931.

hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia garantizando por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

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

Como se observa, la Ley procedimental penal no establece reglas precisas para el caso en que el trastornado mental hubiese cometido un ilícito en ese estado.

En éste sentido, cabe recalcar, diversas situaciones, primeramente, en la fase preprocesal o también conocida como averiguación previa, puede tenerse como indiciado o probable responsable a una persona que padezca un trastorno mental, en cuyas condiciones de inconsciencia haya cometido una infracción a la Ley, en éstos casos, el Ministerio Público necesariamente deberá de cumplir con su función investigadora y persecutora del delito, debiendo reunir y cumplir con los extremos marcados por el artículo 16 del Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esto es, para que pueda ejercitar acción penal deberá de acreditar debidamente el cuerpo del delito que se trate y la probable responsabilidad del indiciado, y una vez satisfechos los requisitos de procedibilidad, denuncia o querrela, encontrarse en aptitud de ponerlo a disposición del Órgano Jurisdiccional, para que sea ésta autoridad quien determine su situación jurídica.

Al respecto, existen criterios encontrados, debido a que algunos juristas sostienen que un incapaz mental no debe ser sujeto de procedimiento penal, toda vez que afirman que de acuerdo a lo que establece el artículo 8 del Código Penal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

antes citado, los delitos sólo podrán cometerse en forma dolosa, o bien, culposa, por tal motivo refieren que basta recordar las nociones admitidas respecto de dichos términos, para comprender que la conducta desplegada por un incapacitado mental no puede aún cuando sea típica y antijurídica, constituir un delito por faltar el elemento subjetivo de la culpabilidad; "todo demente se halla, por lo mismo, exento de responsabilidad penal y sólo cabe aplicarle medidas de seguridad y no penas".⁵⁴

No obstante lo anterior, también existe el criterio de los que pensamos que si bien es cierto, algunos individuos padecen un trastorno mental, éste en ocasiones permite que el que lo padece comprenda el carácter ilícito del hecho, y por tal motivo debe ser juzgado. Definitivamente no se le puede dar un tratamiento igual que al común de los delincuentes, pero recordemos que todo comportamiento se encuentra sujeto a una regulación legal, y en esa tesitura, debe ser sujeto del Derecho Penal, claro está, debiendo existir reglas especiales para su juzgamiento.

Debemos recordar que, para considerar a una persona como trastornado mental, se requiere de un dictamen médico psiquiátrico que así lo determine y la declaración judicial de dicho estado, en éste sentido por ser el Ministerio Público una autoridad administrativa por depender del Poder Ejecutivo, no cuenta con facultades para hacer tal declaración y por virtud de no existir esa declaratoria dicho incapacitado mental será parte en esa fase de averiguación previa, de ahí, que han existido un sin número de casos en que el órgano investigador una vez que de los elementos probatorios que integran la indagatoria considera que se comprueba el cuerpo del delito y la probable responsabilidad del sujeto en su comisión ejercita acción penal.

⁵⁴ VILLALOBOS, IGNACIO; "Derecho Penal Mexicano"; Editorial Porrúa; México, 1961. p. 403.

Una vez que el Órgano Jurisdiccional recibe las actuaciones y al probable responsable, previo estudio de las constancias que integran las actuaciones y de los dictámenes periciales en materia de psiquiatría forense que obren en el expediente, se encontrará en aptitud de emitir la declaratoria de que el sujeto puesto a su disposición padece un trastorno mental de tal índole que quede excluido de responsabilidad, o bien, de ser remitido a una institución psiquiátrica para su rehabilitación, o en su caso, dejarlo en custodia de quien tenga la obligación de cuidarlo.

Por último, cabe señalar que el Código analizado en éste apartado, es el que continua rigiendo hasta nuestros días, apuntando únicamente que el Órgano Jurisdiccional local en los casos en que resuelve que un incapacitado mental queda sujeto a proceso, aplica supletoriamente lo dispuesto en los artículos que van del 495 al 497 del Código Federal de Procedimientos Penales, de cuya lectura se advierte que una vez que se comprueba que el inculpado padece alguna enfermedad mental, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial.

3.1.1. ANÁLISIS DE LAS CODIFICACIONES PROCEDIMENTALES PENALES DEL DISTRITO FEDERAL Y ENTIDADES FEDERATIVAS.

En éste punto se llevará a cabo un estudio comparativo de los Códigos de Procedimientos Penales en vigor de las Entidades Federativas, dentro de los cuales se encuentra previsto un procedimiento especial para juzgar a los sujetos que padecen una enfermedad mental y que no obstante ello se encuentran sujetos a un proceso penal.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES.

Código que fue expedido por el Gobernador Constitucional del Estado libre



y Soberano de Agascalientes Ingeniero Miguel Ángel Barberena Vega, promulgado el 12 de abril de 1992, mismo que entró en vigor el día 11 de junio del año en cita. Con el cual quedo abrogado el Código de Procedimientos Penales para el Estado de Agascalientes publicado en el suplemento número 55 del periódico oficial del 28 de agosto de 1949.

En ésta Entidad Federativa se prevé que si a partir del auto de radicación que se dicte dentro del procedimiento penal ordinario, hubiese razones para suponer que el inculpado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera de tratamiento la autoridad judicial de oficio o a petición de parte interesada deberá de proceder conforme a las reglas previstas en el artículo 479 del Código de Procedimientos Penales para el Estado.

Precepto el citado que establece la suspensión del procedimiento penal ordinario e impone el deber a la autoridad judicial de iniciar un procedimiento alternativo, ordenando primeramente que el inculpado sea examinado por dos peritos psiquiátricos o en su caso por dos médicos legistas, concediéndose derecho a las partes para ofrecer a sus propios peritos particulares.

Los peritos en mención deberán de dictaminar sobre el estado de salud mental del inculpado, observando las siguientes reglas:

- 1.- Primeramente deberán de determinar la clase de trastorno mental;
- 2.- Desde que tiempo lo padece o época en que lo padeció, y
- 3.- Determinaran si es de carácter transitorio o permanente.

Y en lo general se observarán las reglas fijadas para el desahogo de la prueba pericial.

En casos urgentes y notorios sobre la afectación mental del inculpado, la autoridad judicial podrá ordenar su depósito en la Institución especial de salud de que disponga el Estado, o en su defecto, la que propongan los familiares de aquél, para su atención médica, entre tanto se cumple con las formalidades señaladas en los párrafos que anteceden.

Ahora bien, para hacer la determinación de la imputabilidad, imputabilidad disminuida o inimputabilidad del procesado, deben de quedar precisados los siguientes aspectos:

1.- El Estado en que debió encontrarse en el momento de participar en la realización del hecho delictivo;

2.- En qué medida lo incapacitó para la comprensión del carácter ilícito de su conducta;

3.- Si está en condiciones de comprender las características del procedimiento penal ordinario y su trascendencia; y

4.- Si su estado mental le permite permanecer en prisión preventiva o requiere de reclusión en establecimiento especial o en custodia familiar. Para estar en condiciones de determinar la medida de seguridad que deberá aplicarse, deberán precisarse los tipos de tratamientos posibles, que podrán ser de carácter psiquiátrico, psicológico, médico, quirúrgico o mixtos.

En éste orden de ideas, la autoridad judicial en base al estudio de los dictámenes y análisis de las demás constancias, deberá de resolver lo procedente en un término de 5 días a partir del momento en que se hayan desahogado las pruebas ordenadas.

Para el caso de que la resolución emitida lo haya sido en el sentido de que el inculpado realizó la conducta en estado de inimputabilidad permanente, transitoria o disminuida, deberá de aplicarse la medida de seguridad que la

autoridad judicial crea conveniente de acuerdo con lo dispuesto en el capítulo relativo del Código Penal del Estado.

Pero si de la resolución emitida se desprende que el inculpado cayó en estado de inimputabilidad después de haber realizado el hecho delictivo motivo del procedimiento, solamente se deberá de suspender el procedimiento ordinario en tanto se aplica el tratamiento de carácter curativo que se establece en el título que se analiza, y una vez obtenida la curación del inculpado, se reanudará el procedimiento penal ordinario correspondiente.

Asimismo se establece que mientras dure el tratamiento del incapaz, no correrá el término para la prescripción de la acción penal.

Como podrá observarse, en ésta Entidad Federativa se ordena la suspensión del procedimiento cuando se tenga noticia de que una persona que padezca algún tipo de trastorno mental se encuentra relacionada con la comisión de un delito, y tal suspensión prevalecerá hasta en tanto es sometido el inculpado a un tratamiento psicológico, médico o psiquiátrico, según sea el caso, para su curación. Lo que se encuentra previsto en los artículos 478 y 479 de la Legislación Procesal Penal analizada.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.**

Código que fue promulgado por el Gobernador Constitucional Ingeniero Oscar Baylón Chacón en fecha 10 de agosto de 1989, y publicado en el periódico oficial número 23 de fecha 20 del mismo mes y año, Legislación que entró en vigor a los 30 días siguientes al de su publicación, dejando sin efectos el Código de Procedimientos Penales de fecha 10 de septiembre de 1977.

Ordenamiento legal que prevé dentro del Libro Cuarto denominado "Procedimientos Especiales e Incidentes", específicamente en su Título primero, un procedimiento especial para inimputables, siendo esto en los artículos 353 al 361.

En dicha Legislación se establece primeramente que, las reglas previstas en el título antes precisado se aplicaran a los inimputables e inimputables disminuidos, a que se refieren los artículos 23 fracción IX, 56 y 57 del Código Penal

En éste orden de ideas, si comprobado el cuerpo del delito de que se trate, existiera razón para suponer que el indiciado padece enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento, impone la obligación al Ministerio Público de ejercitar acción penal, internando al indiciado en el establecimiento especial correspondiente dejándolo a disposición del Órgano Jurisdiccional, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo que sea procedente.

Ahora bien, una vez que el Órgano Jurisdiccional radica el expediente, debe proceder a tomarle al inculpado su declaración preparatoria, pero si durante dicha diligencia estima que éste se encuentra en alguno de los estados a los que se hace referencia en el párrafo que antecede, que lo imposibilite para la práctica de la misma, debe de abstenerse de llevarla a cabo. Pero si considera que se encuentra en condiciones de nombrar defensor, debe hacerle saber el derecho que tiene para designarlo, para el caso contrario dicho ordenamiento legal establece que el nombramiento lo podrá hacer el tutor del inculpado, si lo tiene, su cónyuge, sus ascendientes o descendientes en primer grado o en su defecto el Juez.

Asimismo, impone al juzgador la obligación de determinar la situación

jurídica del incapacitado mentalmente a través del auto de procesamiento con el que se justificara la prolongación del internamiento provisional del inculcado por más de setenta y dos horas.

Durante la secuela procedimental, y si existe motivo fundado para suponer que el inculcado es inimputable, en los términos del Código Penal, el juzgador lo debe mandar examinar por peritos psiquiatras y en caso de que no exista dentro de algún partido judicial peritos con ésta especialidad se habilitará para tales efectos al médico legista, quien contará con un plazo de treinta días para rendir su dictamen sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en un establecimiento especial, si procediere. Contando las partes en juicio, es decir, Ministerio Público y defensor con el derecho de nombrar peritos de su parte.

Dentro de los puntos sobre los que deben dictaminar los peritos nombrados, se encuentran los siguientes:

1.- Si el inculcado padece enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado que requiera tratamiento.

2.- Si en la fecha en que se cometieron los hechos imputados el inculcado se encontraba en dicho estado.

3.- Si la enfermedad lo incapacita para comprender el carácter ilícito del hecho, así como las consecuencias de su inobservancia o para conducirse de acuerdo con esa comprensión

4.- Si comprende el proceso que se le sigue.

5.- Si su estado le permite permanecer en prisión ordinaria, o bien, en caso contrario, sobre las condiciones en que deba efectuarse su reclusión o su entrega, cuando ésta proceda, a la persona a quien corresponda hacerse cargo de él.

Cuestiones que son primordiales para que el Órgano Jurisdiccional se

encuentre en posibilidades de dictar una resolución apegada a Derecho, ya sea ordenando suspender el procedimiento o decretando el sobreseimiento de la causa.

En el primer caso, suspenderá el procedimiento si el inculpado sufre un trastorno mental transitorio que le impida comprender el carácter del proceso que se ésta sustanciando, en éste supuesto el Órgano Judicial remitirá al procesado a un establecimiento adecuado para su tratamiento, y una vez que dicho sujeto recobre su salud se reanudará el proceso, debiendo computarse el tiempo que estuvo en internamiento, si resultare condenado.

Y en el segundo de los supuestos, es decir, el sobreseimiento, éste será decretado por el Juez si de los dictámenes periciales se advierte que el procesado supero el estado de anormalidad en que se hallaba al momento de realizar el hecho típico, dando por terminado el asunto y declarando sin materia las medidas de seguridad que provisionalmente hubiere señalado.

En ésta tesis, se aprecia que la Legislación que se analiza presenta cierta similitud con la que rige el procedimiento especial para inimputables permanentes y transitorios en el Estado de Aguascalientes. Sin embargo, se aprecia una disparidad de criterios sobre éste tópico, ya que aún cuando las reglas a observarse presentan similitudes, éstas no son en su totalidad concordantes, sobre todo si partimos del hecho que en el Estado de Baja California si se practican las diligencias de declaración preparatoria y determinación de situación jurídica al inculpado a través del auto de término Constitucional.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR.**

Código que fue promulgado siendo Gobernador de dicha entidad el Licenciado Víctor Manuel Liceaga Ruibal, y publicado en el boletín oficial del



gobierno del Estado el 21 de diciembre de 1992, entrando en vigor el 1 de marzo de 1993.

Ésta Legislación también prevé dentro del libro cuarto denominado "Procedimientos especiales e incidentes, en su libro primero un procedimiento especial para inimputables, específicamente en los artículos 351 al 358, siendo las reglas contenidas en dichos preceptos similares en todos los aspectos a las observadas en la Entidad Federativa de Baja California, y los cuales fueran analizados en el punto inmediato anterior del presente capítulo. Por lo anterior al existir identidad en sus contenidos consideramos prudente no abordarlos nuevamente.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CAMPECHE.

Promulgado el 3 de diciembre de 1975, siendo Gobernador del Estado el Licenciado Rafael Rodríguez Barrera, siendo publicado en el periódico oficial de la entidad el 16 del mismo mes y año, entrando en vigor el 2 de enero de 1976, según acuerdo del Ejecutivo del Estado del 12 de diciembre de 1975.

Legislación que establece las reglas para juzgar a enfermos mentales, dentro del Título Séptimo en un Capítulo único denominado precisamente "Procedimiento relativo a los enfermos mentales", específicamente contemplado en los artículos 510 al 516.

En ésta Entidad, cuando existan motivos para suponer que el inculpado padece alienación mental, el Juez lo debe hacer examinar por peritos, sin perjuicio de continuar con el proceso en la forma ordinaria.

Los peritos médicos deberán de referirse, además de lo que consideren

conveniente, a los antecedentes patológicos del examinado, a los resultados de la exploración física y psíquica que se le practique, al diagnóstico de la enfermedad mental que padezca y las respectivas conclusiones, entre las que se contará la opinión de los examinadores en cuanto a la conveniencia de dejar al enfermo mental en la seguridad del establecimiento reclusorio o trasladarlo hasta su posible curación a un hospital.

Deben asimismo, establecer la demostración directa de la anormalidad psíquica accidental o permanente y deberán exponer las operaciones y experiencias practicadas, así como las razones científicas o técnicas en que funden su dictamen.

Para el caso de que los peritos médicos dictaminen en sentido afirmativo y el Órgano Jurisdiccional no considere necesario un nuevo examen, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá un procedimiento especial, en el cual la forma de investigar el delito que motiva la averiguación, la participación que en el hubiere tenido el inculpado y los datos relativos a la personalidad de éste, queda al recto criterio y a la prudencia del juzgador.

Si se comprueba la existencia del delito y la participación del inculpado, previa solicitud del Ministerio Público y en una audiencia en que se oirá a éste, al defensor y al representante legal del procesado, el Juez ordenará la reclusión del inculpado, debiendo ceñirse a lo establece al respecto el Código Penal. Cuya vigilancia quedará a cargo de la autoridad administrativa, salvo los casos en que conforme al Código Penal, aquél fuere entregado a las personas que corresponda para hacerse cargo de él.

Ahora bien, si durante el curso del proceso el procesado enloquece, de igual manera el Juez lo mandara examinar por peritos, ordenando suspender el procedimiento, remitiendo en su caso, al incapacitado al establecimiento adecuado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para su tratamiento. Y si sobreviene la curación del procesado, éste será reingresado al lugar en que se encontraba recluido, reanudándose el procedimiento respectivo.

Como se advierte del estudio de los preceptos aludidos en ésta Entidad Federativa también se ordena suspender el procedimiento cuando se establezca que el procesado enloqueció durante la secuela procedimental, coincidiendo con los ordenamientos legales de los Estados antes analizados en que una vez que mejore la salud del incapaz se reanudará el procedimiento correspondiente.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE COAHUILA

Publicado en el periódico oficial de fecha 19 de octubre de 1982, número 84, y el cual entró en vigor el día 1 de enero de 1983. Dicho ordenamiento legal fue promulgado por el Gobernador del Estado Licenciado José de las Fuentes Rodríguez el 29 de septiembre de 1982.

En la misma forma ésta Entidad Federativa dentro del título Quinto de la Legislación que se analiza instituye un procedimiento especial para juzgar a los enfermos mentales, cuyas reglas se encuentran comprendidas en los artículos 409 al 415.

Para tales efectos prevé, que si el inculpado en el momento de ejecutar un hecho o de incurrir en una omisión calificada como delito, sufriera de trastorno mental o de desarrollo psíquico retardado, suficientes para ser considerados causa de inimputabilidad, y continúe en ese estado al tramitarse el proceso, el Órgano Jurisdiccional debe ordenar inmediatamente que se examine al afectado por peritos médicos, sin suspender la tramitación del proceso. En el caso de que exista motivo fundado, dispondrá la internación provisional del inculpado, en lugar

o institución adecuada.

Si con el dictamen de los peritos y las demás pruebas que existen en el proceso, se acredita que el trastorno mental es causa de inimputabilidad, el Juez dictará auto de sobreseimiento, el cual no impide el seguimiento de un procedimiento administrativo, en donde la investigación del hecho u omisión que se atribuya al enfermo mental y la participación que éste haya tenido, se deja a la prudencia y recto criterio del juzgador, precisándose en dicha Legislación que dicho procedimiento no será similar al judicial.

Para el caso de que se compruebe la infracción a la Ley penal y que en ella participe el enfermo mental, previa solicitud del Ministerio Público y con audiencia de éste, del defensor y del representante legal, si los tuviere, el Órgano Jurisdiccional resolverá el caso, debiendo observar lo que establecen los artículos 53, fracción X y 103 del Código Penal.

En éste orden de ideas, si el trastorno mental sobreviene durante la tramitación del proceso, el Órgano Jurisdiccional debe ordenar la suspensión del proceso, siempre que en el curso de éste el inculpado sufra trastorno mental que lo incapacite para entender y para querer, y dispondrá su internación en un establecimiento público adecuado para su tratamiento.

Ésta suspensión del procedimiento no será obstáculo para que se verifiquen los actos necesarios para la comprobación del delito. Por lo tanto, en caso de que el inculpado recobre la salud, el proceso será reanudado, y si al dictar sentencia se impone pena privativa de la libertad, se computará el tiempo de la internación. Sin embargo, si la enfermedad es incurable, dictará auto de sobreseimiento y se procederá a la apertura y seguimiento de un procedimiento de carácter administrativo.

Por último, la única autoridad competente para modificar o revocar la medida de seguridad consistente en internación será la que las haya decretado.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA.

Publicado en el periódico oficial de fecha 4 de marzo de 1987, y entró en vigor a los treinta días de su publicación, siendo esto, el 3 de abril del año citado.

Legislación que contempla en su título decimoprimeros los procedimientos especiales y específicamente en su capítulo primero un procedimiento relativo a los enfermos mentales, cuyas reglas se encuentran previstas en los artículos 542 al 550.

Así tenemos que tan pronto como se presume que el inculcado está loco, idiota, imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, el tribunal lo debe mandar examinar por dos peritos psiquiatras o en su defecto por dos médicos legistas, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Si existe motivo fundado, el Juez ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en un manicomio o en departamento especial.

Si al momento en que se proceda a tomar la declaración preparatoria del inculcado el Juez estima que se encuentra en un estado de inconsciencia que le impida conocer los cargos y contestarlos, se abstendrá de practicar la diligencia, debiendo nombrarle defensor y suspenderá el procedimiento ordinario. Si el inculcado está sujeto a la patria potestad o a la tutela, las personas que las desempeñen podrán hacer la designación de defensor.

En éste sentido, resulta menester señalar, que cuando el Juez ordene que el inculcado sea examinado por dos peritos psiquiatras o en su defecto por dos

médicos legistas, tal providencia la adoptará sin perjuicio de seguir la instrucción en los términos de éste título, hasta en tanto aquellos rindan su dictamen. lo mismo se hará cuando durante la instrucción se aprecie esa situación en el proceso.

Tal pareciera con lo anterior, que existe contradicción, ya que primeramente dicho ordenamiento legal establece que se suspenderá el procedimiento ordinario, para en los subsecuentes preceptos indicar que se seguirá la instrucción, en éste sentido, se debe puntualizar que si bien se suspende el procedimiento ordinario, no menos cierto resulta, que se abrirá un proceso especial para quienes padezcan alguna de las incapacidades mentales citadas al inicio del presente apartado, y en donde la investigación del delito imputado, la participación que en el hubiere tenido el inculpaado y el estudiar la personalidad de éste, quedarán a la prudencia y criterio del Juez, sin que necesariamente sea similar al judicial.

Dentro de las reglas que deben observarse durante la tramitación del procedimiento, se advierte que cuando el procesado no tiene tutor, el Juez debe designarle uno provisional, quien se encargara de representarlo en todos los actos del proceso, sin perjuicio de que se ordene su comparecencia personal cuando se estime necesario para el esclarecimiento de la verdad de los hechos. Y si cuenta con éste, de igual manera fungirá como su representante en juicio.

Cuando se compruebe la existencia del delito que se viene persiguiendo y que en él tuvo participación el inculpaado, previa solicitud del Ministerio Público y con audiencia de éste, del defensor y del representante legal si los tuviere el proceso, el tribunal resolverá el caso ordenando la reclusión del incapaz en los términos de los artículos 56 y 57 del Código Penal.

Si en el curso del proceso enloquece el procesado el Juez ordenará suspender el procedimiento, así como su remisión a un establecimiento adecuado

para su tratamiento. Cuya vigilancia estará a cargo de la autoridad administrativa correspondiente. Pero en ningún caso la reclusión en manicomio o departamento especial del incapacitado mental, excederá del término máximo de la pena señalada al delito que se imputa al enfermo.

Como se observa ésta Legislación adopta un sistema similar al de los ordenamientos legales de las demás Entidades Federativas estudiadas en los puntos que anteceden.

➤ CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

Publicado en el Diario oficial de la federación el 29 de agosto de 1931, mismo que entró en vigor el 17 de septiembre del mismo año, siendo presidente de la República Pascual Ortiz Rubio.

Ordenamiento legal que en ninguno de los títulos que lo conforman prevé un procedimiento especial para juzgar a personas que padezcan algún tipo de incapacidad mental, ya que únicamente dentro del Título Quinto denominado Incidentes en la sección primera de Diversos incidentes, capítulo II sólo establece las hipótesis por las que puede suspenderse el procedimiento, y dentro de éstas se encuentra la fracción III del artículo 477, que establece que dicha suspensión podrá decretarse en el caso de la última parte del artículo 68 del Código Penal y en los demás en que la Ley ordene expresamente la suspensión del procedimiento.

Dicho precepto establece que las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia garantizado por cualquier medio y a

satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Sin embargo en la práctica profesional los Órganos Jurisdiccionales han adoptado el criterio de aplicar supletoriamente la Legislación procesal federal, en cuyos artículos 495 al 497 contiene reglas específicas para el juzgamiento de enfermos mentales.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE DURANGO.**

Promulgado por el Gobernador del estado Licenciado José Ramírez Gamero el 12 de noviembre de 1991, mismo que entró en vigor a los 30 días de su publicación , quedando abrogado el Código Procesal Penal de 24 de junio de 1985.

Entidad Federativa que dentro del título decimoprimer de la Legislación en cita contempla los procedimientos especiales, entre éstos el procedimiento para inimputables, específicamente en su capítulo primero y dentro de los artículos 466 al 472.

Preceptos cuyo contenido es idéntico al de la Legislación del Estado de Chihuahua, con la única salvedad de que en los artículos 470 y 472 de dicho ordenamiento en estudio, impone la obligación al Juez de cerrar el procedimiento ordinario y declarar al procesado en estado de interdicción, si del dictamen rendido por los peritos psiquiatras o médicos legistas en su caso resultare que el procesado está dentro de alguna de las causas de inimputabilidad señaladas en el artículo 17 del Código Penal, designándole un tutor definitivo, quien le representará en lo sucesivo en todos los actos del proceso, sin perjuicio de que si el Juez de, oficio o a solicitud de parte, lo estima necesario, disponga la

comparecencia personal cuando sea necesaria para el esclarecimiento de la verdad de los hechos.

Y si el procesado ha perpetrado el hecho padeciendo trastorno transitorio de la personalidad producido accidental o involuntariamente por cualquier trastorno mental involuntario de carácter patológico, o habiéndolo perpetrado sufriendo alienación u otro trastorno permanente de la persona, pudiere darse cuenta del procedimiento, éste se seguirá en la forma ordinaria hasta la sentencia. Pero si no pudiere darse cuenta del procedimiento ordinario, aunque fuere imputable, se seguirá éste procedimiento especial.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE ESTADO DE MEXICO.**

Publicado en la gaceta Oficial del Gobierno del Estado el 7 de enero de 1961, entrando en vigor el 6 de febrero del mismo año, al ser Gobernador del Estado el Doctor Gustavo Baz. Y por decreto número 54, publicado en la Gaceta del Gobierno del estado el 16 de enero de 1986, se reforman los artículos 432, 436, 437 y 438 para quedar como actualmente versan y cuyo contenido se analizará en éste apartado. Reforma que entró en vigor a los 5 días siguientes al de su publicación.

Ordenamiento jurídico que dentro del título decimoprimer denominados procedimientos especiales, contempla entre éstos el procedimiento para inimputables, específicamente en su capítulo primero y dentro de los artículos 432 al 438.

Estableciendo reglas que guardan relación e identidad con las que establece la Legislación Procesal Penal del Estado de Durango, por lo que consideramos pertinente tener por reproducido en éste apartado el análisis que de

dichos preceptos se llevo a cabo en el punto inmediato anterior.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO.**

Promulgado el 23 de septiembre de 1955 siendo Secretario de Gobierno el Licenciado Ramón Acevedo.

Éste Código reguía en su Título décimo segundo el procedimiento relativo a los inimputables, específicamente en su capítulo primero que comprende los artículos 483 al 486.

En los que prevé que para resolver sobre la inimputabilidad de un inculpado el Órgano Judicial, si lo creyere conveniente, o a petición de parte, antes de que dicte sentencia irrevocable, designará peritos que lo examinen, contando las partes de igual con el derecho de designar perito de su parte.

En éste caso, el juzgador basándose en los dictámenes y con audiencia de las partes, decidirá la imputabilidad o inimputabilidad del inculpado y, en su caso, procederá en los términos del artículo 35 del Código Penal, a decretar la medida de seguridad curativa que corresponda. E inclusive el Juez puede ordenar provisionalmente la reclusión del inculpado en un establecimiento adecuado, en tanto decide sobre su inimputabilidad.

Si en el curso del proceso el inculpado sufre una enfermedad mental que perturbe gravemente su conciencia, el juzgador deberá ordenar se suspenda el procedimiento, remitiéndolo a un establecimiento adecuado.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUERRERO.**

Promulgado el 28 de enero de 1993, y entró en vigor 9 meses después de su publicación, abrogando el Código de procedimientos penales del 22 de junio de 1937 que fuera publicado el 13 de julio del mismo año.

Legislación que reglamenta en su título octavo denominado procedimientos especiales, en su capítulo primero procedimientos relativos a enfermos mentales, dentro del artículo 177.

En los que se dispone que cuando el Órgano Jurisdiccional considere que el inculcado padece una enfermedad mental, debe ordenar que sea examinado por peritos médicos. Éste examen puede ser solicitado por cualquiera de las partes, quienes en todo caso pueden presentar peritos para que dictaminen sobre el punto. Mientras se rinden los dictámenes respectivos el Juez puede adoptar las medidas precautorias necesarias para asegurar la protección y la asistencia del inculcado.

Si se establece la inimputabilidad del sujeto, el juzgador cerrará el procedimiento ordinario y abrirá el especial, en el que investigará la infracción penal imputada, la participación que en ella hubiera tenido el inculcado y las características de la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que emplee sea similar al judicial. Una vez concluida ésta investigación, celebrará audiencia en la que escuchará al Ministerio Público, al defensor y al representante legal del inculcado, si lo hubiere, y resolverá, dentro de los cinco días siguientes a la conclusión de la audiencia, la medida de seguridad que corresponda. Pero en el caso de que el procesado caiga en algún estado de demencia ordenará suspender el procedimiento.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE HIDALGO.**

Promulgado el 15 de marzo de 1990 siendo Gobernador del Estado el Licenciado Adolfo Lugo Verduzco, y publicado en el Periódico Oficial el 9 de julio de 1990, entrando en vigor a los 30 días de su publicación.

Prevé en su Título Segundo el procedimiento relativo a los enfermos mentales, dentro de los artículos 473 a 483.

Ésta Legislación si bien, establece reglas para el procesamiento de enfermos mentales, también resulta menester apuntar que las mismas también guardan relación con las de las otras Entidades Federativas analizadas, en virtud de que dispone que si a partir del auto de radicación que se dicte en el procedimiento penal ordinario, hubiere razones para suponer que el inculpado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento, el Juez de oficio o a solicitud del defensor o del Ministerio Público, procederá a abrir incidente que se tramitará por cuerda separada, suspendiendo el procedimiento penal.

En dicho incidente ordenará que el inculpado sea examinado por dos peritos psiquiátricos o en su defecto por médicos legistas, dando oportunidad a las partes para que ofrezcan los suyos, dichos peritos dictaminarán sobre el estado de salud mental del inculpado, en su caso, del tipo de trastorno mental, desde que tiempo lo padece o época en que lo padeció, si fue transitorio.

Los peritos psiquiátricos o médicos legistas que deban dictaminar, deben observar y sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- Para determinar su desarrollo y estado mental así como su racionalidad,

deberán analizar: el deterioro o no de la conducta adaptativa; la comprensión del lenguaje, trastornos y coherencia del mismo; la orientación en tiempo, espacio y persona; y su relación con la realidad.

2.- Para determinar si el hecho posiblemente delictuoso se ha cometido estando el inculpado afectado de sus facultades mentales, enfermó después o estuvo enfermo en el momento y sano después, deberá precisarse el crono diagnóstico y su duración.

3.- Para determinar la inimputabilidad, imputabilidad disminuida o imputabilidad del inculpado, deberá precisarse el estado en que debió encontrarse en el momento del hecho delictuoso; en qué medida lo incapacitó para comprender el carácter ilícito de su conducta; si comprende el proceso que se le sigue; y si su estado le permite permanecer en prisión preventiva o requiere de reclusión en establecimiento especial o en custodia familiar.

4.- Para determinar la medida de seguridad que deba imponerse, deberá precisarse el tipo de tratamientos, que podrá ser de carácter psiquiátrico, psicológico, médico, quirúrgico o mixto, salvo casos especiales.

En éste procedimiento el juzgador auxiliará a los peritos para que puedan interrogar a los parientes y allegados al inculpado, en cuanto fuere preciso para determinar sus antecedentes patológicos.

Ahora bien, en casos urgentes y notorios sobre la afectación mental del inculpado, el Juez puede ordenar su depósito en la institución especial de salud de que disponga el Estado o en su defecto, en la que propongan los familiares para su atención médica, siempre que ésta garantice la atención y seguridad del inculpado, y otorgue la responsiva correspondiente.

Una vez rendido el dictamen o dictámenes periciales, el Juez junto con el análisis de las demás constancias que integren el expediente contará con un término de 5 días a partir del momento en que se hayan desahogado las pruebas

ordenadas, para dictar la resolución que conforme a Derecho proceda.

Si en la resolución incidental se considerará que el inculpado cometió el delito estando en enajenación mental, trastorno mental transitorio, desarrollo intelectual retardado o cualquier otro estado mental que el impida comprender el carácter ilícito de aquél, declarará el estado de interdicción del inculpado, sobreseerá el proceso y lo entregará a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizado por cualquier medio y a satisfacción de la autoridad el cumplimiento de las obligaciones contraídas, y además el Juez precisará el tipo de tratamiento al que se le sujetará.

Si el tratamiento ordenado requiere de modificación, en función de la evolución positiva o negativa del trastornado mentalmente, a solicitud de parte interesada o de oficio el juzgador podrá autorizar dicha modificación, previo informe o dictamen de la institución que aplica el tratamiento.

Cuando el presunto responsable de un hecho delictuoso, fue declarado inimputable para efectos de seguirse el procedimiento especial relativo a los enfermos mentales y es dado de alta por haber obtenido su curación antes de que concluya el máximo de la pena de prisión del delito o delitos por los cuales el Ministerio Público ejerció acción penal o se decreto la formal prisión, el Juez lo pondrá en absoluta libertad.

Para el caso de que de la resolución se desprenda que el inculpado enfermó mentalmente después de cometidos los hechos delictuosos motivo del proceso, solamente se suspenderá el procedimiento penal ordinario, en tanto se le aplica tratamiento un carácter curativo. Y una vez obtenida la curación del inculpado, se reanudará el procedimiento penal correspondiente.

Si de la resolución incidental se desprende, que se trata de un imputable disminuido se le impondrá hasta una tercera parte de la pena que corresponda al delito cometido o una medida de seguridad tomando en consideración si dicha disminución de la capacidad fue provocada o no para cometer el delito.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE JALISCO.**

Publicado en el periódico oficial del Estado el 7 de diciembre de 1982, entrando en vigor el 22 de diciembre de 1982, siendo Gobernador Flavio Romero de Velasco.

Dentro de sus artículos 450 al 456, capítulo cuarto se encuentra previsto el procedimiento que deberá seguirse a los enfermos mentales.

Ordenamiento legal en el que se establecen términos para la práctica de las diligencias pertinentes durante la secuela procedimental, a saber, primeramente cuando, durante las diligencias de policía judicial, aparezca que hay motivo fundado para suponer que el inculpado detenido adolece de algún padecimiento mental se recabará, dentro del término de veinticuatro horas, dictamen pericial al respecto.

Si de dicho dictamen pericial se desprende que el procesado presenta un padecimiento de carácter mental, el Juez ordenará su reclusión en un establecimiento especial, donde quedará a disposición del Agente del Ministerio Público del conocimiento, quien procederá a concluir la averiguación previa, a la brevedad posible, a efecto de definir si procede el no ejercicio de la acción penal y en caso contrario procederá a ejercitar la acción penal como legalmente corresponda.

Y si existe motivo fundado para suponer que el procesado padece enfermedad mental, el Juez, sin suspender el procedimiento ordinario, dispondrá inmediatamente que dos peritos psiquiatras lo examinen y, dentro de un plazo que no exceda de treinta días, dictaminen sobre su estado mental y, además, si lo estima necesario, ordenará que se le recluya provisionalmente en un establecimiento especial. Contando las partes con derecho para nombrar peritos médicos para que dictaminen sobre el caso.

En el dictamen psiquiátrico se determinara:

- 1.- Si el inculcado padece alguna afección psicopatológica que le altere su capacidad de concientización o de discernir el bien del mal.
- 2.- Si el hecho u omisión definido como delito que se le impute, es una manifestación de tal afección.
- 3.- Si ésta le permite darse cuenta del procedimiento judicial seguido en su contra, así como el grado de peligrosidad del enfermo y si su estado es permanente o transitorio.

De la misma forma en dicho dictamen deberá de expresar el perito su opinión acerca de si el estado del inculcado permite que permanezca, sin perjuicio, en la prisión ordinaria o, en caso contrario, sobre las condiciones en que deba efectuarse su reclusión o su entrega, cuando ésta proceda, a la persona a quien corresponda hacerse cargo de él.

En el caso de que en el dictamen se precise que el procesado sufre alguna afección psicopatológica que no le impide darse cuenta del procedimiento punitivo que se le sigue, el Juez citará a una audiencia, que se efectuará dentro de los tres días siguientes, al Ministerio Público, al defensor y a los peritos y, en la misma, resolverá las condiciones de su reclusión, en tanto se dicta sentencia.

Pero si se acredita que el estado mental del procesado no le permite darse cuenta del procedimiento, éste dejará de ser ordinario y se abrirá el especial, en el que se encomienda al recto criterio y a la prudencia del juzgador investigar, por los medios que estime adecuados, la existencia del hecho delictuoso que se impute; la participación que en ese hecho hubiese tenido el procesado; y estudiar la personalidad de éste, sin tener que sujetarse a las normas procesales establecidas.

Si el Ministerio Público, solicita la reclusión del procesado para que reciba tratamiento adecuado y se logre su curación, el Juez, previa audiencia de dicho funcionario, del defensor y del representante legal del procesado, si lo tuviese, dictará la resolución que corresponda.

Cuando se compruebe la existencia del hecho delictuoso y que en el mismo participo conscientemente el inculpado, pero éste sufre alteración mental dentro del término constitucional, el Juez dictará auto para los efectos que señala el artículo 19 de la Constitución Federal y además ordenará la reclusión hospitalaria del procesado, cuya vigilancia estará a cargo de la autoridad administrativa. Durante el tiempo de la reclusión el Juez proveerá lo conducente para la observancia de las medidas que hubiese dictado, las que podrá revocar o modificar, previa audiencia del perito psiquiatra, del Ministerio Público y del defensor del inculpado.

En términos generales las reglas previstas para el procedimiento a seguir a los enfermos mentales, guarda estrecha relación con las observadas en otras Entidades Federativas, la única variante es en los términos que para la práctica de las diligencias pertinentes se han fijado en ésta Legislación.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MICHOACAN.**

Éste código fue expedido por el Gobernador Carlos Torres Manzo, y publicado en el periódico oficial del Estado el 7 de julio de 1989, Legislación que entró en vigor el 15 de agosto del mismo año.

Entidad Federativa que cuenta dentro de su Legislación con reglas específicas para la apertura de un procedimiento especial relativo a enfermos mentales, lo que se encuentra previsto en el título quinto de la misma y específicamente en los artículos 427 al 433, cuyo contenido guarda íntima relación y similitud con los preceptos respectivos de la Legislación Procesal Penal del Estado de Coahuila, por tal motivo al resultar idénticas dichas disposiciones y al haber sido analizadas en el apartado respectivo, consideramos prudente remitirnos a éste.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MORELOS.**

Expedido por el Gobernador del estado Jorge Carrillo Olea, y publicado en el periódico oficial de fecha 9 de octubre de 1996, vigente a partir del 7 de noviembre del año en cita.

El procedimiento para juzgar a inimputables, se rige por las disposiciones contenidas en capítulo segundo, artículos 264 al 267.

El procedimiento y las medidas aplicables en el caso de que al realizar el hecho el sujeto careciera de la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental permanente o presentar desarrollo intelectual retardado,

dependerán de la comprobación de los elementos del tipo penal correspondiente al delito que se le atribuya, así como de su participación en el hecho punible.

Si no se acreditan éstos extremos, el juzgador deberá poner en absoluta libertad al inculcado, pero deberá dar cuenta de la liberación a la autoridad judicial o administrativa que deba intervenir en el caso, considerando el padecimiento que sufre el sujeto. En éste sentido, la autoridad que conozca del proceso dictará la resolución que legalmente corresponda, para justificar el procedimiento y la privación de libertad, dentro de las setenta y dos horas contadas a partir de que el detenido quedo a su disposición o de las ciento cuarenta y cuatro desde el mismo momento, si se solicitó la duplicación del plazo para fines de defensa.

Cuando el Juez considere que el inculcado es inimputable, una vez determinada su situación jurídica dispondrá que sea examinado por peritos médicos y suspenderá el procedimiento hasta contar con el dictamen solicitado.

El examen podrá ser requerido, asimismo, por cualquiera de las partes, quienes están facultadas para presentar peritos que dictaminen sobre el punto. Y entre tanto se dispone de los dictámenes, el Juez adoptara las medidas necesarias para asegurar protección y asistencia al inculcado.

Entre los puntos que debe contener el dictamen pericial se encuentran los relativos a establecer el estado del sujeto, por lo que toca a la inimputabilidad penal. Asimismo, contendrá un diagnóstico a la fecha de practicarse el examen y un pronóstico con indicación del tratamiento que sea recomendable a juicio del perito.

Si se establece la inimputabilidad del sujeto, el juzgador cerrará el procedimiento ordinario y abrirá el especial, en el que continuará con la investigación del delito que se le imputa al incapaz, de la participación que en el

hubiese tenido el inculpado, de las características de la personalidad de éste y del padecimiento que sufre.

En éste procedimiento especial, el Juez oirá al representante legal del inculpado, en caso de que el inculpado carezca de persona que pueda asumir su representación legal, el Juez le designará un tutor que lo represente.

Se observarán las formalidades esenciales del procedimiento en beneficio del inculpado, que en todo caso comprenderán los derechos de audiencia y defensa a través del representante legal y del defensor que éste designe o en su defecto, del defensor de oficio nombrado por el Juez.

Agotada la investigación, se celebrará audiencia en la que escuchará al Ministerio Público, al propio inculpado, si ello es posible, a su representante y a su defensor, así como al ofendido y a su asesor legal, y dictará sentencia dentro de los cinco días siguientes a la conclusión de aquélla.

Cuando el trastorno mental del inculpado sobrevenga en el curso del procedimiento, se decretará la suspensión de éste y el Juez ordenará que el sujeto quede a disposición de la autoridad sanitaria para la atención que proceda. Oyendo a dicha autoridad, el paciente podrá ser entregado para el mismo fin a quienes deban hacerse cargo de él, con la obligación de informar al Juez los cambios que ocurran en la situación del inculpado y los efectos que tenga el tratamiento.

Cuando cese el trastorno que determino la suspensión, se reanudará el procedimiento.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NAYARIT.**

Promulgado el 30 de agosto de 1969, y publicado en el periódico oficial en la misma fecha, entrando en vigor al día siguiente de su publicación.

En los artículos 431 al 443 se encuentran establecidas las reglas para juzgar a los incapacitados mentales, en el título decimosegundo denominado Procedimientos relativos a los enfermos mentales, en forma específica en el capítulo primero.

Así tenemos que, cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el inculpado adolece algún padecimiento mental se procederá a recluirlo en manicomio o establecimiento especial, si se juzgare necesario, debiendo quedar ahí a disposición del Tribunal competente.

En éste orden de ideas, establece dicha Legislación que tanto el Ministerio Público como el defensor pueden nombrar un perito médico para que dictamine sobre el caso, con especialidad en psiquiatría, si en el lugar no existiere se habilitará a un perito médico.

El perito para allegarse de mayores elementos para dictaminar, tendrá la facultad más amplia para interrogar a los parientes y allegados del inculpado, en cuanto fuere preciso para determinar los antecedentes patológicos del mismo.

El dictamen lo concluirá expresando si el inculpado padece algún proceso psicopatológico; si el hecho u omisión definido como delito que se le impute es una de las manifestaciones de tal proceso y si éste le permite darse cuenta del

procedimiento seguido en su contra; así como el grado de peligrosidad del enfermo y si su estado de salud señalando si es permanente o transitorio. En el mismo dictamen emitirá opinión acerca de si el estado del inculpado permite el que permanezca en la prisión ordinaria, o bien, en su caso, indicará las condiciones en que deba efectuarse su reclusión o su entrega, cuando ésta proceda, a la persona a quien corresponda hacerse cargo de él.

Si en el dictamen precisa el perito que el inculpado sufre algún proceso psicopatológico que no le impida darse cuenta del procedimiento que se le sigue, el Juez citará a una audiencia que se efectuará dentro del tercer día, al Ministerio Público y al defensor, y en la misma resolverá las condiciones de su reclusión, en tanto se dicta sentencia. Para el caso de que lo estime necesario, oirá en la audiencia al perito psiquiatra y a los médicos que hubieren designado las partes.

Si se determina en el dictamen que el estado mental del inculpado no le permite darse cuenta del procedimiento, éste dejará de ser ordinario y se abrirá el especial, en donde la forma de investigar la existencia del hecho delictuoso que se impute, la participación que en el hubiere tenido el inculpado y de estudiar su personalidad, quedan al libre arbitrio del juzgador, sin tener que sujetarse a las normas procesales.

Una vez concluida la investigación, si el Ministerio Público solicita su internación, el Juez, previa audiencia de dicho funcionario, del defensor y del representante legal del inculpado, si lo tuviere, dictará la resolución que corresponda.

Si se comprueba la existencia del hecho delictuoso y que en el tuvo participación el inculpado, el Juez ordenará la reclusión en establecimiento especial, cuya vigilancia quedará a cargo de la autoridad administrativa correspondiente; en caso contrario, se dará por terminada la reclusión provisional,

dándose aviso a las autoridades administrativas competentes para que tomen las providencias que sean pertinentes.

Pero si se comprueba que el inculpado, aún cuando padece algún proceso psicopatológico, puede darse cuenta del procedimiento, éste continuará por los trámites ordinarios hasta dictarse sentencia.

Cuando al momento de tomarse al inculpado, su declaración preparatoria, el Juez estima que se encuentra en un estado de inconsciencia notorio, que lo imposibilite para la practica de la diligencia, se abstendrá de llevarla a cabo, nombrándole defensor. En el mismo acto de la diligencia, y de ser posible, se oirá la opinión de un perito médico legista sobre el estado de inconsciencia.

Ahora bien cuando se ordena la reclusión provisional del inculpado, para que la misma pueda prolongarse por más de setenta y dos horas, deberá justificarse con el auto de término constitucional.

Por otra parte, cuando se estime procedente entregar al inculpado a ia persona a quien corresponda hacerse cargo de él, ésta deberá de protestar el fiel desempeño del cargo que se le confiere, quedando obligada a comunicar al Tribunal cualquier alteración psíquica que sufiere el inculpado, para que se tomen las medidas convenientes, con audiencia del perito psiquiatra. Pero si ésta no se presenta, se encomendará la custodia de aquél a las instituciones de beneficencia publica o privada que designe la autoridad judicial.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN.**

Promulgado el 26 de febrero de 1990 por el Gobernador del Estado Licenciado Jorge A. Treviño publicado en el periódico oficial de fecha 28 de marzo

del mismo año, entrando en vigor el 30 del mismo mes y año, abrogando el Código de 21 de diciembre de 1984.

Código que prevé el proceso relativo a los enfermos mentales en los artículos 487 a 492, en el título décimo, en su capítulo único.

En éste sentido, inmediatamente que se advierta en cualquier etapa del procedimiento, que la persona o personas involucradas en la comisión de un hecho delictuoso, presenten signos de inimputabilidad por causas de psicosis, retraso mental o sordomudez, el Ministerio Público ejercerá acción penal cuando se encuentre en el periodo de averiguación previa, a efecto de que el Juez resuelva su situación jurídica.

Cuando el Juez pronuncie auto de formal prisión o de sujeción a proceso, deberá de suspender el procedimiento y ordenará de oficio, a petición del Ministerio Público o de la defensa, la apertura del procedimiento especial.

Éste procedimiento constará de dos etapas, en la cuales intervendrán las partes. La representación legal del indiciado o presunto responsable, correrá a cargo del defensor que le sea designado y del tutor especial, que para tal caso deberá designar inmediatamente el Juez.

En la primera etapa, se recabarán todas las pruebas necesarias y las que ofrezcan las partes, para que el Juez esté en aptitud de resolver si se está ante un enfermo mental por psicosis, retraso mental o ante un sordomudo.

La apertura del procedimiento especial se notificará a las partes y al tutor, y dispondrán de cinco días comunes, contados desde el siguiente a la notificación, para ofrecer pruebas, mismas que desahogarán dentro de los treinta días siguientes.

Desahogadas las pruebas, el Juez dispondrá de quince días para dictar sentencia, en la que resolverá exclusivamente sobre la imputabilidad. Si la resolución del Juez es en el sentido de que el sujeto es imputable, cerrará el procedimiento especial. Y las pruebas ofrecidas y desahogadas en ésta primera etapa, podrán ser valoradas al dictarse la sentencia en el procedimiento común.

En caso de que la resolución determine que se está en presencia de un inimputable, el Juez dictará un auto en el que declare la apertura de la segunda etapa del procedimiento especial, la que se mandara notificar a las partes y a su tutor.

El Juez abrirá el periodo de pruebas, para precisar si el inculpado realizó o no la conducta que se le atribuye, ordenando la apertura de un periodo de ofrecimiento y desahogo de pruebas para las partes y el tutor, plazo que será de cinco días comunes.

Desahogadas las pruebas ofrecidas, el Juez, dentro de un plazo de quince días, contados a partir del día siguiente a la última prueba desahogada, dictará sentencia que versará sobre la participación o no del inimputable en los hechos que se le atribuyen.

En caso de que se compruebe que el inimputable participó en los hechos, procederá el Juez a imponerle una de las medidas de seguridad, previstas en el Código Penal de la Entidad. Si se comprueba que el inimputable no participo en los hechos, se decretará el sobreseimiento, poniéndolo en libertad, y recomendando a sus familiares someterlo a tratamiento curativo, o internarlo en su caso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE OAXACA.**

Promulgado el 22 de octubre de 1979 y publicado en el periódico oficial número 32 segunda sección de fecha 9 de agosto de 1980, entrando en vigor a los 90 días de su publicación.

Legislación que también prevé un procedimiento relativo a enfermos mentales en su título séptimo, capítulo primero dentro de los artículos 504 al 508, cuyo contenido es idéntico al de los preceptos respectivos del Código de procedimientos Penales para Chihuahua, guardando estrecha relación el análisis efectuado en el apartado respectivo a dicha Entidad Federativa, considerando por tal motivo prudente remitirnos al mismo, para evitar análisis innecesarios, dada la similitud de sus disposiciones.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO.**

Promulgado por el Gobernador del Estado Licenciado Mariano Palacios Alcocer el 3 de julio de 1989, ordenando publicarlo en el periódico oficial de fecha 22 de noviembre de 1992, y cuya vigencia comenzó a los 40 días de su publicación.

De la misma forma, que la anterior Legislación, los preceptos de éste ordenamiento legal mantienen identidad con el contenido de los artículos del capítulo respectivo de la Legislación de Baja California y de Baja California Sur, toda vez, que el título primero de éste Código prevé la apertura de un procedimiento especial para inimputables dentro de los artículos 339 al 346, que llevan implícitas las disposiciones de las Entidades Federativas citadas. Por lo que es menester dirigirnos para su consulta al apartado respectivo de la presente

investigación.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO.**

Publicado en el periódico oficial de fecha 7 de octubre de 1980, y entró en vigor 15 días después de su publicación.

Legislación que dispone dentro de los artículos 456 al 464, Capítulo Decimosegundo el procedimiento relativo a los enfermos mentales, cuyas reglas para iniciar el procedimiento y la examinación del inculcado por peritos es similar al de las demás Entidades Federativas, ordenando su internación provisional.

Cuando se comprueba el delito y que en el tuvo participación el acusado, de oficio el Juez ordenará su internación definitiva, hasta su curación.

Si durante el proceso el acusado enloquece se suspenderá el procedimiento, mandándosele examinar por perito o peritos médicos y, de ser necesario, oyendo al Ministerio Público y al defensor, se internará al acusado bajo la vigilancia de la autoridad correspondiente, señalándose para la internación un establecimiento adecuado. Quedando a cargo de la autoridad administrativa su vigilancia.

Asimismo prevé la posibilidad de que las personas enfermas y recluidas sean entregadas a quienes corresponda hacerse cargo de ellas, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de doscientos mil pesos, a juicio del Juez, para garantizar el pago del daño que los enfermos pudieran ocasionar por cualquier causa. Pero si el Juez estima que con dicha garantía no queda asegurado el interés de la sociedad, las personas enfermas seguirán en el establecimiento especial en que estuvieren recluidas.

Por lo tanto cuando el Juez estime procedente entregar al acusado a la persona a quien corresponda hacerse cargo de él, la misma deberá protestar el fiel desempeño de su cometido, quedando obligada a comunicar al Juez cualquier alteración psíquica o personal que sufre el acusado, para que se tomen las medidas convenientes, con audiencia del médico legista. Y si ésta no se presenta, podrá encomendarse la custodia de aquél a las instituciones de beneficencia pública o privada que designe el Juez.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.**

Promulgado el 22 de abril de 1993 por el Gobernador del Estado Licenciado Teofilo Torres Corzo, y publicado en el periódico oficial de fecha 4 de mayo de 1993, entrando en vigor 30 días después de su publicación, abrogando el Código de Procedimientos Penales en vigor el 2 de octubre de 1944.

Legislación que dentro de los artículos 479 al 482, Capítulo Único, Título séptimo establece reglas específicas para el seguimiento de un procedimiento a los inimputables, los cuales en su contenido son idénticos a los preceptos respectivos del Código de Procedimientos Penales de los Estados de Chihuahua, Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Veracruz, por tal motivo al haber en su oportunidad estudiado la primera de las legislaciones citadas nos remitiremos para su consulta al apartado correspondiente del presente capítulo.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SINALOA.**

Código que fuera promulgado por el Gobernador del estado Antonio Toledo Corro el 22 de agosto de 1986, publicado en el periódico oficial del estado el 26 de

septiembre de 1986 y en vigor a partir del 15 de noviembre del mismo año, abrogando así la Legislación que se encontraba vigente a partir del 15 de abril de 1940.

Establece dentro del Título Noveno, en un capítulo único el procedimiento relativo a los enfermos mentales, y en forma precisa en los artículos 483 al 487, cuyo contenido es semejante a los preceptos contenidos en los capítulos respectivos de las Legislaciones procesales de la materia a estudio de las Entidades Federativas de Chihuahua, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz. Debiendo remitirnos por tanto al punto que antecede, donde se realiza el estudio correspondiente.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SONORA.**

Legislación promulgada por el Gobernador del Estado Licenciado Horacio Sobarzo el 1 de agosto de 1949, publicado en el boletín oficial de fecha 2 del mismo mes y año y la cual entró en vigor el 1 de septiembre del año en cita.

Al igual que la Legislación anterior éste Código dentro de los artículos 446 al 450 establece reglas específicas para el juzgamiento de enfermos mentales infractores, específicamente en el capítulo primero del título décimo segundo, cuyo contenido es igual al del Código Procesal Penal del Estado de Chihuahua, por lo que en vista de innecesarias repeticiones se reproducen las consideraciones apuntadas en el apartado que antecede.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TABASCO.**

Publicado en el periódico oficial de fecha 22 de febrero de 1997,

ordenamiento que entró en vigor el 1 de mayo de 1997.

Entidad Federativa que cuenta dentro de su Legislación con reglas específicas para la apertura de un procedimiento especial relativo a inimputables, las que se encuentran previstas capítulo segundo, específicamente en los artículos 264 al 267, cuyo contenido guarda íntima relación y similitud con los preceptos respectivos de la Legislación Procesal Penal del Estado de Morelos, por tal motivo al resultar idénticas dichas disposiciones y al haber sido analizadas en el apartado respectivo, consideramos prudente remitirnos a éste.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS.**

Promulgado por el Gobernador del Estado Doctor Emilio Martínez Manautou el 29 de diciembre de 1986, publicado en el periódico oficial el 17 de enero de 1987, y cuya vigencia comenzó el 15 de febrero del mismo año.

Legislación que también prevé un procedimiento para inimputables en su título noveno, capítulo único, dentro de los artículos 501 al 506, cuyo contenido es idéntico al de los preceptos respectivos del Código de Procedimientos Penales para el Estado de Nuevo León, guardando estrecha relación el análisis efectuado en el apartado respectivo a dicha Entidad Federativa, considerando por tal motivo prudente remitirnos al mismo, para evitar análisis innecesarios, dada la similitud de sus disposiciones.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TLAXCALA.**

Promulgado por el Gobernador del Estado Licenciado Emilio Sánchez Piedras el 18 de diciembre de 1979, quien ordenó se publicara en el periódico

oficial del Estado el 2 de enero de 1980, entrando en vigor al día siguiente de su publicación.

El procedimiento relativo a los enfermos mentales dentro de ésta Legislación se encuentra previsto en el título décimo dentro de los artículos 420 a 439.

Y al igual que la Entidad Federativa de Nayarit prevé las reglas que deberán observarse para juzgar a enfermos mentales, y toda vez que los preceptos de ambos Estados guardan la misma relación y su redacción es idéntica, a efecto de no duplicar su estudio nos remitiremos al apartado correspondiente.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE VERACRUZ.**

Código que fue expedido por el Gobernador Constitucional del Estado libre y Soberano de Veracruz, Adolfo Ruiz Cortines, publicado en el periódico oficial los meses de febrero y marzo de 1948.

Dentro de la Legislación de ésta Entidad Federativa en el artículo 391 contempla entre otras hipótesis de suspensión del procedimiento, la prevista en su fracción III.- Cuando enloquezca el procesado, cualquiera que sea el estado del proceso.

En éste orden de ideas, resulta menester apuntar que una vez que inicia el procedimiento, el artículo 418 del ordenamiento en cita impone la obligación a la autoridad judicial, que tan pronto como se sospeche que el inculpado está loco, idiota, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, lo mandará examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria, si existe motivo fundado, debe ordenar

provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial.

Para tales efectos, e inmediately que se compruebe que el inculpado está en alguno de los casos a que se refiere el párrafo que antecede cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial en que la Ley deja al recto criterio y a la prudencia del Tribunal la forma de investigar el delito imputado, la participación que en ella hubiere tenido el inculpado, y la de estudiar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial

En los subsecuentes preceptos, prevé que en caso de que se compruebe el delito y que en el tuvo participación el inculpado, previa solicitud del Ministerio Público y en audiencia de éste, del defensor y del representante legal, si los tuviere, el Tribunal debe de resolver el caso, ordenando la reclusión del inculpado en términos de lo dispuesto por los artículos 32, fracción VIII y 57 del Código Penal

Ahora bien, puede ocurrir que en el curso del proceso el inculpado enloquezca, ante tal hecho el Órgano Jurisdiccional ordenará suspender el procedimiento en los términos del artículo 391, fracción III, al que se hace alusión en los párrafos que anteceden, remitiéndolo al establecimiento que resulte ser adecuado para su tratamiento, quedando a cargo del órgano que designe el Ejecutivo del Estado, la vigilancia del recluso.

➤ **CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE ZACATECAS.**

Expedido por el Gobernador del estado José Rodríguez Elías, y publicado en el periódico oficial de la entidad el 19 de julio de 1967, entrando en vigor hasta

el 17 de septiembre del mismo año.

En el Título segundo, capítulo primero dentro de los artículos 452 al 466, establece el procedimiento a seguir para sujetar a juicio a los enfermos mentales infractores de la Ley penal, sin embargo en virtud de que el contenido de dichos preceptos es igual al de los artículos respectivos de la Legislación Procesal Penal del Estado de Tlaxcala, nos remitiremos para su consulta al apartado respectivo, para evitar esgrimir consideraciones ya efectuadas en el mismo.

➤ CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES VIGENTE.

Código que fue promulgado por el Presidente Constitucional Sustituto Abelardo L. Rodríguez, publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 30 de agosto de 1934, mismo que entró en vigor el día 1 de octubre del mismo año.

Legislación Federal que en su título decimosegundo prevé un procedimiento relativo a los enfermos mentales, a los menores y a los que tienen el habito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, siendo en el capítulo I en el que se establecen las reglas que deberán de observarse para el seguimiento del procedimiento a los enfermos mentales, las que se encuentran contenidas en los artículos 494 al 499.

Es menester apuntar que el contenido de los preceptos citados resulta muy semejante al de los respectivos artículos del Código de Procedimientos Penales para el Estado de Chihuahua, por lo anterior en virtud de que establece que tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbécil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, el Tribunal lo mandara examinar por peritos médicos, sin perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Y si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial.

En éste sentido, inmediatamente que se compruebe que el inculpado está en alguno de los casos a los que se hace referencia, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial, en el que la Ley deja al recto criterio y a la prudencia del Tribunal la forma de investigar la infracción penal imputada, la participación que en ella hubiere tenido el inculpado, y la de estudiar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial.

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

Si se da la situación de que en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento, remitiéndosele a un establecimiento adecuado para su tratamiento. Cuya vigilancia estará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.

3.1.2. ALCANCE Y EFECTOS DE LA LEGISLACIÓN PROCEDIMENTAL PENAL PARA LOS ENFERMOS MENTALES EN MÉXICO.

Dentro de éste apartado se analizará cual es el alcance legal que tiene la conducta desplegada por un enfermo mental cuando trasciende al campo de lo ilícito, al incurrir no en un delito sino en una infracción y, el efecto que produce el sujetarlo a un procedimiento especial para enfermos mentales no obstante su condición psíquica.

Conforme a la Legislación Procedimental Penal, el sistema de administración de justicia se encuentra ordenado a través de un conjunto de normas adjetivas de naturaleza instrumental, que conforman el extenso campo del

proceso penal.

Éstas normas adjetivas que delimitan todo el conjunto de actos que deben realizarse por los Órganos Jurisdiccionales, regulados por la normativa procesal penal, deben encontrarse íntimamente relacionados con los sujetos capaces de cometer delito.

El enfermo mental, en éste sentido, debe ser observado procesalmente desde la perspectiva de las normas sustantivas penales que regulan lo relativo a la imputabilidad, en concordancia con las normas procesales, que le dan relevancia al enfermo mental como sujeto que amerita un tratamiento especial dentro del proceso penal.

Bajo éste orden de ideas, cabe plantearnos en ésta fase procesal, si el sujeto es una persona que puede ser ubicada en el campo de la normalidad o si, por el contrario, es una persona que se encuentra afectada desde un punto de vista mental y, consecuentemente ubicable en el campo de las personas imputables o de las personas a las que corresponde la aplicación de medidas de seguridad.

Como se desprende del estudio comparativo efectuado en las Legislaciones Procedimentales de las diferentes Entidades Federativas, en algunas de ellas da lugar al momento en que se pone a disposición de la autoridad judicial a una persona que padece algún tipo de incapacidad mental, esto es que por su condición psíquica pudo no haber comprendido el carácter ilícito del hecho que se le imputa, a que se ordene la apertura de un procedimiento especial, previa examinación que de éste lleven a cabo dos peritos psiquiatras, quienes al momento de dictaminar deberán determinar el grado de incapacidad mental, y de ser posible en tipo de enfermedad mental que éste padezca para efectos de que el Órgano Jurisdiccional se encuentre en aptitud de ordenar la suspensión de dicho

procedimiento mediante la imposición de una medida de seguridad, a través del internamiento de éste sujeto en un centro de salud mental, hospital psiquiátrico o institución análoga; o bien, como ya se estableció en el punto que antecede inclusive darle seguimiento a dicho procedimiento, en el que se agotarán las etapas previstas para el mismo con la comparecencia del tutor o representante del enfermo mental sujeto a proceso. Y para el caso de que la enfermedad mental sobrevenga durante la secuela procesal ordenar la suspensión del mismo.

De lo anterior se desprende que en la Legislación Procedimental Penal, no sólo se requiere la salud mental para el momento de la perpetración del hecho, es decir, para poder estimar al sujeto como agente del delito, sino que también, como lo ordena la norma, se requiere de salud mental para ser sujeto de un procedimiento ordinario.

Así las cosas, se debe de tomar en cuenta las cualidades mentales del sujeto en dos momentos, primeramente en lo que se refiere o relaciona al sujeto con la oportunidad de ejecución del hecho punible y en segundo lugar, lo relativo a una situación de enajenación del sujeto posterior al hecho punible, y que es la que debe considerarse como la correspondiente a la suspensión de su cualidad de sujeto procesal.

Por otra parte, los efectos que produce el que un enfermo mental quede sujeto a un procedimiento especial son variantes, y para poder establecerlos debemos partir del hecho de que éste tipo de personas son por lo general de escasos recursos económicos y con graves limitaciones en sus facultades para regir su propia persona y sus actos. Éstas circunstancias conducen a que, por lo general, la defensa en juicio de éstos enfermos se asigne a los defensores de oficio.

Así, la propia dinámica de la designación del abogado de oficio y las



limitadas capacidades de los enfermos mentales infractores provocan que la labor de defensa resulte difícil de preparar, pues ni siquiera el interesado se suele poner en contacto directo con su defensor, de tal modo que la psicopatología pasa en ocasiones desapercibida, generando el internamiento en prisión de los mismos .

Los enfermos mentales desde siempre (con excepción del Distrito Federal por un lapso de cinco años) han sido reclusos y abandonados en los espacios más alejados del centro penitenciario, no se desea la interacción de ellos con el resto de la población de internos, y en ocasiones, se les ha ubicado en celdas y dormitorios en convivencia obligatoria con homosexuales, multirreincidentes e internos que se niegan al tratamiento de readaptación social o que han puesto en riesgo la seguridad del Centro Penitenciario; condiciones que conllevan una sola y grave consecuencia: la sobrevictimización del enfermo mental en la prisión.

Dicha sobrevictimización se conforma de abuso sexual, torturas y lesiones, explotación laboral, aislado tratamiento médico psiquiátrico, ninguna participación en actividades de readaptación social, inexistente contacto con el exterior, abandono jurídico, etcétera.

Otro efecto que produce, es que al momento en que el Órgano Jurisdiccional ordena la suspensión del procedimiento para imponerle una medida de seguridad al enfermo mental infractor, éste es enviado a un hospital psiquiátrico, institución de salud o centro análogo, en donde puede permanecer recluso por años debido a la cronicidad de la patología.

Lo que lleva consigo que la autoridad ejecutora y el propio Juez tengan la obligación el primero de tener un seguimiento periódico y constante de la medida de internamiento decretada, y el segundo en mantener el expediente judicial activo, en tanto en cuanto las circunstancias del paciente aconsejaren persistir con el internamiento o hasta, que evolucionara favorablemente la enfermedad, o bien,

desapareciera la peligrosidad criminal del sujeto.

Propiciando con ello, dada la gran cantidad de pacientes que albergan éstos centros psiquiátricos o de salud mental, que sean rezagados, o en su defecto, que pongan en serios peligros a los demás pacientes que si bien padecen una enfermedad mental, no menos cierto resulta que éstos no tienen inclinaciones criminales, colocándose en calidad de víctimas ante éstos enfermos mentales infractores, generando por tanto que dada la carencia asistencial, que éstos sujetos no encuentren alternativas institucionales para acogerlos. Ésta falta de alternativas ha situado a un buen número de enfermos mentales en la indigencia y la marginación, como una antesala de la delincuencia.

C A P Í T U L O

IV

CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA ENFERMOS MENTALES

4.1. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.

4.1.1. ANTECEDENTES.

4.1.1.1. MANICOMIO GENERAL DE "LA CASTAÑEDA.

4.1.2. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL DISTRITO FEDERAL.

4.1.2.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ".

4.1.2.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N.
NAVARRO".

4.1.3. HOSPITALES CAMPESTRES.

- HOSPITAL CAMPESTRE "DR. RAFAEL SERRANO"
- HOSPITAL CAMPESTRE "DR. SAMUEL RAMÍREZ
MORENO"
- HOSPITAL CAMPESTRE "DR. ADOLFO M. NIETO"
- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CAMPESTRE "DR.
FERNANDO OCARANZA".

4.1.4. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMÓN DE
LA FUENTE".

4.1.5. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL INTERIOR DE LA
REPÚBLICA.

4.2. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DEPENDIENTES DEL ESTADO.

4.2.1. CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

4.2.2. CENTRO VARONIL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

4.1. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.

Al través de los siglos, México en sus diferentes etapas históricas, ha sido un país en el cual siempre se ha destacado la preocupación por el conocimiento y resolución de los trastornos psiquiátricos.

4.1.1. ANTECEDENTES.

Desde la época prehispánica, los aztecas tenían nociones en relación con éste tipo de problemas y algunos aspectos de su medicina, naturalista y mágica, han llegado a nosotros al través de escritos del siglo XVI entre los cuales destacan, por su seriedad e importancia, el llamado Códice Badiano o *Libellus de Medicinalibus Herbis* y la *Historia de las Cosas de la Nueva España* de Fray Bernardino de Sahagún.

En ambos casos los conocimientos médicos vertidos fueron debidos a los informantes indígenas, médicos aztecas, que al fundarse unos cuantos años después de consumada la conquista, el Imperial Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco, fueron el medio de enlace entre la medicina europea recién llegada y la indígena, por muchos años transmitida de padres a hijos.

El Códice Badiano, escrito en el año 1552, es un pequeño manuscrito cuyas hojas tienen color crema por el tiempo, pero se encuentran en muy buen estado de conservación. Se consideran como coautores del mismo a Martín de la Cruz y a Juan Badiano. El primero, posiblemente un médico viejo que había aprendido su oficio antes de la conquista, era ya un hombre experimentado cuando se le encarga del trabajo. Ignorante del latín y con conocimientos limitados del español, lo escribe seguramente en náhuatl, dictándolo a la manera de los informantes de Sahagún. En su obra se titula *Médico del Colegio*, por lo que se piensa que estuviera encargado del cuidado de los indígenas enfermos y que colaborara con los frailes en la asistencia de los mismos.

Juan Badiano, originario de Xochimilco, era como él mismo lo dice, *Colegii Praelector*, o sea lector del colegio, siendo el traductor del libro al latín.

Durante casi tres siglos éste escrito permaneció desconocido y no fue sino hasta el año de 1922, en que se le encontró en un rincón olvidado de la Biblioteca del Vaticano por Charles Upson Clark.

En sus páginas, bellamente ilustradas con figuras pintadas con brillantes colores, en las cuales frecuentemente se intercalan símbolos aztecas como el del agua, la roca, la serpiente, etcétera, se hacen menciones para el tratamiento de diferentes procesos patológicos como la epilepsia y la depresión.

Fray Bernardino de Sahagún por su parte, en la *Historia de las Cosas de la Nueva España*, recogió la valiosa documentación proporcionada por sus informantes indígenas. En su libro, aparte de describir numerosas enfermedades, destaca la gran preocupación que originaba al pueblo azteca el problema del alcoholismo. Para frenar éste, recurrían a diferentes medios que iban desde la recomendación que hacía el emperador inmediatamente después de su elección, indicando a su pueblo que el octli (pulque) era el principio y raíz de todo mal, y que se abstuviera de beberlo, hasta el repudio del alcohólico por todas las clases sociales. Los castigos iban desde exponerlo a la vergüenza pública con la cabeza rapada, hasta las penas corporales, como apalearlo y aun condenarlo a muerte, sobre todo si era noble o sacerdote.

Llama la atención el hecho de que a los viejos se les permitía beber sin restricciones, destacando así su espíritu de justicia que permitía los placeres de la bebida sólo a aquellos cuya vida activa había terminado y no iban a ser una carga para la sociedad.

Con la llegada de los españoles éstos castigos fueron abolidos por inhumanos, originándose poco tiempo después un aumento considerable del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problema del alcoholismo entre los aborígenes, que las nuevas medidas de control no pudieran frenar.

Durante la Colonia, México vuelve a destacar en materia psiquiátrica, al ser el primer país de América y uno de los primeros del mundo en que se fundara un establecimiento para alojar enfermos mentales.

Los hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador (para hombres el primero y para mujeres el segundo), obras de la caridad de Bernardino Álvarez y de José Sáyago, respectivamente, persistieron como tales en medio de las vicisitudes políticas del siglo XIX mexicano de las que fueron reflejo.

Bernardino Álvarez que había hecho su fortuna en Perú, al regresar a Nueva España siente el llamado humanitario de atender a sus semejantes, dejando fortuna y posición para dedicarse a cuidar enfermos, fundando en 1566 el Hospital de San Hipólito en unos terrenos cercanos a la ermita del mismo nombre, en donde recibe y atiende caritativamente a ancianos y enfermos mentales.

Otro aspecto de la obra fundadora de Fray Bernardino Álvarez, fue el establecimiento de dos redes hospitalarias para el auxilio de los viajeros que venían de Oriente y Occidente a la Nueva España. La primera, dirigida hacia el Pacífico, estuvo formada por los hospitales de Santa Cruz de Oaxtepec, en el actual estado de Morelos, y Santa María de la Consolidación de Acapulco. La segunda, dirigida al Golfo de México, la formaron los hospitales de San Roque de Puebla, Santa María de Belem de Perote, La Concepción de Jalapa y San Martín de Veracruz. Se fundó, incluso, uno más en La Habana, Cuba. Todos dependían de San Hipólito de México. En el Hospital de San Hipólito se trataba tanto a los pacientes españoles como a los indios.

Años más tarde, varios eclesiásticos se unen al ilustre fundador, constituyendo una congregación que se llamó "Hermanos de la Caridad" y

posteriormente de los Hipólitos, que por muchos años se encargó de la atención de los enfermos mentales que el hospital alojaba.

En ésta forma nuestro país se adelanta más de dos siglos a cualquier otro de América en el establecimiento de una Institución psiquiátrica, ya que no es sino hasta 1773 y 1785 cuando comienzan a funcionar establecimientos para atender enfermos mentales en Williamsburg, Virginia; y Quito, Ecuador.

La orden de los Hermanos de la Caridad fue suprimida por decreto de las Cortes Españolas el primero de octubre de 1821. A partir de esa fecha, el hospital paso a manos del Ayuntamiento de la ciudad. Los religiosos exclaustrados se siguieron ocupando de la atención de los pacientes mentales hasta 1843, en que la atención pasó a cargo de los administradores nombrados por la autoridad civil.

El Hospital del Divino Salvador estuvo dedicado a la atención de las mujeres enfermas mentales y por haber sido construido en la calle llamada La Canoa, se le conoció como el manicomio de La Canoa. Al igual que el de San Hipólito, el hospital del Divino Salvador fue obra de un particular y de su iniciativa caritativa: José Sáyo. Éste humilde carpintero quiso remediar la triste suerte de las enfermas mentales que vagaban por la ciudad y junto con su esposa se preocupó por recogerlas, albergarlas y mantenerlas en su propia casa. Su filantropía movió la compasión del arzobispo de México Aguiar y Seijas quien lo ayudó a trasladar a las enfermas a una casa más grande frente al antiguo colegio de San Gregorio. El arzobispo pagó la renta del inmueble y la alimentación de las internas, llegando a tener hasta 66 enfermas.

A la muerte del prelado en 1698, la institución quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador, la que compró la casa de la calle de La Canoa (actual de Donceles) quedando levantado el nuevo hospital en 1700. Junto a ésta Congregación, el hospital para mujeres dementes, el primero de ese género en la Nueva España, recibió también un gran apoyo de la Compañía de Jesús. La

Congregación del Divino Salvador contaba con más de 800 miembros entre eclesiásticos y civiles prominentes del virreinato, que se dedicaban a obras pías y de caridad. A lo largo del siglo XVIII aumentaron las ayudas, lo que se tradujo en la mejoría de sus instalaciones. Otra cofradía que se ocupó de ésta institución fue la Real Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de Mujeres Dementes. A partir de la expulsión de los jesuitas de los dominios borbónicos, decretada por Carlos III, el hospital quedó bajo la tutela del Real Patronato hasta la consumación de la Independencia. Un soberano decreto de fecha 13 de julio de 1824 puntualizó que el hospital pertenecía a la Nación a través del ayuntamiento de la Ciudad.

En 1855, el hospital quedó a cargo de la Sociedad de San Vicente de Paul, quien recomendó que fueran las Hermanas de la Caridad quienes se ocupaban directamente de la atención de las pacientes. Estas religiosas actuaron con tal cuidado, que se pidió su colaboración para el hospital de San Hipólito.

Paralelamente al tratamiento curativo que se establecía para las pacientes de acuerdo con los medios de la época, se atendía a sus necesidades espirituales. En 1859 se creó el Reglamento de Gobierno Interno de la Institución, en el que destacaban las precauciones que deberían tenerse para impedir posibles abusos, como el hacer pasar por dementes a personas que no lo eran, para encerrarlas en el hospital por motivos extramédicos.

En 1871 el cabildo de la ciudad dispuso "que el hospital sirva de asilo a niñas y señoras para evitar la corrupción" y las autoridades remitían mujeres en calidad de depositadas, que convivían con las pacientes. En 1874, como consecuencia de la ley de Lerdo de Tejada, las Hermanas de la Caridad fueron lanzadas del establecimiento y poco a poco la institución fue cayendo en un lamentable abandono, a pesar de los esfuerzos de algunos de los médicos que se congregaron al estudio y tratamiento de los enfermos mentales. Entre éstos habría que mencionar al doctor Alvarado, quien desde 1860, en que se hizo cargo

de la dirección del establecimiento, inició el registro de las pacientes en rudimentarias historias clínicas. Instaló cuartos de colores con luz azul para las excitadas y roja para las deprimidas. La sobrepoblación condujo a éste hospital a una situación crítica: en 1882 había 203 aisladas, y en dormitorios destinados a 8 enfermas se amontonaban 25 ó 30.

4.1.1.1. MANICOMIO DE LA CASTAÑEDA.

La psiquiatría del siglo XX tuvo su raíz en la fundación de una institución planeada de acuerdo con las normas hospitalarias más modernas del momento: el manicomio general de "La Castañeda". Cuando en 1910 sustituyó a los hospitales del virreinato que se encontraban en la más miserable de las condiciones, se pensó que en el campo de la medicina mental se podría alcanzar el nivel de las grandes instituciones europeas que fueron su modelo arquitectónico. Durante los cinco decenios en que funcionó fue la cuna de la psiquiatría mexicana y el lugar de trabajo de las principales figuras de ese periodo.

La construcción de un hospital moderno según los lineamientos de las grandes instituciones europeas, formaba parte de la política de Díaz de mostrar al mundo el impulso modernizante de su régimen. El 11 de julio de 1909, el presidente Díaz colocó la primera piedra del gran edificio que se inauguró el primero de septiembre de 1910. El gobierno compró la antigua hacienda de La Castañeda, perteneciente a la municipalidad de Mixcoac. Ésta hacienda contaba con hermosos jardines y era sitio de recreo para los habitantes que viajaban hasta ahí como lugar de descanso.

Sobre una superficie de 141,662 m² se levantó un gran pabellón de servicios generales, se construyeron 25 edificios, 13 de ellos destinados a los enfermos, y el resto a talleres, baños, anfiteatro, etc. Todo ello tuvo un costo de \$1'783,357.13. Era sin duda la institución más grande del país y cuando albergó a los internados del manicomio de San Hipólito, los de La Canoa y los provenientes

de otros estados de la República, significo, sin duda, para éstos, un cambio favorable en sus condiciones de vida. Además de la rapidez de su construcción debe resaltarse que fue planificado cuidadosamente por ingenieros, arquitectos y médicos para hacerlo funcionalmente apto. San Hipólito había durado 344 años y La Canoa, 210.

En un principio, la obra, la obra fue proyectada para albergar entre 800 y 1000 pacientes. Para 1950 albergaba 3000 pacientes. La misma historia de los dos manicomios anteriores se repitió en el de La Castañeda. La sobrepoblación y la incuria volvieron a dar el traste con los buenos proyectos. A pesar de las estrecheces y de las dificultades, ahí laboraron los primeros especialistas, autodidactas muchos de ellos, y en esos pabellones asistían para formarse junto a ellos los jóvenes médicos interesados en la psiquiatría, antes del establecimiento de una educación universitaria formal.

En el Manicomio General de La Castañeda se aplicaron por primera vez en México los tratamientos psiquiátricos que surgieron a lo largo de dos décadas (1933-1952) y que serían los primeros realmente útiles en el tratamiento de los padecimientos mentales: el choque insulínico de Sakel y el choque por metrasol de Von Meduna. Pocos años después se agregaron el electrochoque de Cerletti y Bini, y la Lobotomía prefrontal de Egas Moniz. Entre 1933 y 1952, el escenario académico y científico de la psiquiatría en México fue ocupado por una reducida generación de médicos que se hizo notar por su dedicación a los trastornos neurológicos y mentales.

En los años 60, durante el gobierno de Díaz Ordaz, se llevó a cabo el traslado de los enfermos asilados en La Castañeda. La operación se llevó a cabo la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a cargo de Guillermo Calderón Narváez. Se construyeron varias granjas campestres y el Hospital Psiquiátrico Nacional "Fray Bernardino Álvarez", destinados a sustituir al

viejo manicomio de manera similar a como La Castañeda se proyectó como la solución moderna para sustituir a aquellos asilos a los que terminó pareciéndose.

Sin olvidar la humanitaria labor que llevó al carpintero José Sáyago a fundar con la ayuda del Arzobispo de México en 1700, el Hospital de La Canoa para alojar a mujeres dementes, ni el esfuerzo que representó en su tiempo la construcción del Manicomio General de La Castañeda en México y, posteriormente, la creación de las primeras granjas para enfermos mentales y en forma muy destacada del Instituto Nacional de Neurología, considero que el paso más trascendente en la época moderna ha sido la realización del "Plan Castañeda", por medio del cual, en una operación de gran consecuencia médica y social, se eliminaron totalmente las instalaciones obsoletas del citado Manicomio de La Castañeda substituyéndolas por modernas instalaciones.

La Castañeda fue construida al principio de éste siglo, cuando privaba el criterio de que el establecimiento psiquiátrico tenía como objetivo único el aislar al paciente con el objeto de proteger a la sociedad en que vivía. Habiendo sido planeada para albergar a 800 pacientes, con el tiempo había llegado a tener internados a más de tres mil.

Con objeto de coordinar actividades, se integró la "Comisión para el movimiento de enfermos de La Castañeda", formada por dos grupos de personas: el de los representantes de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el de los Asesores Técnicos.

Ésta Comisión trabajó intensamente para lograr la armonía de conceptos y tendencias de la moderna asistencia psiquiátrica, en un esfuerzo por lograr la mejor forma de sustituir la vieja institución de la calle Castañeda, motivo por el cual, estas actividades coordinadas recibieron el sobrenombre de "Operación Castañeda".

Antes de pasar a la preparación de los proyectos arquitectónicos definitivos, se consideró indispensable prever las consecuencias que en lo económico, suponía la elección de algunos de estos sistemas, considerando un lapso de previsión de 20 años.

La evaluación del proyecto tuvo por objeto preparar la selección de la mejor alternativa para resolver el problema, tomando en cuenta que cada una de ellas era capaz de proporcionar el mismo grado de mejoramiento en la asistencia médica de los enfermos. La mejor sería aquella en que a igualdad de servicios, significara una mejor inversión del capital, tomando en cuenta tanto los gastos inmediatos como los del futuro.

El método de evaluación utilizado consistió en obtener, por una parte, la suma de los gastos: construcción, conservación, reconstrucción y operación, en que se incurriría en cada uno de los años a lo largo del lapso de previsión, y por otra, con objeto de deducirla de la anterior, la suma de los ahorros que cada una de estas anualidades representaría con respecto a los gastos que requerirían las instalaciones existentes, suponiendo que se realizaran las inversiones.

A fin de poder relacionar los gastos y ahorros del presente con gastos y ahorros del futuro, fue necesario recurrir a un procedimiento que permitiera calcular hoy las inversiones de años venideros; con tal objeto se empleó una tasa de actualización (12%) que es la que se utiliza en México para evaluar las inversiones en otras esferas del sector público.

El resultado de deducir el ahorro actualizado, del costo total actualizado, expresaba el costo social de cada una de las alternativas contempladas con fines comparativos, como una operación integral a lo largo de veinte años.

Después de un estudio cuidadoso, la alternativa elegida, y que fue realizada en su totalidad, comprendió los siguientes edificios:

- 1.- Un hospital para enfermos mentales agudos de 630 camas.
- 2.- Un hospital pediátrico para rehabilitación psiconeurológica de 200 camas.
- 3.- Tres hospitales campestres de 520 camas cada uno.
- 4.- Un hospital-hogar para enfermos de difícil recuperación de 632 camas.

El promedio de estancias calculado fue de dos meses para el hospital de agudos y de ocho meses para los hospitales campestres. La inversión efectuada en gastos de construcción y equipo de las nuevas instalaciones fue de \$158,757,346.19.

Considerando que instalaciones adecuadas no resuelven por sí solas el problema de asistencia psiquiátrica, si al mismo tiempo no se cuenta con personal idóneo y debidamente entrenado, se procedió a seleccionar y capacitar al personal que laboraba en el Manicomio General, ya que su experiencia de años trabajando con enfermos mentales era un elemento valioso que había que capitalizar.

A fin de preparar personal especializado, se organizó la docencia para los médicos residentes de los hospitales psiquiátricos. Con el decidido apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, se realizó un curso de posgrado en Enfermería Psiquiátrica, que ha sido la base de formación de elementos calificados, que con el médico, han construido la piedra angular del funcionamiento de los nuevos hospitales.

Se otorgaron becas en los cursos para terapeutas ocupacionales en el Hospital Infantil de México, y en coordinación con las Escuelas de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, se logró que

enviaran a buen número de pasantes a efectuar su servicio social en los nuevos hospitales.

4.1.2. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL DISTRITO FEDERAL.

En éste apartado se hará una breve referencia a los Hospitales psiquiátricos que actualmente se encuentran en funcionamiento en el Distrito Federal.

4.1.2.1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

Para enfermos agudos, con cupo para 630 enfermos y un moderno edificio de tipo vertical de 10 pisos de altura, se ha planeado para que constituya el corazón del sistema.

La sección de consulta externa cuenta con ocho consultorios para médicos, cuatro para psicólogos y cuatro para trabajo social, dos cámaras de Gessel, dos salones de terapia de grupo, archivo clínico y un departamento de admisión, con entrada independiente para enfermos que por sus condiciones psíquicas no es posible recibir en los consultorios ordinarios de libre acceso al público.

Un departamento de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, integrado por laboratorios clínicos, gabinete de radiodiagnóstico y de electroencefalografía, farmacia, quirófano, sección de terapia intensiva con 24 camas para padecimientos intercurrentes médico-quirúrgicos de todo el sistema, centra de esterilización y equipo, almacén de sangre y consultorios de dental, oftalmológico, otológico y de especialidades varias. Ésta sección ésta debidamente instalada entre la consulta externa y los pisos de internamiento a fin de dar un servicio eficiente a todos los enfermos.

Seis niveles de hospitalización con dos alas de 50 enfermos cada uno, debidamente ubicadas en secciones de una, tres y seis camas, permiten que el mismo equipo trabaje con hombres y mujeres indistintamente; cada piso de hospitalización atiende con sus propios elementos un despacho de consulta externa a fin de lograr una continuidad completa en servicios prestados a los enfermos, después que llegan por primera vez al hospital hasta que son controlados en la consulta posterior al internamiento. En la parte central de cada nivel y sirviendo al mismo tiempo para separar los servicios de hombres y mujeres, se localizan, una cámara de Gessel, una sala de juntas y el despacho del jefe del servicio con su secretaria. En cada una de las secciones hay seis consultorios, una estación de enfermeras, una cocina de distribución, un local amplio que funciona indistintamente como sala de día o como comedor y una sala de visitas.

Para realizar la terapia ocupacional y recreativa, cuenta el moderno nosocomio con seis talleres, dos áreas de socioterapia de usos múltiples (juegos a cubierto, visita familiar, funciones de cine y teatro, bailes, etcétera) con capacidad para doscientos cincuenta enfermos; además, tiene amplios jardines y juegos al aire libre.

La docencia, que es muy activa, tiene todas las facilidades para realizarse en forma moderna y eficaz dentro del hospital, que cuenta con seis aulas para 70 alumnos, un auditorio para 240 personas y una moderna biblioteca. La residencia médica tiene habitaciones para alojar a 25 médicos y 9 doctoras.

Oficinas de gobierno, servicios generales, cafetería y tienda para el público completan la moderna instalación.

4.1.2.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO".

Tiene cuatro funciones diferentes dentro de una unidad asistencial.

1.- Por una parte da alojamiento permanente a niños que, profundamente alterados, deben ser internados en forma custodial.

2.- En segundo lugar cuenta con una sección de internamiento de 32 camas para enfermos agudos que ameritan estancias breves, ya que el concepto moderno de tratamiento psiquiátrico de niños aconseja limitar hasta donde sea posible la estancia de los pequeños pacientes en el hospital, alejados de sus familiares.

3.- Una consulta externa con nueve consultorios para médicos y psicólogos, dos cámaras de Gessel y salones para terapia de juego, individual y colectiva, así como terapia recreativa consistente en juegos infantiles al aire libre.

4.- Finalmente. una guardería para preescolares que no ameritan hospitalización, pero que requieren asistir durante un periodo más o menos largo a la consulta externa, para su tratamiento rehabilitatorio y un hospital de día con las mismas características, para niños mayores.

Para la docencia se dispone de un aula para 60 personas. El hospital tiene habitaciones para seis médicos residentes. Las oficinas de gobierno, servicios generales y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cuentan con todos los elementos modernos para un correcto funcionamiento.

4.1.3. HOSPITALES CAMPESTRES.

Los hospitales campestres vienen a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos. Rejas, candados y control coercitivo han sido abandonados. Los nuevos establecimientos tienen puertas abiertas y en ellos el enfermo mental encuentra una remotivación para su vida en el propio ambiente.

Se da especial importancia a la terapia ocupacional, en talleres, granjas y huertas, mediante la cual el paciente se adapta a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo, a la responsabilidad personal y a la convivencia pacífica. La terapia recreativa es también especialmente estimulada, de tal forma que dentro de la comunidad el enfermo trabaja, produce, consume, se divierte y descansa, y al mismo tiempo recibe todos los beneficios de la terapéutica psiquiátrica..

Dentro del nuevo sistema se han construido tres hospitales de éste tipo:

- Hospital Campestre "Dr. Rafael Serrano": Inaugurado el 21 de junio de 1968. Para pacientes de tipo mixto, ubicado en El Batán, Puebla; con capacidad de 520 camas.
- Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno": Inaugurado el 28 de septiembre de 1967. Ubicado en el cruce entre el camino a Tláhuac y la autopista a Puebla (a 7 km del principio de la autopista). Destinado al tratamiento de pacientes hombres, mayores de 16 años, con posibilidades de rehabilitación. Con capacidad de 520 camas. Además cuenta con un pabellón de 100 camas, debidamente protegido, para enfermos del sexo masculino con procesos judiciales pendientes.
- Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto": éste hospital, ubicado en Tepexpan, Estado de México fue puesto en servicio el día 19 de febrero, continuando el programa que la Secretaría ha trazado para la transformación total de la asistencia psiquiátrica que tiene a su cargo. En ésta fecha se efectuó el traslado del reducido grupo de enfermas mentales que aún permanecían en el Manicomio General de La Castañeda.

El nuevo hospital, que es el quinto puesto en servicio del grupo de seis unidades psiquiátricas que substituyen al antiguo Manicomio General de La Castañeda, cuenta con modernas instalaciones, amplios jardines, talleres de terapia ocupacional, área de terapia recreativa y granja, que permitirán a las

pacientes disfrutar de un ambiente sedante y terapéutico que influirá en forma considerable a su recuperación y reintegración al medio familiar. Su función primordial es la atención terapéutica de pacientes psiquiátricos subagudos del sexo femenino, con posibilidades de rehabilitación y de edades comprendidas entre los 16 y los 60 años. La institución posee una capacidad para 524 camas. De estas 46 están destinadas para pacientes femeninas con procesos judiciales pendientes.

Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza".

Con el objeto de instalar en forma adecuada a los enfermos mentales crónicos, se planeó y construyó ésta unidad, adaptando parcialmente el casco de la antigua hacienda de San Miguel Eyecalco en Tizayuca, Estado de Hidalgo.

Éste hospital tiene como función principal la atención de pacientes adultos y adolescentes, con muy bajas posibilidades de rehabilitación, lo que supone estancias prolongadas y, en ocasiones, definitivas. Ésta finalidad la cumple el establecimiento a través de las unidades de alojamiento confortables y apropiadas para el tipo de enfermos, terapia ocupacional, recreativa y amplios patios y agradables jardines.

Cuenta además, con servicio médico general, laboratorio de análisis clínicos y gabinete dental. El edificio, en donde fue respetado el estilo colonial mexicano, es muy bello, y el ambiente de paz y tranquilidad que priva en él, contribuye en forma importante a tranquilizar y confortar a los pacientes.

4.1.4. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMÓN DE LA FUENTE".

El 26 de diciembre de 1979, por decreto presidencial, se creó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, un organismo público descentralizado, con presupuesto y gobierno propios, al cual se asignaron las siguientes funciones:

1. Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y salud mental.
2. Formar al personal capaz de llevarlas a cabo.
3. Adiestrar a profesionales y técnicos.
4. Hacer el estudio integral de los enfermos psiquiátricos.
5. Fungir como asesor de otros organismos oficiales y privados en el ámbito de su competencia.

El Instituto, cuyo fundador es el doctor Ramón de la Fuente, es uno de los Institutos Nacionales de Salud. Cuenta con módulos destinados a las áreas de investigación, enseñanza y capacitación y servicios clínicos y coordina actividades con las de otros Institutos Nacionales que, en sus campos respectivos, cumplen funciones semejantes. El Instituto cuenta con las instalaciones y el personal necesarios para la investigación científica de los problemas de la psiquiatría y la salud mental, proporciona a los médicos y al resto del personal en el campo, los medios técnicos y científicos para su adiestramiento y perfeccionamiento. El personal del Instituto dedicado a las labores de investigación está constituido por médicos, psicólogos, biólogos, químicos y sociólogos.

El Instituto lleva a cabo investigaciones en las siguientes áreas: neurociencias relacionadas con la psiquiatría, epidemiología y ciencias sociales e investigaciones clínicas.

La División de Neurociencias cuenta con laboratorios de neurofisiología celular, cronobiología, neurobiología, neuroquímica, neurofarmacología, análisis experimental de la conducta, psicobiología y etiología.

La División de Investigaciones Clínicas se ocupa de las causas, el curso y el desenlace de los trastornos mentales y de aplicar los procedimientos de diagnóstico, clasificación, tratamiento y prevención. Cuenta con los siguientes departamentos: psicobiología, neurofarmacología, genética, estudios especiales, neuroquímica y endocrinología.

En la División de investigaciones Epidemiológicas y Sociales se investiga la influencia de los factores sociales y ambientales en la salud mental para conocer la magnitud y características propias de estos problemas en el país. El estudio de las adicciones y la violencia son algunos de las áreas abordadas. La División cuenta con los siguientes departamentos: epidemiología, problemas psicosociales, investigaciones de servicios de salud e investigaciones conductuales.

El Instituto mantiene estrechas relaciones de trabajo con el resto de los Institutos Nacionales de Salud, con la Universidad Nacional Autónoma de México y con el Centro de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, mediante convenios que aseguran la continuidad de ésta colaboración. Desde su fundación, es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud y participa en sus programas de investigación y capacitación.

La estructura y funcionamiento de ésta institución, aunada a la calidad de su labor científica a cargo de 68 investigadores de tiempo completo, la colocan en un nivel de excelencia. Se reconoce que con el desempeño de las actividades mencionadas, el Instituto contribuye de manera efectiva al desarrollo científico de la psiquiatría en nuestro país y a su integración con el resto de la medicina.

A partir del 7 de septiembre de 1988, un nuevo decreto definió con mayor precisión su papel, amplió sus funciones y redefinió sus órganos de gobierno y administración.

4.1.5. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA.

Aunque durante el virreinato existió, como hemos visto, una red de hospitales a lo largo del país, fundada por los juaninos (de todos ellos sólo sobreviven el de San Roque, en Puebla), en realidad en el México moderno la atención de los pacientes mentales estuvo muy centralizada y el Manicomio General de La Castañeda recibía pacientes provenientes de toda la República. No obstante, hubo algunas experiencias en diferentes estados de la federación que deben considerarse como ejemplos de lo que ocurrió en varios sitios del enorme y heterogéneo territorio mexicano.

Debe así mencionarse la obra de algunos médicos que sin ser propiamente especialistas de la psiquiatría, mostraron un especial interés asistencial y una actitud caritativa para ocuparse de éste tipo de enfermos, y que abrieron la posibilidad para un desarrollo posterior de ésta especialidad en sus lugares de origen.

En Monterrey, por ejemplo, uno de estos médicos fue José Eleuterio González, llamado cariñosamente "Gonzalitos", quien fundó en 1860 el Hospital Civil con un departamento dedicado a la atención de enfermos psiquiátricos, mismo que estuvo a cargo de las Hermanas Josefinas hasta 1914. Para finales del siglo XIX tal departamento se encontraba en la inopia. En 1916 se hizo cargo de él José Refugio Flores Elizondo, quien había trabajado en La Castañeda desde su inauguración, y que por eso poseía una formación diferente. También en ésta ciudad se abrió un curso de psiquiatría de 20 lecciones en 1928, gracias a Jesús María González Flores, director del Hospital Civil.

La atención y la enseñanza psiquiátricas modernas aparecen en Nuevo León con la llegada en 1933 de Manuel Camelo Camacho, quien había realizado estudios de posgrado en la Universidad de París y su adiestramiento clínico en el Hospital Sainte-Anne de esa ciudad. Éste especialista mejoró la enseñanza

universitaria de la psiquiatría y también la atención que se brindaba a los enfermos. En 1937 fundó la primera institución privada de asistencia psiquiátrica en el norte del país, en donde se aplicaban los tratamientos más modernos del armamentarium de la época. De ésta manera, la clínica del doctor Camelo participó en 1954 en un estudio conjunto con la clínica del doctor Manuel Falcón de la Ciudad de México, sobre los efectos de la clorpromazina, el cual fue presentado al año siguiente en el Primer Coloquio Internacional sobre Clorpromazina que tuvo lugar en París.

Ésta misma clínica recibió durante muchos años en calidad de subrogados a los pacientes psiquiátricos del IMSS y del ISSSTE. En 1985 se convirtió en el hospital Regional Psiquiátrico número 22 del IMSS.

Mención especial merece el establecimiento del psicoanálisis en Monterrey, que tiene ahí uno de sus bastones fundamentales en éste país. En 1954 Rafael Barajas (alumno de María Bonaparte) inició en esa ciudad su difusión y el entrenamiento formal dentro de la escuela freudiana. En 1955 éste promotor del psicoanálisis invitó a la capital neolonesa a Sasha Nacht. En años recientes la International Psychoanalytical Association ha reconocido como grupo didáctico independiente del de México, a la Sociedad Psicoanalítica de Monterrey.

En 1986 se creó en ésta misma ciudad la Fundación de Beneficiencia Social Camelo Martínez, una de las primeras en su género en América Latina en dedicar fondos exclusivamente en el renglón de la psiquiatría y ciencias de la conducta humana. Patrocina cuatro programas: una beca para estudios de postgrado en investigación clínica psiquiátrica de carácter nacional, un fondo para estudios de investigación en trastornos de la afectividad, y el desarrollo de una biblioteca y centro de informática de psiquiatría y ciencias de la conducta.

Otro ejemplo que se puede mencionar es el de Sonora. Los pacientes mentales, que desde 1936 se encontraban aislados en la penitenciaría del estado,

fueron trasladados al manicomio estatal que se fundó en 1948 gracias a los buenos sentimientos y esfuerzo autodidacta de un médico militar, Carlos Nava, quien comenzó a aplicar allí los tratamientos de choque tradicionales.

Aquí también la situación mejoró cuando llegó a Hermosillo en 1956 Javier del Valle Gómez, quien había recibido un entrenamiento clínico en el Manicomio General de La Castañeda y en el hospital "Ramírez Moreno" de México. La modernización que emprendió mejoró la atención a los enfermos. Posteriormente el propio gobierno del estado lo becó para que asistiera al curso universitario de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México. A su regreso creó el hospital psiquiátrico "Del Valle" que además de recibir pacientes subrogados del Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, atendía también enfermos provenientes de Baja California y Sinaloa.

En 1964 se inauguró en Hermosillo la granja "Cruz del Norte" una institución pública para la atención psiquiátrica en el estado de Sonora. Poco tiempo después se fundó, en equilibrio y reciprocidad, la granja "Cruz del Sur" en el estado de Oaxaca.

En el centro del país la atención psiquiátrica estuvo asegurada durante mucho tiempo por el hospital granja "San Pedro del Monte", en la ciudad de León, Guanajuato, y por el sanatorio psiquiátrico "San Juan de Dios", de la orden del mismo nombre, en Zapopan, población cercana a la ciudad de Guadalajara. El ejercicio y enseñanza de la psiquiatría en ésta ciudad se ha desarrollado de manera paralela en las dos universidades con que cuenta: la Universidad de Guadalajara y la Universidad Autónoma de Guadalajara, durante muchos años situadas ambas en los dos extremos de la geometría política del país.

En el Estado de San Luis Potosí puede situarse la iniciación de la atención psiquiátrica profesional con la llegada en 1954 de Everardo Newmann Peña, quien

había recibido su entrenamiento en la clínica psiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno" (fundada por ésta distinguida figura de la psiquiatría en la Ciudad de México). Éste mismo año se inició la cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina de San Luis. La atención psiquiátrica se impartía en el servicio de medicina del hospital central, y abarcaba, en la consulta externa, a pacientes provenientes de los estados de Aguascalientes, Zacatecas, Tamaulipas, la región Huasteca, e incluso pacientes de algunas regiones de estados donde existían centros especializados como Guanajuato, Jalisco y Nuevo León.

Por iniciativa del Doctor Newmann se fundó en 1970 la clínica psiquiátrica "Vicente Chico Sein", con 6 pabellones, auditorio y amplios jardines. Ésta clínica, permitió realizar ahí un curso de especialización en psiquiatría auspiciado por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

En 1987 se inauguró en ésta ciudad una segunda institución psiquiátrica: la clínica "Juan Zavala", siendo su fundador y primer director el doctor Agustín Guerrero Martínez. Ésta clínica está dedicada a atender, prevenir y rehabilitar personas farmacodependientes.

Por lo que respecta a Yucatán, la práctica médica de la psiquiatría en el estado se origina con la figura de Eduardo Urzaiz Rodríguez, médico de origen cubano de muy variados intereses artísticos y filosóficos, que fue enviado por el gobierno de Yucatán para estudiar psiquiatría en Nueva York tras su tesis sobre éste tema en 1902. Cuatro años después fundó el asilo "Leandro León Anaya" hecho a imagen del hospital de Milán, Italia (cuatro años antes que La Castañeda). En esa institución Urzaiz humanizó el trato de los enfermos mentales, suprimió la "camisa de fuerza" y estableció la hidroterapia. En 1906 creó la cátedra de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Mérida. Fue también autor de un "Manual práctico de psiquiatría":

En 1906, otro médico: Álvaro Torre Díaz presentó en la Universidad de Yucatán su tesis sobre "Pérdida de las facultades mentales por abuso de alcohol" donde proponía que la medicina legal considerara los actos antisociales de una manera menos punitiva. Torre Díaz fue más tarde gobernador del estado.

Entre 1910 y 1913 varios alumnos de esa universidad se ocupan de temas psiquiátricos: Francisco Caamal, Augusto Esquivel Rendón, José Cetina Ortega y Fernando Medina G. Cantón.

En 1944 Raúl Cárdenas Torre introduce la terapia electroconvulsiva y el choque por acetilcolina.

Entre 1943 y 1947 ejerció en Mérida un psiquiatra español, Gabriel Cano y Valle, quien fundó una pequeña institución privada.

A principios de 1954 se fundó el Hospital Neuropsiquiátrico como una institución con todos los adelantos técnicos de la época; por su lado, después de 72 años de servicio, el asilo "Leandro León Ayala", fue substituido en 1978 por el Hospital Psiquiátrico de Yucatán.

A partir de la demolición del Manicomio General de La Castañeda, en 1963, que como hemos visto en la sección dedicada a la asistencia psiquiátrica, condujo a la creación de los hospitales-granja, que quedaron a cargo de algunos especialistas formados en la Ciudad de México. En los últimos años se ha desarrollado la tendencia a crear servicios de psiquiatría en hospitales generales y a mejorar y modernizar los hospitales psiquiátricos. Debe mencionarse que la atención en la mayor parte de estas instituciones a lo largo y ancho del país, está a cargo, de médicos egresados de diversas escuelas de medicina del país, que han realizado su formación universitaria de posgrado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Por su lado, la Asociación Psiquiátrica Mexicana agrupa a la mayor parte de los especialistas que ejercen en los distintos Estados de la

Federación, por lo que cada Congreso Bianual de ésta Asociación es un foro Nacional.

4.2. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DEPENDIENTES DEL ESTADO

El sistema de seguridad social implantado en México desde 1942, no obstante su enorme desarrollo sólo cuenta en el país con 4 hospitales psiquiátricos de reciente creación. Uno de ellos, el de "San Fernando", con 80 camas y servicio de consulta externa brinda atención de buena calidad técnica y humana.

Actualmente el país intenta responder a la demanda con una red de 28 hospitales psiquiátricos públicos, algunos de orientación moderna y otros que aún conservan características asilares. Se cuenta también con 5 servicios de psiquiatría en hospitales generales, que operan satisfactoriamente. Veinte hospitales generales tienen servicios de psiquiatría para enfermos externos.

4.2.1. CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Con el fin de mejorar las condiciones en las que se encuentran los enfermos mentales e inimputables en reclusión en todo el país y para contribuir en la especialización del trato y tratamiento psiquiátrico, en junio de 1993 el Gobierno Federal ante la gravedad de la situación en que se encuentra la población penitenciaria de enfermos mentales e inimputables crea el Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión, en el cual el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, tiene la función de proporcionar atención especializada de tercer nivel a éste tipo de internos.

Éste Centro Federal, inicia su operación práctica con interno-pacientes el día 4 de noviembre de 1996.

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial está ubicado en una zona rural en el km. 11.5, fraccionamiento Mariano Matamoros, Ciudad Ayala, Estado de Morelos, en una superficie de 10 hectáreas, con 20,014 m², aproximadamente de construcción.

El CEFEREPSI tiene una capacidad instalada de 497 internos, de acuerdo a la norma internacional para este tipo de centros, en el sentido de no exceder a 500 espacios individuales.

Siendo menester señalar que los delitos por los cuales están detenidos o condenados la población que hoy lo ocupa, es según estadísticas de un 70% por homicidio, destacándose el cometido contra ascendientes y el 30% por violación y delitos sexuales, lo cual caracteriza de manera muy específica a estos reclusos.

OBJETIVOS

Brindar atención especializada, medico-psiquiátrica, en un tercer nivel de intervención de tipo rehabilitatorio, a personas inimputables y con enfermedad mental privadas de su libertad, en un régimen de estancia a corto y mediano plazo.

Estabilizar y controlar la sintomatología de los interno-pacientes a través de la aplicación de un tratamiento integral, secuencial e interdisciplinario evitando al máximo el deterioro de sus facultades mentales.

POLITICAS

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial antes que un centro de reclusión de media o mínima seguridad, es un centro hospitalario de rehabilitación *psicosocial*.

Excluyendo toda intención represiva o retributiva, encausando totalmente su actividad alrededor de la rehabilitación psicosocial.

Los criterios médico-psiquiátricos de ingreso establecidos tienen como referencia: la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), emitido por la Organización Mundial de la Salud; y por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana; así como la capacidad criminal e índice de peligrosidad del candidato a ingresar.

El Consejo Técnico interdisciplinario es el órgano colegiado que revisa las propuestas de ingreso, evalúa el tratamiento integral aplicado y emite una opinión fundada semestralmente en cuanto a la pertinencia de que un interno-paciente egrese a su centro de origen.

Únicamente podrán ingresar al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial internos que presenten una enfermedad mental propiamente dicha, excluyéndose los trastornos de personalidad particularmente los antisociales.

NIVELES DE ATENCION

Para la implementación del Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión, se conceptualizan tres niveles de intervención:

- Primer nivel: comprende todas aquellas acciones dirigidas al interno, su familia, la comunidad penitenciaria y su medio ambiente, desde una perspectiva de prevención general, a partir de la promoción y educación para la salud, a cargo del médico general, aplicándose principalmente éste nivel en las cárceles municipales y centros de readaptación social.

- Segundo nivel: se enfoca a la aplicación de tratamiento de enfermedades mentales, trastornos de conducta y/o personalidad que requieren de la participación de especialistas en salud mental, capacitados para resolver cuadros agudos con remisión a corto plazo, es decir, de 5 a 15 días aproximadamente. Las acciones de éste nivel se desarrollan en los CERESOS y CEFERESOS por médicos especialistas.
- Tercer nivel: corresponde a la atención de enfermedades mentales graves, complejas y agudas, cuya sintomatología no remite en menos de 15 días. Requiere la intervención de un equipo de especialistas que proporcione tratamiento integral e interdisciplinario de tipo hospitalario, en éste nivel de intervención las acciones desarrolladas están encaminadas a controlar y limitar el deterioro en las áreas de la personalidad, cognitivas y psicomotrices por lo que dicha atención será proporcionada en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, es decir, ésta intervención corresponde al nivel de rehabilitación propiamente dicho.

El personal de apoyo con el que cuentan para el funcionamiento del Centro es de 720 personas de las cuales 180 están en el área médico técnico, 270 en el área de seguridad y el resto en funciones administrativas, de ésta población de apoyo 80 personas viven en el Distrito Federal y son recogidos diariamente en dos autobuses de 40 pasajeros cada uno, que los llevan por la mañana y los regresan por la noche, el resto del personal prácticamente está radicado en Cuautla y cerca del Centro de Rehabilitación.

Información la anterior que nos fue proporcionada por la Lic. María Josefina Jaime Quiróz, Directora del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial; por la Barra Mexicana, Colegio de Abogados, y por la Dirección General de Prevención y Readaptación Social anteriormente de la Secretaría de Gobernación, permitiéndonos en éste apartado expresar nuestro agradecimiento.

En otro orden de ideas, éste centro ha recibido muchas críticas por parte de estudiosos de la Ciencia Médica y del Derecho, como lo es la de la DRA. IRMA GARCIA ANDRADE, al considerar dentro de su obra "Sistema Penitenciario Mexicano, Retos y Perspectivas" que desde que inició sus funciones en 1996 y hasta la fecha ha contribuido escasamente a solucionar el asunto de los enfermos mentales en reclusión, en virtud de que se dice que brindará atención psiquiátrica de tercer nivel pero no se han establecido en los diferentes centros penitenciarios del país, el primer y segundo nivel de atención psiquiátrica.

"Sabemos que en la mayoría de las prisiones a penas se cuenta con el primer nivel de atención medica que consiste fundamentalmente en consulta externa, acciones de medicina preventiva y tratamiento deambulatorios; en otros centros penitenciarios (los menciona los menos por ciento) puede proporcionarse a los internos un segundo nivel de atención medica, principalmente de atención medico-quirúrgicos que requieren la intervención de especialistas y estudios de laboratorio y gabinete. Por último, el tercer nivel de atención medica se refiere a los casos clínicos que requieren la participación de sub-especialistas de la medicina, y de estudios de laboratorio y gabinete de alta tecnología (gramagrafía, tomografía computarizada, etcétera.); en los Centros Federales de Readaptación Social se encuentra parcialmente con éste nivel de atención medica".⁵⁵

La atención psiquiátrica de los enfermos mentales de los centros penitenciarios es discontinuada, carente de programas de estudio, seguimiento y evaluación del caso clínico, por lo regular permanecen segregados en carácter de permanente sobrevictimización.

De ésta manera consideramos que el Centro Federal de Readaptación Psicosocial antes que pretender un tercer nivel de atención psiquiátrica, debe

⁵⁵ GARCIA ANDRADE, IRMA; "Sistema Penitenciario Mexicano, Retos Y Perspectivas"; Editorial Sista; México, 1989; p.236.

establecer los mecanismos necesarios (médicos, jurídicos, administrativos, interinstitucionales, etc.), para que, por lo menos una tercera parte de los Centros Penitenciarios que existen en el territorio nacional puedan ofrecer un primer nivel en atención psiquiátrica, misma que debe proporcionar el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, y dejar el tercer nivel de atención psiquiátrica a instituciones del sector salud que si tienen la infraestructura necesaria para tales propósitos; en éste último caso, también el Centro Federal en comento debe establecer de antemano los convenios y acuerdos correspondientes.

La trascendencia del presente trabajo de investigación se encuentra fundamentalmente basada en las cifras y estadísticas de la población de enfermos mentales existentes en nuestro país, mostrando a través de las siguientes tablas como se encuentra conformado actualmente el Sistema Penitenciario Nacional:

SISTEMA PENITENCIARIO EN CIFRAS A NOVIEMBRE DE 2001

Actualmente el Sistema Penitenciario Nacional tiene 446 centros de internamiento distribuidos en todo el territorio nacional con la siguiente dependencia:

POR NIVELES DE GOBIERNO	
Gobierno Federal	5
Gobiernos Estatales	333
Gobiernos Municipales	99
Gobierno del Distrito Federal	8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De estos 446 centros se tiene al mes de NOVIEMBRE DE 2001 una población de 153,134 internos de los cuales se tiene la siguiente distribución:

POR SEXO

Mujeres	7,347
Hombres	159,991

POR FUERO

Común	112,357
Federal	40,777

POR SITUACION JURIDICA

Procesados Fuero Común	58,504
Sentenciados Fuero Común	64,202
Procesados Fuero Federal	12,995
Sentenciados Fuero Federal	31,637

OTROS TIPOS DE POBLACION

Indígenas	7,334
<u>Enfermos Mentales</u>	<u>2,227</u>
Senectos	2,295
Discapacitados	6,233
Extranjeros	1,517

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.2. CENTRO VARONIL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.

A través de la Historia se han observado diferentes formas de castigar las faltas que los individuos cometen a la sociedad, en la actualidad se ocupan las prisiones de ello, es por ello que en la mayor parte del mundo y por ende en México, se cuenta con toda una estructura e infraestructura que se aboca a tal función, particularmente en el Distrito Federal existen ocho Centros de Reclusión Penitenciaria y un Centro de Sanciones Administrativas que integran la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, dentro de ésta se encuentra el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, que se ubica en Javier Piña y Palacios esquina Martínez de Castro sin número, Colonia San Mateo Xalpa, Delegación Xochimilco, el cual se encuentra dentro del perímetro del Reclusorio Preventivo Varonil Sur con una superficie construida de 3,698 metros cuadrados de una total de 14,992, considerada zona Urbana.

En éste Centro se atiende a población inimputable y psiquiátrica a partir de 1997, *anteriormente en 1995 se albergaban Preliberados y en 1990 población femenina*), aunque dicha población es variable en su estancia, podemos decir que existen 165 interno-pacientes en promedio, teniendo capacidad para 200, para darles una atención rehabilitatoria integral.

Lo anterior es el fruto de la preocupación de las autoridades del Distrito Federal por brindar una atención de calidad a la población inimputable y psiquiátrica, ya que con anterioridad sólo se contaba con un módulo en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur para éste tipo de población, la cual necesita de atención médica constante y tratamiento Psicosocial permanente, de lo que carecían en dicho lugar.

Se cuenta con el apoyo de Instituciones externas como Fundación Telmex, Fundación Emmanuel, Alcohólicos Anónimos, Pastoral Penitenciaria, Pan Dulce "El Globo", Altia 4º. Camino, quienes brindan apoyos de carácter diverso para lo que fueron creadas esas instancias, con miras a la rehabilitación de los internos del centro.

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, entró en funciones el día 20 de junio de 1997, como respuesta a la necesidad de contar con un espacio especializado en la atención y rehabilitación de los enfermos mentales que han incurrido en conductas delictivas, y por tal razón se encuentran reclusos.

El CEVAREPSI, tiene como función principal proporcionar tratamiento psiquiátrico en el periodo de internamiento, tanto a pacientes inimputables y psiquiátricos del Sistema Penitenciario del Distrito Federal.

Cuenta con áreas de rehabilitación tanto técnicas, jurídicas, administrativas y médicas que en su totalidad se encargan del centro para atención directa del interno.

El Área de Rehabilitación Médica, se encarga del proceso de salud mental, de la enfermedad del interno y de la obtención y vigilancia de la misma.

El Área Técnica, en el que profesionistas como psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, se encargan de la rehabilitación y tratamientos diversos para el beneficio del interno.

El Área de Apoyo Jurídico, se encarga de orientar tanto a los internos como a los familiares de los mismos, donde se verifican las dictaminaciones de Jueces para que estas se cumplan.

El Área Administrativa, se encarga de proporcionar los materiales y requerimientos mínimos para el desempeño del Centro.

El Área de Seguridad, se encarga del orden y la custodia del Centro y traslado del mismo para juzgados o instituciones médica que lo ameriten para reservar la vida del interno.

El Área de Técnico Penitenciaria, tienen la encomienda de la atención directa de los internos para el desarrollo integral del sujeto.

Por último el Área de Educación, Esparcimiento y Deportes, se dedica a la capacitación y recreación del interno como parte fundamental en el desarrollo del ser humano.

Hoy el CEVAREPSI, con una visión profundamente humanista que tiende a dignificar al enfermo mental y a respetar su derecho a una atención integral para su reinserción a la comunidad, se enfoca prioritariamente para el cumplimiento de su función en el desarrollo de actividades tendientes a la atención, manejo y *control de la enfermedad mental*.

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, tiene como marco jurídico la Constitución, la Ley de la Administración Pública, el Reglamento interior de la Subsecretaría de Gobierno del Distrito Federal, la Ley de Ejecución e Sanciones Penales en el Distrito Federal, la Ley General de Salud, Código Penal y de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, como coadyuvante el Código Penal Federal y de Procedimientos Penales Federales.

Éste Centro tiene como objetivo verificar que la estancia de los internos que ingresen a ésta Institución éste debidamente justificada por medio de mandato de la autoridad judicial e el caso de los inimputables y en cuanto a los psiquiátricos por disposición de la autoridad médica.

Ahora bien, el Departamento Jurídico comprobará que toda actividad realizada en la Institución, observe leyes, convenios, reglamentos, acuerdos y lineamientos establecidos por las autoridades correspondientes. Al ingresar una persona a ésta Institución, se verifica que la autoridad judicial, mediante valoración siquiátrica, estudio de personalidad o cualquier otro medio haya considerado al infractor como inimputable, ordenando la apertura del procedimiento especial para inimputables dentro del término Constitucional, o una vez que se le dicta una Medida de Seguridad, misma que cumplirá en ese Centro.

Cabe mencionar que también ingresan a ésta Institución de manera temporal para recibir atención psiquiátrica, aquéllas personas que durante el transcurso del cumplimiento de su pena, sufren algún deterioro de sus facultades mentales, siempre y cuando se encuentre sustentado por la autoridad médica correspondiente.

En éste mismo orden de ideas, es preciso señalar que al ingresar el interno a ésta Institución, se verifica si su ingreso es por disposición de la autoridad judicial cuando lo declara como inimputable en base a la valoración psiquiátrica que solicita a la Institución. Como psiquiátrico cuando las autoridades médicas del Centro de origen lo envíen para tratamiento, éste tipo de pacientes una vez que remita su sintomatología se les da de alta médica y se les regresa a su reclusorio de origen.

Cuando la autoridad judicial sentencia al inimputable, y le impone una Medida de Seguridad dejándolo a disposición de la autoridad ejecutora, en ésta institución a partir de que ingresa el interno psiquiátrico se le da un tratamiento psicofarmacológico y técnico rehabilitatorio, hasta su egreso.

El inimputable podrá ser externado en base a la modificación o conclusión de la Medida de Seguridad que le fue impuesta. Mientras que el psiquiátrico podrá ser externado de ésta Institución, una vez que haya remitido su sintomatología en

base al tratamiento recibido, siendo enviado a su Centro de origen, o bien, por externación provisional, de conformidad con lo que dispone el artículo 61 y 62 de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales del Distrito Federal.

En éste apartado, se hace extensivo el agradecimiento al Licenciado Alejandro Cinta Bravo, Subdirector Técnico Jurídico del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, por la atención brindada y por la información que tan amablemente nos fue proporcionada, considerando que la misma es de estricta confidencialidad y no se suministra al público.

C A P Í T U L O

V

LA RECLUSIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES INFRACTORES EN UNA INSTITUCIÓN DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEPENDIENTE DEL ESTADO

5.1. REFORMA LEGISLATIVA

5.1.1. FUNDAMENTO DE LA REFORMA LEGISLATIVA

5.1.2. INICIATIVA DE REFORMA Y ADICIONES A LOS CÓDIGOS PENALES Y DE PROCEDIMIENTOS PENALES DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

5.1. REFORMA LEGISLATIVA.

Después de haber analizado la situación de los enfermos mentales infractores frente a la Legislación Penal y Procesal Penal, consideramos necesario adecuar dichos ordenamientos a la realidad jurídica por la que atraviesan actualmente al encontrarse reclusos en Centros de Prevención y Readaptación Social, en convivencia con reos que podemos considerar “psíquicamente normales”, lo que da motivo como se ha venido sosteniendo a la marginación y abusos de los que son objeto. Por lo que consideramos que dichos sujetos sean atendidos durante la secuela procedimental en un Centro de Rehabilitación Psicosocial dependiente del Estado, en donde se le de una atención adecuada basada en programas de estudio, seguimiento y evaluación de su caso clínico.

Centros donde se cuente con atención médica de primer, segundo y tercer nivel; esto es, con consulta externa, acciones de medicina preventiva y tratamientos deambulatorios; de atención médico-quirúrgicos que requieren la intervención de especialistas y estudios de laboratorio y gabinete; la participación de especialistas de la medicina, y de estudios de laboratorio y gabinete de alta tecnología.

Por lo cual proponemos una reforma legislativa en los Códigos Penales y Procedimentales Penales Estatales.

5.1.1. FUNDAMENTO DE LA REFORMA LEGISLATIVA.

México es un país que se encuentra en vías de desarrollo, y presenta una criminalidad con características específicas, mismas que son determinadas por el aumento descontrolado de la población, el alto costo de la vida, la escasez de fuentes de trabajo y el bajo nivel educativo, sin perder de vista que un grupo minoritario, aunque en vísperas de crecimiento lo conforman individuos que

padecen algún tipo de enfermedad mental, que ante la falta de un tratamiento adecuado, en ocasiones llegan a desplegar conductas ilícitas, cometiendo así infracciones a la Ley Penal, motivo por el que en algunas Entidades Federativas se encuentran sujetos a un procedimiento especial.

Los enfermos mentales que se encuentran en las prisiones (hombres y mujeres, procesados y sentenciados, del orden común y orden federal) constituyen un grupo minoritario (aunque poco a poco va creciendo) que ha sido permanentemente victimizado, primero por la familia, después por la sociedad y por último, por el sistema penal penitenciario.

El enfermo mental en relación con la familia se enfrenta a situaciones de tristeza y compasión hasta el desprecio y abandono, la sociedad lo considera siempre en riesgo para la seguridad de sus integrantes y para el sistema penal y penitenciario, es alguien que no tiene voz ni voto jurídico, pero que debe ser sujeto a una medida de seguridad.

Por éstas razones se requiere la conciencia del mantenimiento del orden, estabilidad y seguridad de los establecimientos con el tratamiento, esto es, el menor conflicto y la mayor concurrencia entre las actividades del personal de seguridad y técnico.

Si bien el Sistema Penitenciario Mexicano se caracteriza por su humanismo, y por la tendencia a la adopción de un régimen terapéutico, se requiere el contar con áreas específicas para aquellos internos que presentan alguna enfermedad mental, en donde el tratamiento cobra un papel importante para eliminar situaciones de marginación, abusos, victimización de éstos, y abordar una forma específica de tratamiento psiquiátrico.

Generalmente en los centros de reclusión se manifiestan dos tipos de población, los que pasan intrascendentes, dando mínimos problemas, acatando las normas y mostrando disposición, hacia los tratamientos, y una población menos numerosa, altamente conflictiva para sus compañeros y para la seguridad institucional, considerada población de alto riesgo, por su elevada peligrosidad, por sus perspectivas de estancia prologada, por presentar conflictos graves con el resto de la población, por transgredir o excitar a los demás a violar las reglas de la institución, o por padecer enfermedades mentales, requiriendo un tratamiento específico de readaptación y en su caso rehabilitatorio desde su misma clasificación, así como de las diversas acciones instrumentales, técnicamente dirigidas a neutralizar los efectos de la prisión.

Un elevado número de interno-pacientes, tienen la impresión diagnóstica de esquizofrenia (sobre todo del tipo paranoide), daño orgánico cerebral acompañado de deterioro físico y mental, debido al abuso de adicciones múltiples, que ha generado deterioros irreversibles.

Los enfermos mentales desde siempre (con excepción del Distrito Federal por un lapso de cinco años) han sido reclusos y abandonados inclusive en los espacios más alejados de algunos centros penitenciarios, en donde no se desea la interacción de ellos con el resto de la población de internos, y en otros, se les ha llegado a ubicar en celdas y dormitorios en convivencia obligatoria con homosexuales, multirreincidentes e internos que se niegan al tratamiento de readaptación social o que han puesto en riesgo la seguridad del centro penitenciario, lo que trae por consecuencia que sean víctima de abusos y, agresiones por parte de éstos, como lo son abuso sexual, torturas y lesiones, explotación laboral aislado tratamiento médico psiquiátrico, ninguna participación en actividades de readaptación social, inexistente contacto con el exterior, abandono jurídico, etcétera.

El fenómeno de población psiquiátrica aprisionada es complejo, no existiendo en el resto de las entidades federativas con excepción del Distrito Federal, áreas psiquiátricas con personal especializado, con vocación de servicio, para la atención de pacientes psiquiátricos depravados y rechazados a doble nivel, por ser delincuentes y enfermos mentales. Considerando urgente que sea contemplada la creación de Centros de Rehabilitación Psicosocial, en los que se proporcione atención integral a los internos con padecimientos psiquiátricos, mayor participación técnica sobre todo el área de trabajo social, agilización para despresurizar éstas áreas, por parte del jurídico y de prevención y readaptación social, así como campañas permanentes de higiene y terapia ocupacional.

Se hace necesario resaltar que en varios Penales Municipales, Estatales o incluso en algunos Centros Preventivos y de Readaptación Social, ignoran no sólo el padecimiento médico psiquiátrico de los internos, sino lo que es más grave, el delito cometido e incluso la medida de seguridad o sanción impuesta, detectando a internos con penas y medidas cumplidas.

Desde el punto de vista práctico, el problema de los delincuentes enajenados se torna particularmente agudo durante la fase procedimental y en la de ejecución de sanciones, término que involucra específicamente a las medidas de seguridad. De poco sirve, que las previsiones contenidas al respecto en los Códigos Penales y de Procedimientos Penales sean acertadas y que el procedimiento resulte adecuado si se carece, a la hora de hacer efectiva una medida de seguridad, de instrumentos materiales para tal efecto.

Por lo que resulta necesario que durante dicha secuela procedimental en caso de que el órgano jurisdiccional ordene la aplicación de una medida de seguridad en internamiento, su reclusión sea en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, en donde se les proporcione una atención específica, en las que no se pierda la esencia del sistema técnico progresivo. Es decir que reciban terapia

médico-psiquiátrica, que se les programen actividades tales como grupos de lectura, ejercicios físicos, manualidades y actividades artísticas. Lugar en el que se éste pendiente de la higiene, de sus alimentos y de la toma de sus medicamento. Y por finalidades humanitarias apoyarse con la participación de la respectiva familia del paciente.

Consideramos que a nivel penitenciario, la atención y el trato que debe darse a ésta población específica debe ser de total respeto a sus derechos humanos, evitando en todo momento que sean victimizadas y relegadas a un encierro injusto y en ocasiones indefinido.

Al respecto es de apuntarse, que lo preceptuado en los Códigos Penales de las diversas Entidades Federativas, ha sido y sigue siendo letra muerta, ya que en muchos casos por olvido e indiferencia, la duración de la medida de seguridad excede en mucho al máximo de la pena aplicable al delito, además de que difícilmente es puesto a disposición de la autoridad sanitaria.

Por lo anterior, es indispensable proponer que la atención a éstos enfermos mentales infractores se lleve a cabo dentro de un Centro de Rehabilitación Psicosocial dependiente del Sistema Penitenciario del propio Estado, en donde se les proporcione atención médica de primer, segundo y tercer nivel; esto es, el primer nivel con consulta externa, acciones de medicina preventiva y tratamientos deambulatorios; el segundo nivel con atención medico-quirúrgicos que requieren la intervención de especialistas y estudios de laboratorio y gabinete; y de tercer nivel, donde se de la participación de especialistas de la medicina, y de estudios de laboratorio y gabinete de alta tecnología. Atención que deberá basarse en programas de estudio, seguimiento y evaluación de su caso clínico.

Es menester señalar, que en la actualidad existen dos centros de éste tipo, uno a nivel federal denominado CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN

PICOSOCIAL cuya función es albergar a todos aquellos enajenados mentales de la República Mexicana a los que se les haya impuesto como sanción una medida de seguridad consistente en un tratamiento en internación, es decir solo aquellos que ya se encuentren en ejecución de una sentencia, dejando fuera a los que se encuentran sujetos a un procedimiento especial.

Sin embargo, aún y cuando ésta institución cuenta con una central de acceso interior, administración, ingreso, comunicación enfermería, unidad de enfermos agudos y zona de aislamiento, módulos residencial, un centro de tratamiento y rehabilitación, área educativa cultural y deportiva, área de talleres, servicios generales y amplios jardines que permitirán el contacto con la naturaleza. No menos cierto resulta, que ha contribuido escasamente a solucionar el asunto de los enfermos mentales en reclusión, en virtud de que en éste solo se brinda atención psiquiátrica de tercer nivel pero no se han establecido en los diferentes centros penitenciarios del país, el primer y segundo nivel de atención psiquiátrica.

Aunado a que tomando en consideración las estadísticas de existencia de enfermos mentales recluidos éstos ascienden a la cantidad de 2,227; mientras que la capacidad de éste Centro es para 497 internos.

En éste sentido, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial antes que pretender un tercer nivel de atención psiquiátrica, debe establecer los mecanismos necesarios (médicos, jurídicos, administrativos, interinstitucionales, etcétera), para que, por lo menos una tercera parte de los Centros Penitenciarios que existen en el territorio nacional puedan ofrecer un primer y segundo nivel en atención psiquiátrica, misma que debe proporcionar el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, y dejar en caso necesario, tomando en consideración la población existente, el tercer nivel de atención psiquiátrica a instituciones del sector salud que si tienen la infraestructura necesaria para tales propósitos; en éste último caso, también el Centro Federal en comento debe establecer de antemano los

convenios y acuerdos correspondientes.

En éste mismo orden de ideas, el otro centro existente se encuentra ubicado a un costado del Reclusorio Preventivo Sur, en la Ciudad de México, y se conoce como CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, aún cuando éste cumple con las expectativas que pretendemos se observe en el establecimiento de éste tipo de centros en todo el país, lamentablemente su capacidad es solo para 200 interno-pacientes, pero únicamente darán servicio para el Distrito Federal.

5.1.2. INICIATIVA DE REFORMA Y ADICIONES A LOS CÓDIGOS PENALES Y DE PROCEDIMIENTOS PENALES DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

Basado en el estudio de la situación de los enfermos mentales reclusos, proponemos que los mismos durante la secuela procedimental sean reclusos en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, para recibir la atención psiquiátrica correspondiente.

Para tal efecto deberán de reformarse las siguientes codificaciones en los artículos respectivos que a continuación se transcriben:

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES

ARTICULO 44.- en el caso de inimputables que requieran tratamiento, el juzgador dispondrá el que le sea aplicable, en internamiento o libertad, previo el procedimiento respectivo.

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

...

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

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

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

...

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUERRERO

ARTICULO 29.- En el caso de los inimputables que requieran tratamiento, el juzgador dispondrá el que les sea aplicable, en internamiento o en libertad, previo el procedimiento respectivo. Si se trata de internamiento, el sujeto será internado en la institución correspondiente para su tratamiento, durante el tiempo necesario para su curación.

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

ARTICULO 354.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en el establecimiento especial correspondiente a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 357.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, e los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en un establecimiento especial si procede.

...

Artículo 360.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se ésta substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 299 de éste ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento adecuado para su tratamiento, el que deberá ser exclusivamente sanitario.

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

ARTICULO 351.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en el establecimiento especial correspondiente a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 354.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, e los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos a instancia de las partes o de oficio, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en un establecimiento especial si procede.

ARTICULO 357.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se está substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 297 de éste ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento adecuado para su tratamiento, el que deberá ser exclusivamente sanitario.

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CAMPECHE

ARTICULO 514.- Cuando en el curso del proceso el reo enloquezca, previas las formalidades señaladas en los dos articulo que anteceden, se suspenderá el procedimiento y se remitirá, en su caso, al incapacitado al establecimiento adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE COAHUILA

ARTICULO 409.- Si el inculpado en el momento de ejecutar un hecho o de incurrir en una omisión calificada como delito, sufriera de trastorno mental o de desarrollo psíquico retardado, suficientes para ser considerados causa de inimputabilidad, y continúe en ese estado al tramitarse el proceso, el tribunal ordenará inmediatamente que se examine al afectado por peritos médicos, sin suspender la tramitación del proceso. Si existe motivo fundado, se dispondrá la internación provisional del inculpado, en lugar o institución adecuada.

...

ARTICULO 413.- El tribunal ordenará la suspensión del proceso, siempre que en el curso de éste el inculpado sufra trastorno mental que lo incapacite para entender y para querer y dispondrá su internación en establecimiento público adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA

ARTICULO 542.- Tan pronto como se presuma que el inculpado esté loco, idiota imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, el tribunal lo mandará examinar por dos peritos.... Si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en un manicomio o en departamento especial.

Artículo 550.- En ningún caso la reclusión en manicomio o departamento especial a que se refieren los artículos anteriores, excederá del termino máximo de la pena señalada al delito que se imputa al enfermo.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE DURANGO

ARTICULO 466.- Cuando de las diligencias de averiguación previa aparezca que haya motivo fundado para sospechas que el inculpado ha ejecutado el delito hallándose en los estados de inimputabilidad que menciona el artículo 17 del Código penal, el ministerio público ordenará su

internación en un establecimiento adecuado en el cual se pondrá a disposición de la autoridad judicial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MÉXICO

ARTICULO 432.- Cuando de las diligencias de averiguación previa aparezca que haya motivo fundado para sospechas que el inculpado ha ejecutado el delito hallándose en los estados de inimputabilidad que menciona el artículo 17 del Código penal, el ministerio público ordenará su internación en un establecimiento adecuado en el cual se pondrá a disposición de la autoridad judicial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

ARTICULO 484.- Si existe motivo fundado, el tribunal ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en el establecimiento adecuado, en tanto decide sobre su inimputabilidad.

ARTICULO 485.- Cuando en el curso del proceso el inculpado sufra una enfermedad mental que perturbe gravemente su conciencia, se suspenderá el procedimiento... remitiéndosele al establecimiento adecuado en los casos que se juzgue necesario.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE HIDALGO

ARTICULO 474.- El juzgado abrirá incidente que se tramitará..., el juez podrá en tanto se da cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo anterior, ordenar su depósito en la institución especial de salud de que disponga el Estado, o en su defecto, en la que propongan los familiares para su atención médica. Siempre que ésta garantice la atención y seguridad del inculpado, y otorgue la responsiva correspondiente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE JALISCO

ARTICULO 450.- Cuando, durante las diligencias de policía judicial, parezca que hay motivo fundado para suponer que el inculpado detenido adolece de algún padecimiento mental se recabara, dentro del término de veinticuatro horas, dictamen pericial al respecto. En caso afirmativo, se procederá a recluirló en establecimiento especial, donde quedara a disposición del agente del ministerio público del conocimiento,...

ARTICULO 451.- Cuando haya motivo fundado para suponer que un procesado se encuentra comprendido... y dentro de un plazo que no exceda de treinta días, dictaminen sobre su estado mental, y además, si lo estima necesario, ordenará que se le recluya provisionalmente en un establecimiento especial.

...

ARTICULO 455.- Cuando se compruebe la existencia del hecho delictuoso y que en el mismo participo conscientemente el inculpado, pero éste sufra alteración mental dentro del término constitucional, el juez dictara...y además ordenará la reclusión hospitalaria el procesado, en los términos que fija el Código penal.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN

ARTICULO 427.- ...

Si existe motivo fundado, se dispondrá la internación provisional del inculpado, en lugar o institución adecuado.

ARTICULO 431.- El tribunal ordenará la suspensión del proceso, siempre que en el curso de éste el inculpado sufra trastorno mental que lo incapacite para entender y para querer, y dispondrá su internación en establecimiento público adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MORELOS

ARTICULO 266.- Cuando el trastorno mental del inculpado sobrevenga en el curso del procedimiento, el tribunal suspenderá y ordenará que el sujeto quede a disposición de la autoridad sanitaria para la atención que proceda....

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NAYARIT

ARTICULO 443.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el inculpado adolece de algún padecimiento mental se procederá a recluirlo desde luego en manicomio o establecimiento especial, si se juzgare necesario, debiendo quedar ahí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE OAXACA

ARTICULO 504.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en un manicomio o en departamento especial.

ARTICULO 507.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos de la fracción III del artículo 310 de éste Código, remitiéndose al incapacitado al establecimiento adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO

ARTICULO 339.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padecía enajenación mental en el momento de la comisión del hecho, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en el establecimiento especial correspondiente a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 342.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, e los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en establecimiento especial si procede.

...

Artículo 345.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se ésta substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 296 de éste ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento adecuado para su tratamiento, el que deberá ser exclusivamente sanitario.

....

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO

ARTICULO 458.- Cuando durante la tramitación del proceso se sospeche que el acusado enloqueció,... .. internará al acusado bajo la vigilancia de la autoridad correspondiente, señalándose para la internación el establecimiento adecuado.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

ARTICULO 479.- Tan pronto como se advierta que el inculpado padece demencia o sufra cualquier otra enfermedad o anomalía mentales... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en un centro psiquiátrico o en departamento especial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SINALOA

ARTICULO 483.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbécil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en un manicomio o en departamento especial.

ARTICULO 486.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 438, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SONORA

ARTICULO 446.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial.

ARTICULO 449.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 419, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TABASCO

ARTICULO 266.- Cuando el trastorno mental del inculpado sobrevenga en el curso del procedimiento, el tribunal suspenderá éste y ordenará que el sujeto quede a disposición de la autoridad sanitaria para la atención que proceda....

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TLAXCALA

ARTICULO 420.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el acusado se encuentra comprendido en lo dispuesto por el artículo 97 del CÓDIGO penal,... .. ordenará que se le recluya provisionalmente en un departamento especial si lo estima necesario.

ARTICULO 438.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el acusado adolece de algún padecimiento mental, se procederá a recluirlo desde luego en casa de salud o establecimiento especial, se juzgare necesario, debiendo quedar allí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE VERACRUZ

ARTICULO 418.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil, o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE ZACATECAS

ARTICULO 452.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado se encuentra comprendido en lo dispuesto por el artículo 65 del código penal,... .. ordenará que se le recluya provisionalmente en un manicomio o en departamento especial, si lo estima necesario.

ARTICULO 465.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el acusado adolece de algún padecimiento mental, se procederá a recluirlo desde luego en manicomio o establecimiento especial, si se juzgare necesario, debiendo quedar ahí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES

ARTICULO 495.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial.

ARTICULO 498.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 468, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

DEBIENDO QUEDAR COMO SIGUE :

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES

ARTICULO 44.- en el caso de inimputables que requieran tratamiento, el juzgador dispondrá el que le sea aplicable, en internamiento o libertad, previo el procedimiento respectivo.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado para su tratamiento, durante el tiempo necesario para su curación.

...

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

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

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado para su tratamiento.

...

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUERRERO

ARTICULO 29.- En el caso de los inimputables que requieran tratamiento, el juzgador dispondrá el que les sea aplicable, en internamiento o en libertad, previo el procedimiento respectivo. Si se trata

de internamiento, el sujeto será internado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado para su tratamiento, durante el tiempo necesario para su curación.

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

ARTICULO 354.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 357.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, en los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en el establecimiento psicosocial de que disponga el Estado, si procede.

...

Artículo 360.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se está substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 299 de éste ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento especial de que disponga el Estado.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

ARTICULO 351.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padezca enajenación mental, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 354.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, e los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos a instancia de las partes o de oficio, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en el establecimiento especial de que disponga el Estado, si procede.

ARTICULO 357.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se está substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 297 de éste

ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento especial del Estado para su tratamiento, el que deberá ser exclusivamente sanitario.

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CAMPECHE

ARTICULO 514.- Cuando en el curso del proceso el reo enloquezca, previas las formalidades señaladas en los dos articulo que anteceden, se suspenderá el procedimiento y se remitirá, en su caso, al incapacitado al Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE COAHUILA

ARTICULO 409.- Si el inculpado en el momento de ejecutar un hecho o de incurrir en una omisión calificada como delito, sufriera de trastorno mental o de desarrollo psíquico retardado, suficientes para ser considerados causa de inimputabilidad, y continúe en ese estado al tramitarse el proceso, el tribunal ordenará inmediatamente que se examine al afectado por peritos médicos, sin suspender la tramitación del proceso. Si existe motivo fundado, se dispondrá la internación provisional del inculpado, en el establecimiento especial de que disponga el Estado.

...

ARTICULO 413.- El tribunal ordenará la suspensión del proceso, siempre que en el curso de éste el inculpado sufra trastorno mental que lo incapacite para entender y para querer y dispondrá su internación en el establecimiento especial de que disponga el Estado para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA

ARTICULO 542.- Tan pronto como se presuma que el inculpado esté loco, idiota imbecil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, el tribunal lo mandará examinar por dos peritos.... Si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

Artículo 550.- En ningún caso la reclusión en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, a que se refieren los artículos anteriores, excederá del termino máximo de la pena señalada al delito que se imputa al enfermo.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE DURANGO

ARTICULO 466.- Cuando de las diligencias de averiguación previa aparezca que haya motivo fundado para sospechas que el inculpado ha ejecutado el delito hallándose en los estados de inimputabilidad que menciona el articulo 17 del Código penal, el ministerio público ordenará su internación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, en el cual se pondrá a disposición de la autoridad judicial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MÉXICO

ARTICULO 432.- Cuando de las diligencias de averiguación previa aparezca que haya motivo fundado para sospechas que el inculpado ha ejecutado el delito hallándose en los estados de inimputabilidad que menciona el artículo 17 del Código penal, el ministerio público ordenará su internación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, en el cual se pondrá a disposición de la autoridad judicial.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

ARTICULO 484.- Si existe motivo fundado, el tribunal ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, en tanto decide sobre su inimputabilidad.

ARTICULO 485.- Cuando en el curso del proceso el inculpado sufra una enfermedad mental que perturbe gravemente su conciencia, se suspenderá el procedimiento.... remitiéndosele al establecimiento a que se hace referencia en el artículo anterior, en los casos que se juzgue necesario.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE HIDALGO

ARTICULO 474.- El juzgado abrirá incidente que se tramitará..., el juez podrá en tanto se da cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo anterior, ordenar su depósito en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, o en su defecto, en la que propongan los familiares para su atención médica. Siempre que ésta garantice la atención y seguridad del inculpado, y otorgue la responsiva correspondiente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE JALISCO

ARTICULO 450.- Cuando, durante las diligencias de policía judicial, parezca que hay motivo fundado para suponer que el inculpado detenido adolece de algún padecimiento mental se recabara, dentro del término de veinticuatro horas, dictamen pericial al respecto. En caso afirmativo, se procederá a recluirlo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, donde quedara a disposición del agente del ministerio público del conocimiento,...

ARTICULO 451.- Cuando haya motivo fundado para suponer que un procesado se encuentra comprendido.... y dentro de un plazo que no exceda de treinta días, dictaminen sobre su estado mental, y además, si lo estima necesario, ordenará que se le recluya provisionalmente en el establecimiento especial a que se hace referencia en el artículo anterior.

...

ARTICULO 455.- Cuando se compruebe la existencia del hecho delictuoso y que en el mismo participo conscientemente el inculpado, pero éste sufra alteración mental dentro del término

constitucional, el juez dictara...y además ordenará la reclusión del procesado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, en los términos que fija el Código penal.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN

ARTICULO 427.- ...

Si existe motivo fundado, se dispondrá la internación provisional del inculcado, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

ARTICULO 431.- El tribunal ordenará la suspensión del proceso, siempre que en el curso de éste el inculcado sufra trastorno mental que lo incapacite para entender y para querer, y dispondrá su internación en el establecimiento dependiente del estado a que se hace referencia en el artículo 427, para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MORELOS

ARTICULO 266.- Cuando el trastorno mental del inculcado sobrevenga en el curso del procedimiento, el tribunal suspenderá y ordenará que el sujeto quede a disposición del Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado....

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NAYARIT

ARTICULO 443.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el inculcado adolece de algún padecimiento mental se procederá a recluirlo desde luego en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, si se juzgare necesario, debiendo quedar ahí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE OAXACA

ARTICULO 504.- Tan pronto como se sospeche que el inculcado esté loco, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

ARTICULO 507.- Cuando en el curso del proceso el inculcado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos de la fracción III del artículo 310 de éste Código, remitiéndose al incapacitado al establecimiento a que se hace referencia en el artículo 504, para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO

ARTICULO 339.- Si comprobado el cuerpo del delito, hubiere razones para suponer que el indiciado padecía enajenación mental en el momento de la comisión del hecho, desarrollo intelectual retardado, trastorno mental transitorio o cualquier otro estado mental que requiera

tratamiento el ministerio público ejercerá la acción penal, internando al indiciado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado a disposición del juzgador, quien ordenará examinarlo por peritos para determinar lo procedente.

ARTICULO 342.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado es inimputable, e los términos del código penal, el juzgador lo mandará examinar por peritos, quienes dentro de un plazo de treinta días dictaminarán sobre su estado mental y ordenará en su caso, que se le interne en el establecimiento especial a que se refiere el artículos 339 de éste código, si procede.

...

Artículo 345.- Cuando en el curso del procedimiento judicial, el inculpado sufra trastorno mental transitorio, que le impida comprender el carácter del proceso que se está substanciado, se suspenderá el proceso en los términos fijados en la fracción III del artículo 296 de éste ordenamiento, remitiéndose a dicho sujeto al establecimiento especial de que disponga el Estado para su tratamiento, el que deberá ser exclusivamente sanitario.

....

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO

ARTICULO 458.- Cuando durante la tramitación del proceso se sospeche que el acusado enloqueció,... .. internará al acusado bajo la vigilancia de la autoridad correspondiente, señalándose para la internación el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

ARTICULO 479.- Tan pronto como se advierta que el inculpado padece demencia o sufra cualquier otra enfermedad o anomalía mentales... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SINALOA

ARTICULO 483.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del procesado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

ARTICULO 486.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 438, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento a que hace referencia el artículo 483 de éste código, para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SONORA

ARTICULO 446.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por

peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

ARTICULO 449.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 419, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento al que se hace referencia en el artículo 446 de éste código, para su tratamiento.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TABASCO

ARTICULO 266.- Cuando el trastorno mental del inculpado sobrevenga en el curso del procedimiento, el tribunal suspenderá éste y ordenará que el sujeto quede a disposición del Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado....

...

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TLAXCALA

ARTICULO 420.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el acusado se encuentra comprendido en lo dispuesto por el artículo 97 del CÓDIGO penal,... .. ordenará que se le recluya provisionalmente en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, si lo estima necesario.

ARTICULO 438.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el acusado adolece de algún padecimiento mental, se procederá a recluirlo desde luego en Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado, si se juzgare necesario, debiendo quedar allí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE VERACRUZ

ARTICULO 418.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil, o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE ZACATECAS

ARTICULO 452.- Cuando haya motivo fundado para suponer que el inculpado se encuentra comprendido en lo dispuesto por el artículo 65 del código penal,... .. ordenará que se le recluya provisionalmente en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de que disponga el Estado.

ARTICULO 465.- Cuando desde las diligencias de policía judicial aparezca que hay motivo fundado para suponer que el acusado adolece de algún padecimiento mental, se procederá a recluirlo desde luego en el establecimiento especial a que se hace referencia en el artículo 452 de éste código, si se juzgare necesario, debiendo quedar ahí a disposición del tribunal competente.

CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES

ARTICULO 495.- Tan pronto como se sospeche que el inculpado esté loco, idiota, imbecil o sufra cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales, el Tribunal lo mandará examinar por peritos médicos,... ..ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

ARTICULO 498.- Cuando en el curso del proceso el inculpado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 468, fracción III, remitiéndose al loco al establecimiento Federal de Rehabilitación Psicosocial para su tratamiento.

Asimismo se propone que en atención a la deficiente partida presupuestal que el Estado asigna a los Centros de Prevención y Readaptación social, así como a las Penitenciarias del país, resulta necesario implementar un fondo especial para conseguir la construcción o edificación de Centros de Rehabilitación Psicosociales, cuya creación y operación se conseguirá mediante la captación de recursos económicos provenientes de la participación económica que efectúen tanto el Gobierno Federal, Estatal y Municipal; así como mediante la creación de un Patronato para Asistencia de Enfermos Mentales Internos y Liberados.

Al respecto es menester indicar, que la infraestructura requerida para concreción de este proyecto de construcción de Centros de Rehabilitación Psicosocial en nuestro país, que consideramos oportuno proponer es el seguir el modelo adoptado por el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, siendo este el siguiente: debe contar con área de gobierno, unidad de ingresos y evaluación; módulos estancia (cuyo número lo determina la capacidad para albergar interno pacientes, que consideramos que sea de 250, que deberán de contar con estancias individuales, servicio sanitario, regaderas y comedor); área de vista familiar; área de locutorios; área de visita íntima; unidad hospitalaria que cuente con farmacia; Edificio para la Subdirección Médico-Técnica; área de rehabilitación (conformada por talleres académicos, de actividades recreativas, musicales, lúdicas, de capacitación y desarrollo psicomotriz, etcétera); área deportiva (canchas deportivas, gimnasio); Auditorio; Lavandería; área de seguridad y

custodia dependiente del mismo centro; área de servicios generales y comedor para el personal.

En relación al organigrama funcional para éste tipo de Instituciones deberá de ser el siguiente:

Debe de contar con una Dirección del Centro, que cuente con el auxilio de un ejecutivo de proyecto, cuyo objetivos serán el dirigir, organizar, programar, controlar y evaluar el cumplimiento de las metas y operatividad de éstas Instituciones; vigilar que se cumplan con los fines para los cuales fueron creados y fungir como regulador y creador de normas a través de las cuales se establezca la operatividad para el tratamiento de enfermos mentales privados de su libertad.

Con cinco subdirecciones una destinada al área médico-técnica, que tendrá bajo su responsabilidad el tratamiento de los internos pacientes, y cuyos objetivos principales será el de supervisar, verificar y evaluar el cumplimiento de la normatividad establecida en materia de salud mental y física, llevando a cabo la elaboración del diagnóstico, determinación del tratamiento y aplicación al interno-paciente. Área que para el desempeño de sus funciones se integrará con un departamento de diagnóstico y determinación de tratamiento, un departamento de Tratamiento Multidisciplinario y un departamento de educación, cultura, recreación, capacitación y trabajo.

Una Subdirección Jurídica, cuyo objetivo será el integrar y mantener actualizados los trámites jurídicos (por lo que respecta a la situación jurídica de la población interna y fungir como representante legal de la institución) , así como los ordenamientos legales y demás disposiciones jurídicas), cuya observancia y aplicación compete al Centro de Rehabilitación. Que a su vez se integrará con un departamento de trámites jurídicos y un departamento de archivo general.

Una Subdirección de Normatividad, Consultoría y Supervisión, cuyo objetivo será el planear, programar, organizar, supervisar, controlar, dirigir y evaluar el buen funcionamiento de las políticas y normatividad que regulen las actividades del Centro, así como las encaminadas a la rehabilitación psicosocial. Debiendo integrarse con un departamento de normatividad, un departamento de consultoría y uno de supervisión.

Una Subdirección administrativa, cuyo objetivo será el dirigir y controlar el conjunto de normas relativas al manejo de recursos humanos, financieros y materiales, y para tal efecto se integrara con un departamento de personal, un departamento de contabilidad y un departamento de mantenimiento, servicios generales e instalaciones clínicas.

Una Subdirección de Seguridad y Custodia cuyo objetivo será el garantizar la disciplina y orden de los interno-pacientes, del personal y de los visitantes, manteniendo la seguridad de los mismos, así como del Centro. Quedando bajo su responsabilidad el traslado de los interno pacientes que se encuentren en otros Centros de Prevención y Readaptación social o Penitenciaros Comunes.

Por lo que debe existir un programa de capacitación y selección adecuado del personal administrativo, profesional-técnico y de custodia que formen parte de éstos centros de Rehabilitación Psicosocial, dada la importancia que revisten sus funciones dentro de dichos establecimiento, de los cuales dependerá la funcionalidad de los mismos y la mejora que en materia de salud mental alcancen los incapaces reclusos.

Ahora bien, a través de estos Centros se pretende conseguir que los interno pacientes, sean reinsertados a la sociedad, ya que no solo mediante la aplicación seguimiento de un tratamiento adecuado lo conseguirá, sino además con el compromiso por parte del área médico-técnica y jurídica, de darse a la tarea de localizar a los familiares de los mismos para que una vez concluida la medida de

seguridad éstos les sean entregados, a los cuales se les instruirá previamente en la atención que deben de prestarles a los mismos, canalizándolos en caso de que requieran continuar con algún tratamiento psiquiátrico a las instituciones de Salud que cuenten con atención de tercer nivel.

Respecto de la procedencia de los recursos económicos para el funcionamiento, integración y construcción de éstos Centros, como ya lo mencionamos en los párrafos que anteceden, no solo debe de quedar a cargo del Estado, sino también de la propia sociedad, quien es la adecuada para brindar asistencia a los que se encuentran en éstas condiciones (padecimiento de enfermedad mental), no solo mediante una labor humanitaria de ayuda a los interno-pacientes y liberados, o de ayuda moral a la familia de éstos, sino que también debe de contribuir materialmente para el cumplimiento de los fines de rehabilitación y reincorporación de estos individuos a la sociedad; por lo tanto resulta necesario la constitución de un Patronato para la Asistencia de Enfermos Mentales Internos y Liberados, que deberá estar conformado por representantes del Gobierno Federal, local y municipal; por representantes de empresas particulares destinadas a la industrial y comercialización; por representantes de los sectores de empleadores y trabajadores, así como con representantes de los Colegios de Abogados y de Prensa de la región. Entre los cuales deberán existir convenios de colaboración para suministrar los recursos económicos suficientes para brindar la atención moral y material a éstos individuos y a su familia, lo que se conseguirá mediante aportaciones que lleve a cabo la iniciativa privada de capital y mercancías (productos básicos, mobiliario, equipo médico, quirúrgico, medicamentos, vestido, calzado, etcétera).

Siendo en general la función y los objetivos que debe de cumplir éste Patronato el de prestar asistencia moral y material a los interno-pacientes de éstos Centros de Rehabilitación Psicosocial, así como a los liberados y a su familia; ya sea asistiéndolos en internación mediante visitas que le realicen, auxiliándolos para encontrar trabajo (para ello deberán pugnar por la formación de fuentes de

trabajo) o para canalizarlos a una Institución de Salud Mental Pública donde puedan continuar su tratamiento sin costo alguno.

En éste orden de ideas, cabe señalar que los beneficios directos que aportará el tratamiento de los enfermos mentales infractores dentro de éste tipo de Centros serán entre otros:

Atención adecuada y digna para inimputables

Se les brinda un tratamiento Multidisciplinario

Se les instruirá a través de tratamiento pedagógico: al brindarles educación primaria, secundaria y técnica.

Atención médica integral (general y especializada)

Atención psiquiátrica y farmacológica

Apoyo psicológico (mediante terapias psicodinámicas, cognitivo-conductual y conductual)

Se les proveerá de habilidades para el trabajo

Se les brindará capacitación mediante la implantación de diversos talleres.

Recreación a través de grupos o talleres de teatro, música, literatura, proyección de películas

Actividades deportivas

Restablecer lazos afectivos a través de visita familiar e íntima

Reinserción de los interno-pacientes a la sociedad.

Prevención de conductas delictivas

CONCLUSIONES

1.- La enfermedad es por esencia un mal físico para quien la sufre y por tanto para la sociedad, pero la actitud ante la enfermedad cambia con el carácter del enfermo y con la ideosincracia del grupo social a que éste pertenece.

2.- El enajenado es un sujeto al que no se le pueden imputar sus actos. Sin embargo no todo enfermo mental es infractor y no todo delincuente padece una enfermedad mental.

3.- Una serie de elementos contribuye a promover el ingreso de enfermos mentales infractores a las prisiones, como son la falta de apoyo familiar y social, el entorno marginal en que se desenvuelven, la inconveniencia de aplicarles las medidas de internamiento, la indefensión que padecen en el proceso penal, la carencia de instrumentos de tutela eficaces, y en especial, la ausencia de alternativas específicas para éstos.

4.- La deficiente atención a los enfermos mentales ha extendido lo que en principio era un grave problema sanitario a un actual no menos grave problema social, al tener que cargar las familias, independientemente de los medios con los que cuenten, no solo con la parte que en el tratamiento y cuidado del enfermo mental les corresponde, sino con la parte que a las inexistentes estructuras estatales les correspondería.

5.- La ausencia de alternativas eficaces tras la supresión de los manicomios para los enfermos mentales crónicos ha arrastrado a más de un enfermo, en especial a los más desprotegidos socialmente, hacia los centros penitenciarios tras la comisión de delitos por hechos que, en muchos casos los afectados ni siquiera alcanzan a comprender. De ahí que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la adecuada para atender

asistencialmente a un enfermo mental. Esto en virtud de que el tratamiento del enfermo no se encuentra organizado ni planificado desde un punto de vista terapéutico, y menos aún se realiza un seguimiento o intervención sistemática del enfermo ni de su familia, lo que resulta necesario para conseguir su rehabilitación.

6.- Las posibilidades que tienen éstos enfermos de realizar actividades de tipo ocupacional; labor-terapia, terapias grupales, escuela de aprendizaje entre otras es nula, o escasa al no existir presupuesto suficiente en la mayoría de las prisiones de las Entidades Federativas. Otra problemática es la dificultad de adaptación de éste tipo de internos a la vida penitenciaria, propiciándose problemas con los demás internos e inclusive con las autoridades, generando sentimientos de rechazo.

7.- Los Códigos Penales y de Procedimientos Penales de las Entidades Federativas e inclusive la Legislación Federal, han sido superados en éste aspecto por una realidad que no pudieron ser previstas ni tampoco imaginadas en la época en la que fueron redactados y que tampoco las reformas que han sufrido han sabido afrontar.

8.- Los delincuentes con enfermedades mentales no suelen ser pacientes populares para los médicos y psiquiatras. Muchos de ellos padecen problemas con el alcohol y las drogas, y cumplen pobremente con el tratamiento. Sin un seguimiento decidido éstos pacientes son particularmente proclives a perderse y perder el contacto con los servicios asistenciales. Los pacientes mas graves y los que no están bajo asistencia psiquiátrica, son los mas proclives a reincidir en actividades delictivas.

9.- Hay que tener en cuenta que el enfermo mental que se encuentra interno en un Centro Penitenciario no forma parte de un grupo homogéneo, esto se debe a los distintos diagnósticos y a las diferentes fases de la enfermedad en

que pueden encontrarse, así como por la distintas situaciones procesales o penales a las que están sujetos. Comprendiendo frecuentemente la población de enfermos mentales infractores a personas con escasos recursos económicos y con graves limitaciones en sus facultades para regir su propia persona y sus actos.

10.- La ausencia de un tratamiento adecuado y la aplicación de una medida de seguridad propicia que, muchas veces el enfermo mental infractor se encuentre recluido mayor tiempo del que se señala como máximo de la pena que merezca la infracción cometida. Propiciando con ello su marginación y abuso.

11.- La ausencia de medidas de coordinación entre las instituciones asistenciales dificulta el proceso de reinserción del enfermo mental al ambiente social, y promueve por el contrario que al salir de los Centros Penitenciarios, reincidan en actividades ilícitas y regresen a prisión.

12.- El cúmulo de trabajo que tienen que enfrentar las autoridades judiciales y en su caso ejecutivas, impide un seguimiento periódico y constante de la medida de internamiento decretada.

13.- Así, en los casos en que el enfermo carece de un medio familiar que le acoja, es necesario una institución que cubra ésta necesidad, surgiendo así grandes dificultades, al no existir alternativas en la comunidad.

14.- La simple mejora asistencial de los enfermos mentales infractores, la existencia de centros y especialistas adecuados en número y calidad , simplificaría los problemas jurídicos.

15.- De ésta manera, se propone que la reclusión de los enfermos mentales infractores, cuando se les impone como medida de seguridad el internamiento,

dentro de la secuela procedimental, o en ejecución de sentencia, sea en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, en el que se les brinde atención medica de primer y segundo nivel, esto es, en donde se de consulta externa, se apliquen acciones de medicina preventiva y tratamientos deambulatorios; el segundo nivel con atención medico-quirúrgicos que requieren la intervención de especialistas y estudios de laboratorio y gabinete; y dejar en caso necesario, tomando en consideración la población existente, el tercer nivel de atención psiquiátrica a instituciones del sector salud que si tienen la infraestructura necesaria para tales propósitos. Pero si existiese la infraestructura suficiente brindar la atención medica de tercer nivel, donde se de la participación de especialistas de la medicina, y de estudios de laboratorio y gabinete de alta tecnología. Atención que deberá basarse en programas de estudio, seguimiento y evaluación de su caso clínico.

16.- Es necesario observar en éstos casos lo dispuesto en la declaración de los derechos del retrasado mental, que establece que en caso de que sea necesario internar a un enfermo mental infractor en un establecimiento especial, el ambiente y las condiciones dentro de tal institución deberá semejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal. Estableciéndose por ende los acuerdos y convenios respectivos con los gobiernos de las diferentes entidades federativas, para que se instrumente una política criminal, para la creación y edificación de éste tipo de Centros de Rehabilitación Psicosocial, atendiendo al número de enfermos mentales infractores que exista en éstas.

17.- Urge una reforma legislativa en los Códigos Penales y de Procedimientos Penales de los Estados de la República, para que los enfermos mentales infractores sean atendidos durante la secuela procedimental como se ha venido sosteniendo en un Centro de Rehabilitación Psicosocial dependiente del Estado, tal y como se ha propuesto en el Capítulo V del presente trabajo de investigación.

APÉNDICE

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (CUARTA EDICIÓN, DSM-IV).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos de Norteamérica y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, misma que data del año de 1994.

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - *Retraso mental*: leve, moderado, grave, y profundo.
 - *Trastornos del aprendizaje*:
 - *Trastorno de la lectura*
 - *Trastorno del cálculo*
 - *Trastorno de la expresión escrita*
 - *Trastorno del aprendizaje no especificado*
 - Trastorno de las habilidades motoras: *Trastorno del desarrollo de la coordinación*.
 - Trastornos de la comunicación:
 - *Trastorno del lenguaje expresivo*
 - *Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo*
 - *Trastorno fonológico*
 - *Tartamudeo*
 - *Trastorno de la comunicación no especificado*.
 - Trastornos generalizados del desarrollo:
 - *Trastorno autista*
 - *Trastorno de Rett*
 - *Trastorno desintegrativo infantil*
 - *Trastorno de Asperger*

- *Trastorno generalizados del desarrollo no especificado.*
 - Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:
 - *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:*
 - Tipo combinado
 - Tipo con predominio del déficit de atención
 - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
 - *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.*
 - *Trastorno disocial*
 - *Trastorno negativista desafiante*
 - *Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.*
 - Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:
 - *Pica*
 - *Trastorno de rumiación*
 - *Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez*
 - Trastornos de tics:
 - *Trastorno de la Tourette*
 - *Trastorno de tics motores o vocales crónicos*
 - *Trastorno de tics transitorios*
 - *Trastorno de tics no especificado*
 - Trastornos de la eliminación:
 - *Encopresis:*
 - Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
 - Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
 - *Enuresis (no debida a una enfermedad médica)*
 - Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - *Trastorno de ansiedad por separación*
 - *Mutismo selectivo*
 - *Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez*
 - *Trastorno de movimientos estereotipados*
 - *Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.*
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:
- *Delirium:*

- Delirium debido a *enfermedad médica*
- Delirium inducido por sustancias
- Delirium por abstinencia de sustancias
- Delirium debido a múltiples etiologías
- Delirium no especificado
- *Demencia:*
 - *Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:*
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - *Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:*
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - *Demencia vascular:*
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - Demencia debida a enfermedad por VIH
 - Demencia debida a traumatismo craneal
 - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a enfermedad de Pick
 - Demencia debida a *enfermedad médica no enumerada antes*
 - Demencia no especificada
- *Trastornos amnésicos:*
 - Trastorno amnésico debido a *indicar enfermedad médica*
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
 - Trastorno amnésico no especificado.
- Otros trastornos cognoscitivos: *Trastorno cognoscitivo no especificado.*

3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:
- Trastorno catatónico debido a alguna enfermedad.
 - Cambio de personalidad debido a alguna enfermedad.
 - Trastorno mental no especificado debido a alguna enfermedad.
4. Trastornos relacionados con sustancias:
- Trastornos relacionados con el alcohol:
 - Trastornos por consumo de alcohol: .
 - *Dependencia de alcohol*
 - *Abuso de alcohol*
 - Trastornos inducidos por el alcohol: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado*
 - Trastornos relacionados con alucinógenos:
 - Trastornos por consumo de alucinógenos:
 - *Dependencia de alucinógenos*
 - *Abuso de alucinógenos*
 - Trastornos inducidos por alucinógenos: *Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.*
 - Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):
 - Trastornos por consumo de anfetaminas:
 - *Dependencia de anfetaminas*
 - *Abuso de anfetaminas*
 - Trastornos inducidos por anfetaminas: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno del estado de ánimo.*
 - Trastornos relacionados con cafeína:
 - Trastornos inducidos por cafeína: *Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y Trastorno relacionado con cafeína no especificado.*
 - Trastornos relacionados con cannabis:

- Trastornos por consumo de cannabis:
 - *Dependencia de cannabis*
 - *Abuso de cannabis*
- Trastornos inducidos por cannabis: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.*
- Trastornos relacionados con cocaína:
 - Trastornos por consumo de cocaína:
 - *Dependencia de cocaína*
 - *Abuso de cocaína*
 - Trastornos inducidos por cocaína: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con cocaína no especificado.*
- Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):
 - Trastornos por consumo de fenciclidina:
 - *Dependencia de fenciclidina*
 - *Abuso de fenciclidina*
 - Trastornos inducidos por fenciclidina: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.*
- Trastornos relacionados con inhalantes:
 - Trastornos por consumo de inhalantes:
 - *Dependencia de inhalantes*
 - *Abuso de inhalantes*
 - Trastornos inducidos por inhalantes: *Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.*
- Trastornos relacionados con nicotina:
 - Trastornos por consumo de nicotina: *Dependencia de nicotina.*
 - Trastornos inducidos por nicotina: *Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.*

- Trastornos relacionados con opiáceos:
 - Trastornos por consumo de opiáceos:
 - *Dependencia de opiáceos*
 - *Abuso de opiáceos*
 - Trastornos inducidos por opiáceos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.*
 - Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - *Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - *Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
 - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado*
 - Trastornos relacionados con varias sustancias: *Dependencia de varias sustancias.*
 - Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):
 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
 - *Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)*
 - *Abuso de otras sustancias (o desconocidas)*
 - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado*
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Esquizofrenia:
 - Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado
 - Tipo catatónico

- Tipo indiferenciado
 - Tipo residual
 - Trastorno esquizofreniforme
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Trastorno delirante
 - Trastorno psicótico breve
 - Trastorno psicótico compartido (*folie a deux*)
 - Trastorno psicótico debido a *enfermedad médica*
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
 - Trastorno psicótico inducido por sustancias
 - Trastorno psicótico no especificado.
6. Trastornos del estado del ánimo:
- *Trastornos depresivos:*
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
 - *Trastornos bipolares:*
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado.
 - Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
 - Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
 - Trastorno del estado del ánimo no especificado.
7. Trastornos de ansiedad:
- Trastorno de angustia sin agorafobia
 - Trastorno de angustia con agorafobia
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
 - Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)
 - Fobia social
 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Trastorno por estrés postraumático

- Trastorno por estrés agudo
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 - Trastorno de ansiedad no especificado
8. Trastornos somatomorfos:
- Trastorno de somatización
 - Trastorno somatomorfo indiferenciado
 - Trastorno de conversión
 - Trastorno por dolor
 - Hipocondría
 - Trastorno dismórfico corporal
 - Trastorno somatomorfo no especificado
9. Trastornos facticios:
- *Trastorno facticio:*
 - Con predominio de signos y síntomas psicológicos
 - Con predominio de signos y síntomas somáticos
 - Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
 - Trastorno facticio no especificado.
10. Trastornos disociativos:
- Amnesia disociativa
 - Fuga disociativa
 - Trastorno de identidad disociativo
 - Trastorno de despersonalización
 - Trastorno disociativo no especificado
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual:
- *Trastornos sexuales:*
 - Trastornos del deseo sexual:
 - *Deseo sexual hipoactivo*
 - *Trastorno por aversión al sexo*
 - Trastornos de la excitación sexual:
 - *Trastornos de la excitación sexual en la mujer*
 - *Trastornos de la excitación sexual en el varón*

- Trastornos del orgasmo:
 - *Trastorno orgásmico femenino*
 - *Trastorno orgásmico masculino*
 - *Eyacuación precoz*
- Trastornos sexuales por dolor:
 - *Dispareunia* (no debida a una enfermedad médica)
 - *Vaginismo* (no debido a una enfermedad médica)
- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
- Trastorno sexual no especificado
- *Parafilias:*
 - *Exhibicionismo*
 - *Fetichismo*
 - *Frotteurismo*
 - *Pedofilia*
 - *Masoquismo sexual*
 - *Sadismo sexual*
 - *Fetichismo transvestista*
 - *Voyeurismo*
 - *Parafilia no especificada*
- *Trastornos de la identidad sexual*

12. Trastornos de la conducta alimentaria:

- *Anorexia nerviosa*
- *Bulimia nerviosa*
- *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado*

13. Trastornos del sueño:

- Trastornos primarios del sueño:
 - **Disomnias:**
 - *Insomnio primario*
 - *Hipersomnia primaria*
 - *Narcolepsia*
 - *Trastorno del sueño relacionado con la respiración*
 - *Trastorno del ritmo circadiano*
 - *Disomnia no especificada*

- Parasomnias:
 - *Pesadillas*
 - *Terrores nocturnos*
 - *Sonambulismo*
 - *Parasomnia no especificada*
 - Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental
 - Otros trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:
- Trastorno explosivo intermitente
 - Cleptomanía
 - Piromanía
 - Juego patológico
 - Tricotilomanía
 - Trastornos del control de los impulsos no especificado
15. Trastornos adaptativos: Trastorno adaptativo:
- Con estado de ánimo depresivo
 - Con ansiedad
 - Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 - Con trastorno de comportamiento
 - Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 - No especificado
16. Trastornos de la personalidad:
- Trastorno paranoide de la personalidad
 - Trastorno esquizoide de la personalidad
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad
 - Trastorno antisocial de la personalidad
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Trastorno histriónico de la personalidad
 - Trastorno narcisista de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad por evitación
 - Trastorno de la personalidad por dependencia
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad no especificado

17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

- *Factores psicológicos que afectan al estado físico:*
 - Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica
 - Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica
 - Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica
 - Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
 - Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica
 - Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica
- *Trastornos motores inducidos por medicamentos:*
 - Parkinsonismo inducido por neurolepticos
 - Síndrome neuroleptico maligno
 - Distonía aguda inducida por neurolepticos
 - Acatisia aguda inducida por neurolepticos
 - Discinesia tardía inducida por neurolepticos
 - Temblor postural inducido por neurolepticos
 - Trastorno motor inducida por medicamentos no especificado
- *Trastornos inducidos por otros medicamentos*
- *Problemas de relación:*
 - Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 - Problemas paterno-filiales
 - Problemas conyugales
 - Problemas de relación entre hermanos
 - Problema de relación no especificado
- *Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales)*
- *Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:*
 - Problemas conyugales
 - Incumplimiento terapéutico

- Simulación
- Comportamiento antisocial del adulto
- Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia
- Capacidad intelectual límite
- Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- Duelo
- Problema académico
- Problema laboral
- Problema de identidad
- Problema religioso o espiritual
- Problema de aculturación
- Problema biográfico

BIBLIOGRAFÍA

1. ALCOCER POZO, JOSE Y OTROS; "MEDICINA LEGAL. CONCEPTOS BÁSICOS"; PRIMERA EDICIÓN; EDITORIAL LIMUSA; MÉXICO, 1993. TOTAL DE PAGINAS 171.
2. BASILE, ALEJANDRO A. Y OTROS; "FUNDAMENTOS DE MEDICINA LEGAL"; EDITORIAL EL ATENEO; BUENOS AIRES, FEBRERO 1989. TOTAL DE PAGINAS 166.
3. BLEULER, E.; "TRATADO DE PSIQUIATRÍA"; EDITORIAL ESPASA CALPE; MADRID, 1951.
4. CABELLO, VICENTE P.; "PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL DERECHO PENAL"; TOMO I, EDITORIAL HAMMURABI; BUENOS AIRES, 1981. TOTAL DE PAGINAS 295.
5. CABELLO, VICENTE P.; "PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL DERECHO PENAL"; TOMO II-B, EDITORIAL HAMMURABI; BUENOS AIRES, 1982. TOTAL DE PAGINAS 303.
6. CABELLO, VICENTE P.; "PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL DERECHO PENAL"; TOMO III, EDITORIAL HAMMURABI; BUENOS AIRES, 1984. TOTAL DE PAGINAS 496.
7. CARBONELL MATEU, JUAN CARLOS Y OTROS; "ENFERMEDAD MENTAL Y DELITO. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS, PENALES Y PROCESALES"; EDITORIAL CIVITAS; VALENCIA, 1986. TOTAL DE PAGINAS 336.
8. DÍAZ PALOS, FERNANDO; "TEORÍA GENERAL DE LA IMPUTABILIDAD"; BOSCH, CASA EDITORIAL; BARCELONA, 1965. TOTAL DE PAGINAS 300.
9. FERNÁNDEZ PÉREZ, RAMÓN; "ELEMENTOS BÁSICOS DE MEDICINA FORENSE"; SEXTA EDICIÓN; EDITORIAL FRANCISCO MENDEZ CERVANTES; MÉXICO, 1986. TOTAL DE PAGINAS 336.

10. GALINDO GARFIAS, IGNACIO; "DERECHO CIVIL", PRIMER CURSO, PARTE GENERAL; EDITORIAL PORRÚA, DÉCIMO TERCERA EDICIÓN; MÉXICO, 1993. TOTAL DE PAGINAS 790.

11. GARCÍA ANDRADE, IRMA; "SISTEMA PENITENCIARIO MEXICANO, RETOS Y PERSPECTIVAS"; EDITORIAL SISTA; MÉXICO, 1989; TOTAL PÁGINAS 257.

12. GARCÍA RAMÍREZ, SERGIO; "MANUAL DE PRISIONES"; SEGUNDA EDICIÓN, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1980; TOTAL DE PAGINAS 467.

13. GARCIA RAMÍREZ, SERGIO; "LA IMPUTABILIDAD EN EL DERECHO PENAL MEXICANO"; SEGUNDA EDICIÓN, EDITORIAL UNAM; MÉXICO, 1981; TOTAL DE PAGINAS 172.

14. GISBERT CALABUIG, J.A.; "EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO SEGÚN LA LEGISLACIÓN Y LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLAS"; REVISTA CHILENA DE MEDICINA LEGAL; VOLUMEN 1-2; CHILE, 1966.

15. GUTIERREZ RUIZ, LAURA ANGÉLICA; "NORMAS TÉCNICAS SOBRE ADMINISTRACIÓN DE PRISIONES"; EDITORIAL Porrúa; MÉXICO, 1995; TOTAL DE PAGINAS 100.

16. JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS; EN SU OBRA "TRATADO DE DERECHO PENAL", TOMO V, TERCERA EDICIÓN; EDITORIAL LOZADA; BUENOS AIRES, 1956.

17. MARCO DEL PONT, LUIS; "DERECHO PENITENCIARIO", CARDENAS EDITOR Y DISTRIBUIDOR, PRIMERA REIMPRESIÓN, MÉXICO, 1991. TOTAL DE PAGINAS 809.

18. MARTÍNEZ MURILLO, SALVADOR; "MEDICINA LEGAL", DECIMO SEXTA EDICIÓN, MENDEZ EDITORES; MÉXICO, 1998; TOTAL DE PAGINAS 415.

19. MARTÍNEZ RINCONES, J.; "EL ENFERMO MENTAL QUE COMETE DELITO"; TALLERES GRÁFICOS UNIVERSITARIOS; MERIDA VENEZUELA, 1987. TOTAL DE PAGINAS 46.

20. MEZGER, EDMUND; "TRATADO DE DERECHO PENAL", TOMO II; EDITORIAL REVISTA DE DERECHO PRIVADO; MADRID, 1957.
21. MICO CATALAN, FRANCISCO; "PSIQUIATRÍA FORENSE EN ESQUEMAS"; EDITORIAL COLEX; MADRID, 1996. TOTAL DE PAGINAS 183.
22. ORTEGA MONASTERIO, LEOPOLDO; "MONOGRAFÍAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA FORENSE"; SEGUNDO VOLUMEN; PRIMERA EDICIÓN; BARCELONA ESPAÑA, 1994. TOTAL DE PAGINAS 1955.
23. PAVÓN VASCONCELOS, FRANCISCO; "IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD"; EDITORIAL PORRÚA; TERCERA EDICIÓN; MÉXICO, 1993. TOTAL DE PAGINAS 137.
24. PEREZ RINCÓN, HECTOR; "BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO", PUBLICADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA, MÉXICO, 1995.
25. PORTE PETIT CANDAUDAP, CELESTINO; "APUNTAMIENTOS DE LA PARTE GENERAL DE DERECHO PENAL"; DÉCIMO SEXTA EDICIÓN; MÉXICO, 1994; TOTAL DE PAGINAS 508.
26. QUIRÓZ CUARON, ALFONSO; "MEDICINA FORENSE"; NOVENA EDICIÓN; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999; TOTAL DE PAGINAS 1123.
27. REINHART, MAURACH; "TRES CONFERENCIAS"; PUBLICACIONES UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA SEPARATA DE LA REVISTA DE LA UNIVERSIDAD; BOGOTA, 1965.
28. ROJAS, NERIO; "MEDICINA LEGAL"; EDITORIAL EL ATENEO; BUENOS AIRES, 1942. PAGINA 365.
29. ROMO PIZARRO, OSVALDO; "MEDICINA LEGAL. ELEMENTOS DE CIENCIAS FORENSES"; EDITORIAL JURÍDICA DE CHILE; MARZO, 1992. TOTAL DE PAGINAS 750.

30. SERPA FLOREZ, ROBERTO; "EL NUEVO CÓDIGO PENAL ANTE LA SIQUIATRÍA"; MONOGRAFÍAS JURÍDICAS 21; EDITORIAL TEMIS; BOGOTÁ COLOMBIA, 1982. TOTAL DE PAGINAS 81.

31. SERPA FLOREZ, ROBERTO; "PSIQUIATRÍA MÉDICA Y JURÍDICA"; EDITORIAL TEMIS; BOGOTÁ COLOMBIA, 1994. TOTAL DE PAGINAS 195.

32. SPOLANSKY, NORBERTO EDUARDO; "IMPUTABILIDAD Y COMPENDIO DE LA CRIMINALIDAD"; EDITORIAL COOPERADORA DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES; BUENOS AIRES, 1976. TOTAL DE PAGINAS 38.

33. VARGAS ALVARADO, EDUARDO; "MEDICINA FORENSE Y DEONTOLOGÍA MÉDICA"; EDITORIAL TRILLAS; PRIMERA EDICIÓN; MÉXICO, 1991. TOTAL DE PAGINAS 1064.

34. VELA TREVIÑO, SERGIO; "CULPABILIDAD E INculpABILIDAD. TEORÍA DEL DELITO"; EDITORIAL TRILLAS; PRIMERA REIMPRESIÓN; MÉXICO, 1977. TOTAL DE PAGINAS 255.

35. VILLALOBOS, IGNACIO; "DERECHO PENAL MEXICANO"; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1961.

36. ZAFFARONI, EUGENIO RAÚL; "TEORIA DEL DELITO"; EDIAR EDITOR; BUENOS AIRES, 1973.

REGISTROS HEMEROGRÁFICOS

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN

1. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 7 DE DICIEMBRE DE 1871.
2. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DE 1880.
3. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 7 DE JULIO DE 1894.
4. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 10 DE MAYO DE 1929.

5. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 7 DE OCTUBRE DE 1929.
6. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 14 DE AGOSTO DE 1931.
7. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 29 DE AGOSTO DE 1931.
8. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, DE FECHA 30 DE AGOSTO DE 1934.

OTROS

1. COLECCIÓN CURSOS, CENTRO DE ESTUDIOS JUDICIALES, VOLUMEN 3 "PSIQUIATRÍA FORENSE"; MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR, CENTRO DE PUBLICACIONES; MADRID, 1994; TOTAL DE PAGINAS 290.
2. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL RETRASADO MENTAL, PROCLAMADA POR LA ASAMBLEA GENERAL EN SU RESOLUCIÓN 2856 (XXVI), DE 20 DE DICIEMBRE DE 1971. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS.
3. GACETA MÉDICA DE MÉXICO, VOLUMEN 99, NUMERO 12, 1969, "LEGISLACIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL", PONENTE EDMUNDO BUENTELLO Y VILLA.
4. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (CUARTA EDICIÓN, DSM-IV) CUARTA EDICIÓN, ESTADOS UNIDOS, 1994.
5. PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. ADOPTADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL EN SU RESOLUCIÓN 46/119, DE 17 DE DICIEMBRE DE 1991. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS.
6. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, VOLUMEN 10, NUMERO 1 A 3, ENERO A JUNIO, DE 1978. P. 273-274.
7. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, VOLUMEN 12, NUMERO 1 A 3, ENERO A JUNIO, DE 1970.P. 259-262.

8. SEGUNDO SIMPOSIUM DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA FORENSE, CELEBRADA EN GRANADA EL 30 Y 31 DE OCTUBRE DE 1992; TEMA: "ASPECTOS PSIQUIÁTRICO-FORENSES DE LA PSICOSIS"; SEGUNDO VOLÚMEN; EDITORIAL PPV; DICIEMBRE DE 1994.

LEGISLACIÓN

1. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

2. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE CAMPECHE, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

3. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE COAHUILA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

4. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

5. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE DURANGO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

6. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.

7. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE GUERRERO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.

8. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

9. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 1999.

10. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2001.
11. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NAYARIT, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
12. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
13. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE OAXACA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
14. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
15. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
16. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
17. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SINALOA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
18. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SONORA, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
19. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TABASCO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
20. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.

21. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE TLAXCALA, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
22. CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE VERACRUZ, EDITORIAL PORRÚA; QUINTA EDICIÓN, MÉXICO, 2000.
23. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
24. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CAMPECHE, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
25. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE COAHUILA. EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
26. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA. EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
27. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE DURANGO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
28. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO. EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
29. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUERRERO. EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
30. CÓDIGO PROCESAL PENAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2001.
31. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE JALISCO; EDICIONES DELMA; MÉXICO, 1999.



32. CÓDIGO PROCESAL PENAL PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN, EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2001.
33. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NAYARIT, EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
34. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN; EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
35. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE OAXACA; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.
36. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
37. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE QUINTANA ROO; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
38. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ; EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
39. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SINALOA; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
40. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE SONORA; EDICIONES DELMA; MÉXICO, 2001.
41. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TABASCO; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.
42. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.

43. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE TLAXCALA; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 1999.

44. CÓDIGO PROCESAL PENAL PARA EL ESTADO DE VERACRUZ; EDITORIAL PORRÚA; MÉXICO, 2000.

45. LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES; EDITORIAL SISTA, MÉXICO, 2000.

46. LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL PARA EL DISTRITO FEDERAL; EDITORIAL SISTA, MÉXICO, 2001.

47. LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL PARA EL ESTADO DE MÉXICO; EDITORIAL SISTA; MÉXICO, 2001.

48. LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL PARA EL ESTADO DE MORELOS; EDITORIAL SISTA; MÉXICO, 2001.

49. LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL PARA EL ESTADO DE ZACATECAS; EDITORIAL SISTA; MÉXICO, 2000.

50. LEY PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL DISTRITO FEDERAL, IMPRESA EN LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, I LEGISLATURA, 19 DE AGOSTO DE 1999.

51. LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL, IMPRESA EN LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, I LEGISLATURA, 19 DE AGOSTO DE 1999.