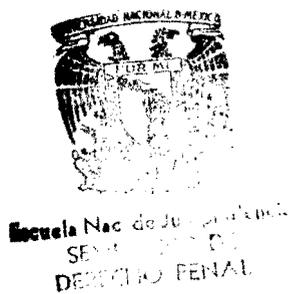


ALEJANDRO TORRESDEY HERRERA

**EL ENFERMO MENTAL  
Y EL DERECHO PENAL**



MEXICO 1969



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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







## **CAPITULO I**

### **EL DERECHO PENAL**

a) Concepto. b) Diversos puntos de vista del Delito. 1. Escuela Clásica. 2. Escuela Natural. 3. Punto de vista jurídico formal. 4. Punto de vista jurídico substancial. 5. Elementos del Delito. 6. La Imputabilidad. 7. La Inimputabilidad. c) Disposiciones legales para el Enfermo Mental en el Derecho Penal Mexicano.



## EL DERECHO PENAL

### a) Concepto.

Es conveniente precisar que en relación a la terminología del Derecho Penal, la misma es diversa, ya que algunos le llaman Derecho Represivo, Derecho Restaurador, Derecho Criminal, Derecho de Defensa Social, Derecho Sancionador, etcétera.

Consecuentemente, si existe diversidad en relación a la denominación, también se presentan diversos conceptos por lo que respecta al Derecho Penal.

En efecto, Jiménez de Asúa dice que el Derecho Penal es el "conjunto de normas y disposiciones jurídicas que regulan el ejercicio del poder sancionador y preventivo del Estado, estableciendo el concepto del delito como presupuesto de la acción estatal, así como la responsabilidad del sujeto activo, y asociando a la infracción de la norma una pena finalista o una medida aseguradora";<sup>1</sup> Raúl Carrancá y Trujillo lo define desde el punto de vista objetivo como "el conjunto de leyes mediante las cuales el Estado define los delitos, determina las penas imponibles a los delincuentes y regula la aplicación concreta de las mismas a los casos de incriminación",<sup>2</sup> y desde el punto de vista subjetivo, el Derecho Penal se identifica con el Jus Puniendi, o sea, con el derecho a castigar. Fran-

---

1 Jiménez de Asúa Luis. La Ley y el Delito. (Editorial Hermes. México-Buenos Aires 1959) 18.

2 Carrancá y Trujillo Raúl. Derecho Penal Mexicano, Tomo I 4 (Editorial Robredo 1955) 17.

cisco Pavón Vasconcelos dice que el Derecho Penal es “el conjunto de normas jurídicas, de Derecho Público Interno, que definen los delitos y señalan las penas o medidas de seguridad aplicables para labrar la permanencia del orden social”.<sup>3</sup>

b) Diversos puntos de vista del delito.

Por lo que atañe a la concepción del delito, hasta hoy en día no se ha proporcionado una definición en relación a dicha figura jurídica, válida para todos los tiempos y todos los lugares, debido a lo cual el delito se menciona jurídicamente por medio de fórmulas generales determinadoras de sus elementos constitutivos.

Habida cuenta de lo anterior, es conveniente precisar el concepto del delito desde diversos puntos de vista.

1.—Escuela Clásica.

En efecto, la Escuela Clásica, a través de Francisco Carrara, concibe al delito como un ente jurídico, y lo define como “la infracción de la ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso”.<sup>4</sup>

Para este autor el ilícito penal no es un acontecimiento cualquiera, sino un acontecer jurídico.

2.—Escuela Natural.

La Escuela Positiva, por conducto de Rafael Garófalo, realiza el análisis de los sentimientos, y de esa

---

3 Pavón Vasconcelos, Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano 2 (Editorial Porrúa, México 1967) 11.

4 Carrara Francisco. Programa del curso de Derecho Criminal dictado en la Real Universidad de Pisa, Tomo I (Edición De Palma-Buenos Aires) 41.

manera el autor aludido basa la definición del delito natural, encontrando en los sentimientos altruistas fundamentales de **piEDAD** y de **probIDAD** el apoyo a su definición, expresando que “para que un acto perjudicial sea considerado como criminal por la opinión pública, debe de lesionar aquella parte del sentido moral que consiste en los sentimientos altruistas fundamentales, o sea, la **PIEDAD** y la **PROBIDAD**. Es además, necesario que la violación hiera, no ya la parte superior y más delicada de estos sentimientos, sino la medida media en que son poseídos por una comunidad, y que es indispensable para la adaptación del individuo a la sociedad”.<sup>5</sup>

La Escuela Positiva menciona la definición de Ferri Berenini, al expresar que el delito “son acciones punibles (delitos) las determinadas por móviles individuales (egoistas) y antisociales, que perturban las condiciones de vida y contravienen la moralidad media de un determinado pueblo en un momento dado”.<sup>6</sup>

### 3.—Punto de vista jurídico formal.

Desde el punto de vista jurídico, el delito puede concebirse en sentido formal y en sentido substancial. Para algunos penalistas la concepción formal del ilícito penal la otorga el Derecho Positivo mediante la amenaza de una pena para la realización de las conductas contenidas en los tipos penales, debido a lo cual, si no existe un ordenamiento positivo que pene determinadas manifestaciones de voluntad, no puede hacerse alusión al delito, ya que éste, desde el punto de vista formal, se particulariza por la sanción penal; es así como lo concibe el Código Penal en su artículo 7 al expresar que “el delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales”.

5 Garófalo Rafael. La Criminología (Editorial La España, Madrid) 77.

6 Ferri Enrique. Principios de Derecho Criminal (Editorial Reus, S. A., Madrid 1933) 359.

Desde el punto de vista aludido, Filippo Grispigni, expresa que el delito es "todo hecho al cual el ordenamiento jurídico hace seguir una pena, como consecuencia jurídica".<sup>7</sup>

La concepción formal del delito dejó de estar en boga debido a que no penetra la estructura de dicha figura jurídica, es decir, no nos da a conocer el verdadero contenido del delito.

#### 4.—Punto de vista jurídico substancial.

En cuanto al punto de vista substancial del delito, se trata de indagar los elementos que lo constituyen, es decir, precisar su esencia, y al respecto existen dos sistemas, uno de ellos llamado totalizador o unitario, y el otro analítico o atomizador. Los primeros expresan que el delito es un bloque monolítico que, si bien es susceptible de presentar diversos aspectos, no es, en manera o forma alguna, fraccionable, y los analíticos o atomizadores sostienen que el delito es una unidad fraccionable, y la descomposición en elementos, es sólo un medio para entender más claramente las partes de dicho concepto.

Los partidarios de la corriente atomizadora, no se han puesto de acuerdo respecto al número de elementos que integran el delito, surgiendo de esa manera las posiciones hetómica, tritómica, tetratómica, pentatómica, exatómica y heptatómica, según el número de elementos que consideren necesarios para la integración del delito.

Desde el punto de vista substancial, se han aportado diversas definiciones y, al efecto, Eugenio Cuello Calón expresa que "de la reunión de los siguientes elementos resulta la noción substancial del delito: acción antijurídica, típica, culpable y sancionada con una pe-

---

<sup>7</sup> Grispigni Filippo. Derecho Penal 2 (Editorial De Palma, Buenos Aires 1959) 44.

na",<sup>8</sup> por su parte Luis Jiménez de Asúa, define el delito como "el acto típicamente antijurídico culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal".<sup>9</sup>

#### 5.—Elementos del Delito.

Estimamos pertinente mencionar los elementos del Delito desde el punto de vista heptatómico, siendo dichos elementos la Conducta, la Tipicidad, la Antijuridicidad, la Imputabilidad, la Culpabilidad, las Condiciones Objetivas de Punibilidad y la Punibilidad, con sus correspondientes aspectos negativos.

#### 6.—La Imputabilidad.

Debido al título de nuestra tesis, se hace necesario desarrollar, aunque en forma somera, la Imputabilidad, la cual ha sido considerada como un presupuesto de la Culpabilidad; otros autores estiman que en la Culpabilidad se encuentra contenida la Imputabilidad, y algunos más estiman a la Culpabilidad y a la Imputabilidad como elementos autónomos del Tipo.

Siendo de observarse que para que un sujeto sea culpable, es necesario que sea imputable; en la Culpabilidad interviene el conocimiento y la voluntad, consecuentemente se requiere la posibilidad de ejercer esas facultades, es decir, debe tener capacidad de querer y entender, para que sea imputable.

Respecto a la Imputabilidad, se ha dicho que "es el conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales en el autor, en el momento del acto típico penal, que lo capacita para responder del mismo".<sup>10</sup>

8 Cuello Calón Eugenio. Derecho Penal 3 (Barcelona 1935) 252.

9 Jiménez de Asúa Luis. La Ley y el Delito 3 (Editorial Hermes. México-Buenos Aires 1959) 207.

10 Castellanos Tena Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal 4 (Editorial Porrúa, S. A. México 1967) 204.

Franz Von Liszt, dice que “en un sentido puramente formal puede ser definida la imputabilidad como la capacidad de obrar en Derecho Penal, es decir, la capacidad de realizar actos referentes al Derecho Penal, que traigan consigo las consecuencias penales de la infracción”.<sup>11</sup>

Las Doctrinas que se han elaborado para resolver el problema de la Imputabilidad y de la responsabilidad penal, son la Libre Arbitrista, espíritu de la Escuela Clásica del Derecho Penal, y la Determinista, apoyo de la Escuela Positiva.

#### 7.—La Inimputabilidad.

“Son causas de Inimputabilidad, todas aquellas capaces de anular o neutralizar, ya sea el desarrollo o la salud de la mente, en cuyo caso el sujeto carece de aptitud psicológica para la delictuosidad”.<sup>12</sup>

En nuestro orden positivo las causas de Inimputabilidad, están precisadas en la fracción II del artículo 15 del Código Penal, el cual expresa que “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 enervantes, o por un estado tox infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio”.

En cuanto al trastorno mental transitorio, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sostiene el siguiente criterio: “De acuerdo con la doctrina en materia penal, la falta de conciencia en la ejecución del acto delictuoso, por parte del agente activo del delito, debe ser absoluta para que lo exima de responsabili-

11 Von Liszt Franz. Tratado de Derecho Penal 20 (Traducción de Luis Jiménez de Asúa, Editorial Reus, S. A. Madrid 1927) 386.

12 Castellanos Tena Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal 4 (Editorial Porrúa, S. A. México 1967) 209.

dad, y el empleo accidental de bebidas embriagantes debe ser involuntario.”

De allí se sigue que los supuestos necesarios de la eximente prevista en la fracción II del artículo 15 del Código Penal son: a) El requisito de accidentalidad, que elimina los casos en que su empleo no sea simplemente ocasional, pues la exculpación no encubre el vicio, por su peligrosidad; b) La involuntariedad que se exige, porque si la intoxicación ha sido voluntaria por parte del sujeto, se estaría en un caso en que la acción primaria tuvo un origen libre, y es, por tanto, causa material y moral del resultado ilícito. (Semanao Judicial de la Federación T. CX, p. 208, libro 422). Para que la ebriedad del acusado pueda constituir una circunstancia excluyente de responsabilidad, debe reunir conjuntamente las condiciones de accidental e involuntaria, entendiéndose por accidental lo opuesto a lo habitual, y por involuntario lo opuesto a lo voluntario; mas no debe confundirse este último vocablo con la intencionalidad, ya que un acto o una omisión son voluntarios cuando se consiente o se quiere su ejecución, mientras que son intencionales cuando están dirigidos a la producción del resultado perjudicial constitutivo del delito. (Semanao Judicial de la Federación T. CXIII, p. 1005, libro 422).

En cuanto al contenido del artículo 68 del Código Penal, expresa Celestino Porte Petit que “son por consiguiente, imputables, los enfermos mentales, a quienes se refiere el artículo 68 del Código Penal. El criterio seguido por el legislador de 1931 repugna, desde luego, a los más elementales principios de la doctrina jurídica. La Imputabilidad, en cuanto viene a ser la capacidad de querer y entender, constituye un presupuesto de la culpabilidad; de suerte que, ésta no es concebible sin la preexistencia de aquélla. Ahora bien, el Código, al catalogar como imputables a sujetos en quienes la ausencia de la facultad psíquica de

querer y conocer, les hace incapaces de dolo y de culpa, resulta que está aceptando la existencia de delitos sin culpabilidad. O bien, escindiendo la propia unidad orgánica del delito, que no es en modo alguno incompatible con el criterio analítico, postula dos formas de delitos: una, típica, antijurídica y culpable, que atribuye a los sujetos sanos, y otra, también típica y antijurídica, pero inculpable que asigna a los enfermos mentales en quienes falta el elemento culpabilidad por no gozar de la facultad de querer y conocer".<sup>13</sup>

El Proyecto de Código Penal Tipo, recoge en su artículo 26, los casos de inimputabilidad:

Artículo 26.—No son imputables:

I.—Los que padezcan trastorno mental transitorio originado por cualquier causa, que no sea producida dolosa o culposamente por el agente, y a virtud del trastorno no haya podido apreciar el carácter ilícito de su conducta o inhibir sus impulsos delictivos.

En el caso a que se refiere el párrafo anterior, si el sujeto requiere tratamiento, se estará a lo dispuesto en el artículo 70.

II.—Los que padezcan alienación mental, quienes deberán ser sometidos al tratamiento a que se refiere el artículo 70.

Artículo 70.—La internación a que se refiere el artículo 38, se aplicará en los casos previstos por la ley y durará todo el tiempo que se requiera para el tratamiento. Con autorización del facultativo será sometido el interno, a régimen de trabajo, y quedará sujeto a lo que prescriba la ley de Ejecución de Sanciones.

---

13 Porte Petit Celestino. Importancia de la Dogmática Jurídico Penal, p. 46.

c) Disposiciones legales para el Enfermo Mental en el Derecho Penal Mexicano.

El Código de Martínez de Castro, seguía los lineamientos de la Escuela Clásica, ya que basaba la responsabilidad penal en la responsabilidad moral, y al efecto consideró como circunstancia excluyente de responsabilidad conforme al artículo 34, a “los enajenados mentales, los que padecen locura intermitente, los ebrios completos, si no son habituales, los decrepitos cuando han perdido enteramente la razón, los menores de 9 y 14 años de edad, en los términos que al respecto fija, y los sordomudos de nacimiento o desde antes de cumplir 5 años”.

La fracción I del artículo citado, establece como circunstancia excluyente de responsabilidad criminal, “el violar una ley penal, hallándose el acusado en estado de enajenación mental que le quite la libertad o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa”.

El precepto 42 fracción I del Código Penal de 1871, estableció como un privilegio en la pena “el infringir la ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental incompleta”.

El Código Penal de 1929, siguió los lineamientos de la Escuela Clásica, y en su exposición de motivos expresó que “aceptado el principio de responsabilidad, de acuerdo con la Escuela Positiva, y teniendo presente las disposiciones penales que consigna la Constitución Política de la República, hubo que declarar delinquentes a los locos, a los menores, a los alcohólicos y a los toxicómanos ya que sin esta declaración ninguna autoridad podría, constitucionalmente, restringirles sus derechos patrimoniales o de libertad con medidas que, ya se llamen tutelares, protectoras o defensivas, no son sino penas que, aplicadas por cualquier autoridad no judicial, darían lugar a un amparo por violación de garantías. Socialmente son res-

ponsables todos estos individuos que, con sus actos, demuestran hallarse en estado peligroso; la defensa social procede, y lo único que debe variar es la calidad de la sanción, es decir, el tratamiento adecuado para inocuizar al delincuente o transformarlo en elemento social... Entre el estado de salud y el de locura, existen numerosos casos en que los individuos no están locos, pero sí tienen disminuidas sus facultades mentales (demifous y demi responsables). ¿Qué hacer cuando se trata de esta clase de individuos? La Escuela Clásica y el Código derogado resolvían fácilmente el problema: si la responsabilidad no era completa, si el delincuente era un defectuoso mental, había que atenuar la pena en proporción al defecto sufrido. Pero esto es absurdo: ante el moderno criterio de la defensa social, dichos individuos son peligrosos, acaso más que muchos normales. El delincuente peligroso —dice Prins en su *Defensa Social y las Transformaciones del Derecho Penal*, página 95— no es un delincuente respecto al cual sea preciso tomar menos garantías que respecto del normal. La sociedad se defenderá contra estos individuos mediante sanciones adecuadas, colocándolos en establecimientos curativos, de donde no saldrán después de un plazo fijo, marcado según su responsabilidad más o menos atenuada, sino cuando dejen de ser peligro social.

El ordenamiento aludido, conforme al artículo 68, siguió la tendencia de la defensa social, toda vez que dicho precepto establecía que “el objeto de las sanciones es prevenir los delitos, reutilizar a los delincuentes y eliminar a los incorregibles, aplicando a cada tipo criminal los procedimientos de educación, adaptación y curación que su estado y la defensa social exijan”; en su artículo 32 establece que “a todo individuo que se encuentre en estado peligroso se le aplicará una de las sanciones establecidas en este Código para la defensa social. Se considerará en estado peligroso a todo aquel que sin justificación legal co-

meta un acto de los conminados con una sanción en el libro II, aun cuando haya sido ejecutado por imprudencia y no consciente o deliberadamente..., las circunstancias atenuantes o agravantes determinan la temibilidad del delincuente y la graduación de las sanciones”.

El ordenamiento mencionado tiene diversidad de sanciones aplicables a delincuentes comunes mayores de 16 años, sanciones para delincuentes políticos, sanciones para menores de 16 años, y sanciones para delincuentes en estado de debilidad, anomalía o que padezcan enfermedades mentales.

El ordenamiento citado estableció en su numeral 126 la reclusión en manicomios o en departamentos especiales, de los locos, imbéciles o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, y en el precepto 125 acordó que la permanencia de los sordomudos en los establecimientos especiales, debía durar todo el tiempo que fuera preciso para su educación o instrucción, pero que en ningún caso sería menor del tiempo por el que, de ser normales, se les hubiera impuesto una sanción.

Por lo que hace al Código Penal de 1931, Jiménez de Asúa sostiene que ni la enajenación ni la sordomudez, son causas de inimputabilidad, sino fundamento de medidas asegurativas; pero esta responsabilidad social de los locos, idiotas, imbéciles o anómalos mentales, no se basa en criterios positivistas, sino en eclécticos y pragmáticos, ya que su política criminal admite también el objetivo de la defensa, que trata de lograr estableciendo penas para los imputables y medidas de seguridad para los peligrosos.

En la exposición de motivos del Código vigente, la Comisión Redactora expresó que “el Código de 1931 adoptó una postura radical y positiva. A los enajenados, de acuerdo con el Código de 1871, no se les admitía con plena responsabilidad, pues carecían de in-

teligencia y libertad, pero la Psiquiatría vino a demostrar que entre la salud y las múltiples formas de locura, existe una graduación en la cual debemos colocar a los hombres que, sin el estado de insanía, exhiben ciertas modalidades psicológicas que les apartan de lo normal. Los histéricos, epilépticos y psicasténicos, se revelan en ocasiones como sujetos de responsabilidad moral limitada. El Código de 1929 se inspiró en el criterio de la Escuela Positiva, que rechaza la responsabilidad limitada, ya que tanto los locos como los normales, son peligrosos para la sociedad, por lo cual todos los autores de un delito deben ser considerados responsables, legalmente, cualesquiera que fueren sus condiciones psicofísicas. De acuerdo con la tesis de la Escuela Positiva, el Código sometió a los semienfermos mentales a una medida de seguridad y a los enfermos de psicosis completa a internación en manicomio o establecimiento adecuado”.

El Código de 1931 también siguió al respecto el sistema de la Defensa Social, pudiéndose concluir que para éste, la responsabilidad de los sujetos que delinquen, cuyo estado mental es anormal en forma permanente, se aprecia desde el punto de vista social por su peligrosidad, pero no debe aplicárseles una pena, sino una medida de seguridad, al término del proceso, recluyéndolos en manicomios o en departamentos especiales por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

El ordenamiento en cuestión, en su Título III denominado Aplicación de las Sanciones, contiene en el Capítulo V, intitulado Reclusión para Enfermos Mentales y Sordomudos, los siguientes dispositivos legales.

Artículo 67.—A los sordomudos que contraven-gan los preceptos de una ley penal, se les recluirá en escuela o establecimiento especial para sordomudos,

por todo el tiempo que fuere necesario para su educación o instrucción.

Artículo 68.—Los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo. En igual forma procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales.

Artículo 69.—En los casos previstos en este capítulo, las personas o enfermos a quienes se aplica reclusión, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos; siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aun con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en que estuvieron reclusos.



## CAPITULO II

### **ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PSIQUIATRIA**

a) Epoca Primitiva. b) La Psiquiatría Grecorromana. c) La Psiquiatría Renacentista. d) La Psiquiatría del Siglo XVII. e) La Psiquiatría del Siglo XVIII. f) Escuela Francesa. g) La Psiquiatría a fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX.



a) Epoca Primitiva.

El hombre primitivo tenía la creencia de que sus enfermedades eran la consecuencia de su mal comportamiento, por lo que, los dioses le mandaban diversos castigos. Pensaba que: "todas las manifestaciones de la naturaleza y los hechos de la vida diaria, normales y anormales, naturales y sobrenaturales, eran atribuidos a los dioses, a los que los hombres hacían partícipes o responsabilizan según las circunstancias, de su felicidad o de sus males".<sup>1</sup> En esta época se consideraba a los alienados poseídos por las fuerzas del bien o del mal. Las enfermedades mentales eran consideradas como castigo de los dioses, las que debían ser tratadas por los sacerdotes en sus templos.

"Conocen varias drogas eficaces, ciertos eficaces medios físicos de curación, como el masaje, y algunas intervenciones quirúrgicas; pero siempre incluidos en el marco de una terapéutica mágico-religiosa, con invocación de espíritus, fórmulas mágicas, rezos, cantos y danzas. Esto es el resultado lógico de la concepción básica primitiva según la cual todas las enfermedades tienen origen sobrenatural".<sup>2</sup>

---

1 Betta Juan C. Manual de Psiquiatría 3 (Editorial Universitaria, Buenos Aires 1962) 16.

2 Ackernecht E. H. Breve Historia de la Psiquiatría (Editorial Universitaria de Buenos Aires, 74, Buenos Aires 1962) 7.

b) La Psiquiatría Grecorromana.

Los antecedentes más remotos de la Psiquiatría y la medicina científica se deben a los griegos, los que consideraron estas ciencias como naturales.

La fuente más directa de la Psiquiatría Grecorromana la encontramos en Sorano de Efeso, quien perteneció a la Escuela Metódica, encargándose en sus múltiples estudios de esclarecer los problemas acerca de las enfermedades agudas y las enfermedades crónicas, comprendiendo en las primeras a la frenitis y su tratamiento, y en las segundas a la naturaleza de la manía y la melancolía.

“La Patología Clásica de los griegos, la de Hipócrates y Galeno, consiste como es sabido, en la Teoría Humoral, o sea, de los cuatro humores. El cuerpo está compuesto de cuatro jugos o humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, que corresponden respectivamente a los cuatro elementos: aire, fuego, tierra y agua. Cada humor es combinación de dos de las cuatro cualidades: cálido, húmedo, seco, frío. En cada uno de los cuatro temperamentos (sanguíneo, colérico, bilioso y flemático) predomina uno de los humores. Todas las enfermedades resultan de una perturbación en el equilibrio humoral, por el exceso o la corrupción de uno de los humores. La melancolía, por ejemplo es una enfermedad producida por la hipotética bilis negra. Desde el siglo 30 a.C., aparecieron en la medicina griega otras escuelas o sectas que atribuían la enfermedad a una alteración de las partes sólidas constitutivas del cuerpo y enseñaban una teoría patológica acorde. La más conocida era la escuela metódica, cuyos seguidores derivaban todas las enfermedades de un exceso de contracción o de relajamiento en la textura de los tejidos”.<sup>3</sup> Sorano definía a la frenitis como: “la enfermedad mental aguda, acompa-

---

3 Ackerknecht E. H. Breve Historia de la Psiquiatría (Editorial Universitaria de Buenos Aires, 74 Buenos Aires 1962) 14.

ñada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos, pulso pequeño y pleno".<sup>4</sup> En su tratamiento recomendaba aislar al enfermo en un cuarto moderadamente claro y espacioso, con ventanas altas para que no pudiera saltar por ellas. También se le debían aplicar fricciones con aceite tibio, especialmente en la cabeza, y sangría preventiva.

Al estudiar la manía, Sorano señalaba que era un trastorno del entendimiento, sin fiebre, el cual se observaba más en los hombres jóvenes, niños y mujeres; los ojos aparecían inyectados en sangre, el cuerpo duro, dotado de una fuerza anormal. Su tratamiento debía ser igual que el de la frenitis, ya narrado anteriormente. Por último, al referirse Sorano a la melancolía, observaba que se presentaba con mayor frecuencia en varones en la flor de la edad, con trastornos digestivos, miedo, preocupaciones... Sus síntomas le producían deseos de morir, desconfianza y llanto. Las diferencias que encontraba Sorano entre la melancolía y la manía, eran que en la primera se presentaba la enfermedad del tubo digestivo; en tanto que en la segunda, la parte del cuerpo afectada era la cabeza. Para Sorano como para los demás científicos griegos, las enfermedades estudiadas eran primordialmente somáticas, en virtud, de que no aceptaba la dualidad psicofísica del ser humano, considerada por los filósofos griegos.

#### c) La Psiquiatría Renacentista.

En la Edad Media todas las artes y las ciencias o bien se paralizaron o hubo una regresión en ellas. Los enfermos mentales fueron considerados como posesos del diablo y de malos espíritus, brujos, maestros de hechicería; todo era obra del diablo y, por consiguiente, al médico se le excluía en la terapéutica de las enfermedades mentales.

4 Ackerknecht E. H. Breve Historia de la Psiquiatría (Editorial Universitaria de Buenos Aires, 74 Buenos Aires 1962) 14.

Durante el Renacimiento hubo un resurgimiento de las artes y de las ciencias; esta época benefició mucho la situación de los enfermos mentales, cambiándose el falso concepto de que muchos posesos y hechiceros tenían relación con el diablo o las fuerzas sobrenaturales; eran enfermos y debíaseles de atender como tales, en vez de arrojarlos a la hoguera.

Un gran defensor de esta postura fue Johan Weyer, el cual expresó que en el tratamiento de los posesos, los sacerdotes habían falseado la religión al convertirla en magia; recomendaba en el caso de los posesos llamar primero a un médico, cuyos purgantes podían prestar buenos servicios aún en una enfermedad provocada por fuerzas sobrenaturales; después, debía confiarse al enfermo a un sacerdote para una especie de reeducación. Lo esencial en Johan Weyer fue el que identificó claramente a hechiceros y posesos como enfermos mentales, y propugnó porque fuera el médico quien los tratara primero, y no el sacerdote.

El más brillante médico de esta época fue, sin duda, Paracelso; quien afirmaba: que, pese a lo que pudieran decir los clérigos, las enfermedades mentales no eran causadas por espíritus, sino que eran de orden natural.

Paracelso nos ofrece en sus estudios una nueva clasificación de las enfermedades mentales, diferente a la concepción clásica tripartita de Sorano, a saber: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y suffocatio intellectus (la antigua histeria); explicándolas a grandes rasgos en la forma siguiente: de la epilepsia decía que era un trastorno del espíritu vitae (espíritu vital), provocado por los alimentos; de la manía, que era una alteración de la razón, no de los sentidos, manifestándose por conductas agitadas, actitud irracional, inquietud y malignidad; de la locura verdadera, que era permanente y se hallaba en conexión con las estrellas; del baile de San Vito, que se

producía porque el espíritu vital precipitaba ciertas sales excitantes en las venas risorias; de la suffocatio intellectus, que era una enfermedad natural causada por lombrices intestinales, procesos uterinos o excesos de comida o de sueños.

#### d) La Psiquiatría del Siglo XVII.

No obstante que en el siglo XVI la Psiquiatría tuvo adelantos muy considerables, en el siglo XVII dichos adelantos se detuvieron, y lo único positivo fue el concepto que de los enfermos mentales se tuvo, al considerarlos como enfermos propiamente dichos, terminándose para ellos la pena de muerte. Lo negativo de esta época fue que la medicina se situó al margen del problema, al considerar como incurables a los enfermos mentales y encerrarlos en prisiones, asilos e instituciones especiales en los cuales se les daba un mínimo trato humano.

Durante esta época, los médicos se ocupan de la observación y entendimiento de las neurosis, prestando poca atención en las psicosis; las personas enfermas de neurosis acuden en gran número a los consultorios, por eso, se le denominó a esta época la Psiquiatría de consultorio.

El gran clínico inglés Thomas Sydenham se dedica al estudio de las neurosis, dándole primordial importancia a la histeria. Manifiesta que un cincuenta por ciento de los enfermos mentales padecen esta enfermedad, que es la más impenetrable y difícil de curar, que ataca principalmente a las mujeres, y que únicamente se salvan aquellas que llevan una vida dura e intensa. Los varones, especialmente los que llevan vida sedentaria, pueden también padecerla; pero que en ellos se llama hipocondría. Así pues, para Sydenham histeria e hipocondría son la misma enfermedad.

Sydenham expresaba que las personas que padecían la histeria eran a menudo melancólicas; pero

otras veces, por lo contrario eran turbulentas y en general muy caprichosas, permaneciendo en ellas inalterado el entendimiento. Para él, la histeria no era ni puramente somática ni puramente psíquica. Su terapéutica era simple, aplicaba menos que en otros casos la sangría y los purgantes; se fundaba principalmente en preparados de hierro y también en dieta a base de leche. Para reducir los ataques ensaya los viejos remedios fétidos, prescribiendo el opio para los dolores. Otra de las causas que motivaron que en el siglo XVII se estudiaran más a fondo las neurosis, fue que en esta época aparece en el escenario médico la neurología. El fisiólogo y clínico inglés Thomas Willis describió por primera vez enfermedades del sistema nervioso, como la miastenia grave y la parálisis general progresiva. Los métodos terapéuticos de Willis eran brutales, siendo uno de los primeros en expresar que la causa de la histeria no era una enfermedad del útero, sino del cerebro.

#### e) La Psiquiatría del Siglo XVIII.

Por fin, en este siglo, la Psiquiatría se constituye finalmente en una ciencia autónoma; debido primordialmente a la filosofía del Iluminismo, misma que termina en forma absoluta con la idea de posesión diabólica de los enfermos mentales. La Patología del aparato pensante mental, se fundamenta sobre una base completamente científica.

“De inmensa importancia para el desarrollo de la Psiquiatría en el siglo XVIII es el gran interés filantrópico de los iluministas por el hombre, y el ilimitado optimismo y la fe en su posibilidad de perfeccionamiento. Los iluministas superan la aceptación fatalista de la incurabilidad de los enfermos mentales y posibilitan así la eliminación de la atmósfera de presidio que rodeaba hasta entonces su tratamiento”.<sup>5</sup>

---

5 Ackerknecht E. H. Breve Historia de la Psiquiatría (Editorial Universitaria de Buenos Aires, 74 Buenos Aires 1962) 26 y 27.

Es de suma importancia destacar la figura de Georg Ernst Sthal, clínico y químico, quien fue el creador de la Teoría patológica denominada Animismo. Esta concepción sacudió al antiguo somatismo, el que predominaba en el pensamiento psiquiátrico desde los tiempos de Hipócrates. Sthal hizo una división de las enfermedades mentales, en simpáticas y patéticas; comprendiendo en las primeras a la afección de los órganos, y en las segundas aquellas que no afectan a éstos.

En esta época, el somatismo también se transforma totalmente; en adelante, todas las teorías patológicas se hacen cada vez más solidistas. Este término indica que las causas de las enfermedades se deben a alteraciones de las partes sólidas del cuerpo. Con este punto de vista se adhieren al unísono los psiquiatras.

El Solidismo se apoya en forma muy particular en el sistema nervioso, posteriormente todas las neurosis se adjudicaron al mismo.

El siglo XVIII es para la Psiquiatría no sólo el siglo del desarrollo de la psicoterapia, sino también, desgraciadamente, del desarrollo y la activa aplicación de tratamientos corporales que pueden considerarse como una especie de terapéutica de shock. Junto al antiguo tratamiento por inmersión, aparece la llamada silla de Darwin, en la que se hacía girar al enfermo hasta que le salía sangre por la boca, nariz y oídos; a este método se atribuyeron durante décadas las más exitosas curaciones, aplicábanse también la castración y las curas de hambre.

#### f) La Escuela Francesa.

Son de gran importancia los estudios realizados por los integrantes de la Escuela Francesa, resaltando primordialmente las figuras de Pinel y Esquirol, quienes llegaron más allá que sus antecesores en la comprensión y tratamiento de los enfermos mentales.

Pinel, elaboró una clasificación de las enfermedades mentales, haciendo referencia a los modelos clásicos; conoció sólo cuatro formas de psicosis: manía, melancolía, demencia e idiocia. Para él, la manía, se localiza en la zona gástrica, en aquélla se podían observar actitudes extravagantes, exageradamente joviales o tristes; transcurre como una enfermedad aguda en determinados períodos y a menudo podía curarse. La melancolía, era la enfermedad en que había concentración en una idea única, la que podía ser de índole triste o bien megalomaniaca; pudiendo permanecer los melancólicos callados durante años enteros. La demencia era el resultado del agotamiento por excesos sexuales, y las ideas se tornaban incoherentes. Finalmente señalaba Pinel, que la idiocia era la ausencia de todas las facultades mentales, existiendo muchos enfermos de este padecimiento; presentándose siempre en ellos alteraciones craneanas.

La principal contribución de Pinel a la Psiquiatría, fue la debida organización y dirección de asilos para los enfermos mentales. Los establecimientos debían ser suficientemente amplios para separar a las diversas categorías de enfermos, rechazando en forma absoluta las cadenas, los chalecos y la ducha fría.

Concluyendo, puede decirse lo siguiente; lo más característico de la actitud psiquiátrica de Pinel, fue su indiferencia hacia las teorías y clasificaciones, dándole mayor importancia a los hechos clínicos y a la estadística.

El más destacado discípulo de Pinel fue Jean Esquirol, magnífico estadígrafo, que gozaba mayores dotes de observación que Pinel.

Esquirol, tenía una comprensión profunda de los problemas morales de la locura. Advirtió que muchas causas (como el abuso del alcohol o la masturbación), no eran tales, sino son sólo síntomas tempranos. Vió con gran agudeza el papel de las conmociones sociales

y del aislamiento del hombre moderno en la génesis de la enfermedad mental. Discutió también el problema de que en la sociedad, en general, las enfermedades mentales iban en aumento.

Con Pinel y Esquirol, damos por terminado el estudio de la Escuela Francesa.

g) La Psiquiatría de fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX.

Es de singular importancia hacer mención a la gran figura de Sigmund Freud, quien fue el más famoso psicoterapeuta de la época que se estudia y el médico más célebre y renombrado.

Para una mejor comprensión del movimiento psicoanalítico creado por Freud, es necesario remontarnos hacia su génesis.

El pasado fin de siglo justificó el orgullo de no pocos profesionales de las ciencias biológicas; en esta época la Fisiología y la Patología progresaron en pocos lustros más que en los siglos precedentes. En un afán de superación y de recuperación del tiempo perdido, surgieron las diversas especialidades médicas y entre ellas la Neurosiquiatría. En el siglo pasado hubo cirujanos que atribuyeron a la obra del diablo las muertes postoperatorias, ahora los psiquiatras explicaban el delirio místico por alteraciones de una determinada zona cerebral. De esta suerte la Psiquiatría quedaba reducida a la Patología encefálica. No obstante, quedaba un reducto de alteraciones que, a pesar de ser consideradas como de naturaleza nerviosa resistía todo intento de localización material. Tales enfermedades fueron designadas con el calificativo de neurosis y entre ellas se incluyeron, con singular relieve a la histeria y la neurastenia. Así pues, gran parte de los médicos, se contentaban con sanar el cuerpo, dejando los males del espíritu al cuidado de los sacerdotes.

Al terminar Sigmund Freud sus estudios de medicina, existían ya muchas señales de cambio y de protesta contra la situación descrita anteriormente.

En el año de 1885, Freud, fue designado profesor de Neurología y obtuvo una beca para estudiar en la ciudad de París, la que aprovechó estudiando al lado del famoso Charcot. Con él aprendió la hipnosis y su aplicación en el tratamiento de las enfermedades mentales (histeria). La citada beca le fue gestionada por su colega Breuer (quien también empleaba el hipnotismo, pero con otra finalidad), y aunque se había comprometido a interesar a Charcot en los trabajos de Breuer, no se atrevió a discutirlos con él, tan pronto como advirtió que no los aprobaría.

A continuación, en forma cronológica, haremos una presentación descriptiva del psicoanálisis de Freud, dividiéndolo en seis etapas: mismas que analizaremos en forma breve.

1.—La fase de simple catarsis, abreacción o cura por desahogo verbal.

En esta fase, el psicoanálisis es más propiedad de Breuer que de Freud, y se reduce a una técnica para permitir a los pacientes de histeria que reduzcan sus tensiones íntimas y se desahoguen, contando las situaciones que las motivaron y reviviendo sus reacciones eforiantes.

Obviamente, la técnica de exploración fundamental que es aún usada por todas las escuelas llamadas psicoanalistas, o sea, la técnica de cura verbal sobre la base de las denominadas asociaciones libres, se descubrió en esta fase, pero inexplicablemente ésta es la más olvidada por los freudianos en sus referencias, pues quizá, por no ser debida a la exclusiva paternidad de Freud, no la consideran incluíble en el marco del psicoanálisis propiamente dicho.

2.—La fase del pansexualismo interpretativo, o sea, de explosión libidinal en la etiología de las neurosis.

En 1898, Freud se decidió a lanzar su teoría sexual de las neurosis, escribiendo el folleto titulado “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, en el que ya afirma que la neurosis es el negativo de la perversión, o sea, que el neurótico lo es no por el mero hecho de tener problemas libidinales o libidinosos, sino por querer oponerse a solucionarlos de acuerdo con sus impulsos. Si así lo hiciese, podría transformarse en delincuente o en elemento indeseable para la moral social, pero ciertamente no surgiría en él la neurosis.

La lucha entre el deseo y el deber, entre la inclinación y la razón o, mejor, el imperativo ético, es lo que produce la angustia neurótica. En su represión de impulsos sexuales inconfesables llega el histérico a no poder disfrutar de los confesables y a ser frígido, a pesar de poseer una intensa libido. Freud estableció enseguida una diferencia entre la conducta genital y las fantasías eróticas de los neuróticos y por esto se explica que para él la sexualidad desborde en mucho el campo de la genitalidad.

3.—La fase o etapa de sistematización de la teoría del inconsciente y la interpretación onírica.

Lo que hizo fijar la atención de Freud en el concepto del inconsciente fue, sobre todo, el ver que después de la aparente mejoría o desaparición de los síntomas de sus pacientes tratados con el método inicial de la abreacción catártica, podían volver a reaparecer las mismas manifestaciones si bien, casi siempre, con nuevos aditamentos sintomáticos.

Había quedado, pues, algo retenido que ni siquiera la hipnosis y la violenta crisis emocional de la revivificación traumática habían conseguido arrancar.

Además, tras períodos de olvido en los que parecía irremisiblemente perdida una serie de recuerdos, éstos volvían a veces a emerger íntegros en la conciencia del individuo.

Todo esto confirmó que ese material psíquico debía estar en algún lugar de la individualidad y que ese lugar no era precisamente el campo consciente. Consiguientemente era necesaria una exploración sistemática de ese inmenso y virtual territorio psíquico, del cual no solamente emergían sueños y fantasías sino impulsos y tendencias que conseguían burlar todas las defensas del yo consciente. Freud denominó ID (ello) al conjunto de fuerzas psíquicas que, situadas en el inconsciente, constituyen el llamado fondo instintivo de la persona humana; no pudiéndose mantener una completa separación entre ambos planos o niveles de actividad mental, era necesario crear un puente para su intercomunicación, creando el pre-consciente.

#### La Interpretación Onírica.

Desde tiempos muy antiguos el hombre adoptó una actitud supersticiosa ante el fenómeno del ensueño y lo había considerado como proveniente de un agente exterior, divino y mágico. Freud se atrevió a postular que todo sueño tiene un sentido y es, en cierto modo, significativo, constituyendo una especie de mensaje, pero no procedente del exterior como antes se creía, sino engendrado en las profundidades del propio ser que, de este modo, fabrica y recibe su propio sueño. El inconsciente se torna así presente ante el plano consciente, pero lo hace con un producto que éste o más precisamente el yo que en él actúa, ha de descifrar, pues se presenta totalmente constituido por imágenes-símbolos, aunque también puede contener elementos verbales, pero éstos, a su vez, no pueden ser tomados en sentido literal.

Freud describe tres procesos cuya interacción

explica el carácter absurdo del llamado contenido aparente de los sueños: la condensación, el dislocamiento y la dramatización. La Condensación se encuentra frecuentemente en las producciones plásticas de los hombres primitivos y en las de los pintores surrealistas, y consiste en que una determinada imagen acumula los atributos y significados normalmente correspondientes a varios contenidos o substancias.

El Dislocamiento o Desplazamiento consiste en transferir hacia un elemento aparentemente neutro e insignificante un detalle, el sentido y la representación realmente correspondientes a algunas de las imágenes aparentemente más importantes del sueño y que estén ligadas a él por simples relaciones asociativas, convirtiéndose ese elemento en símbolo de estas imágenes que aparecen en el sueño para despistar. Freud caracteriza ese desplazamiento afirmando que da lugar a una transmutación de todos los valores.

El tercer proceso distorsionante o factor deformante en la teoría freudiana es llamado Dramatización. En virtud de ese proceso, el sueño adquiere un aspecto teatral o cinematográfico: las escenas se suceden, variando bruscamente los lugares y las épocas.

#### 4.—La Fase de la estructuración tripartita del aparato psíquico.

Durante los primeros años de su elaboración teórica, Freud adoptó una filosofía de tipo hedonista y creyó que todo el sentido de la vida psíquica se dirige a facilitar la descarga de las tensiones instintivas, que se acumulan a medida que se demora la obtención del objetivo hacia el cual van dirigidas. El escenario de toda la vida mental humana estaba, según él, dominado por dos principios: el del placer y el de la realidad. El primero gobernado de un modo absoluto en las zonas más profundas del psiquismo, o sea en el ello, y se infiltraba constantemente en la conciencia individual,

pero en ésta, el yo sufría la presión de las exigencias sociales y tenía que curvarse ante el principio de la realidad, rechazando o reprimiendo los impulsos libidinales incompatibles con la moral vigente en el grupo social. Pero a partir de la publicación de su obra "Más allá del principio del placer", introdujo un espectacular cambio en sus ideas, pues por primera vez admitió que necesitaba una explicación el hecho de que se engendrase, en ciertas ocasiones, una angustia en el individuo, tanto si reprimía como si satisfacía sus deseos.

Basándose en el principio de economía, según el cual una de las principales funciones del psiquismo era la de mantener en bajo nivel el grado de excitación tensional, y apoyándose también en las anteriores concepciones de G. T. Fecher, Freud inicia el estudio de la que se llama metapsicología, pues trasciende su anterior psicología, y admite que en las neurosis traumáticas (por accidente, guerra, etc.) falla la teoría según la cual todo síntoma neurótico era expresión de un deseo infantil reprimido. Admitió entonces que existen en el yo, instintos de conservación que propenden a obtener el retorno a un estado anterior, en oposición a los impulsos sexuales del ello.

No sería, pues, el principio del placer el único motivante profundo de la conducta, sino que habría también, independientemente de la presión externa o social, fuerzas autóctonas, primarias, capaces de llevar al individuo a un estadio en el cual se detendría o fijaría su existencia, estabilizándose y conservándose estáticamente, o sea, permaneciendo fija en un estadio que ha sido ya desbordado por el tiempo. Esas fuerzas se manifiestan en el llamado impulso repetitivo que aparece hasta en los propios juegos infantiles. Ahora, no obstante, su pensamiento lo lleva apenas a considerar que el individuo propende a volver a vivir tanto lo que le es agradable como lo que le es desagradable, y que si lo primero lo hace impulsado

por la libido (radicada fundamentalmente en el inconsciente), lo segundo lo hace motivado por la tendencia conservadora, principalmente vinculada con el yo.

Mas la vivencia de lo desagradable es angustiosa, hace sufrir al sujeto y se torna difícil comprender la existencia de esa especie de masoquismo moral o mental en el yo, ya que precisamente su misión fundamental era la de conciliar las exigencias del ello y las de la realidad, de modo que se evitase lo más posible el sufrimiento. Para superar esa contradicción creó Freud, pocos años después, el concepto del superyo, considerando que este nuevo componente del aparato psíquico era el resultado de introyectar las figuras admonitorias de los propios genitores.

Lo curioso del caso es que Freud considera inicialmente el superyo como una zona diferenciada, precipitada o aislada del yo (inclusive llegó a llamarlo inicialmente el ideal del yo), pero en ulteriores escritos pasa a radicarlo cada vez más en el inconsciente y a atribuirle un carácter sádico y destructivo.

##### 5. La Fase de creación de la lucha dialéctica de Eros contra Tanatos.

Freud fue influenciado por las ideas filosóficas y científicas dominantes en su ciclo cultural, por ello en su libro llamado Nuevas Contribuciones al Psicoanálisis, escribió lo siguiente: si es verdad que una vez, en épocas inconcebibles y de un modo irrepresentable, surgió la vida en la materia hasta entonces inanimada, tuvo también que nacer un instinto que desea suprimirla y restablecer el estado inorgánico. Si en ese instinto reconocemos la autodestrucción, podemos considerarlo como manifestación de un instinto de muerte, que no dejamos de encontrar en ningún principio vital. De esta manera Freud dividió los instintos humanos en dos grupos: por un lado el forma-

do por los impulsos eróticos, que tienden a acumular cada vez más sustancia viva y expandir la individualidad en el tiempo y el espacio. Por otro, el integrado por los impulsos destructivos, que tienden a la demolición y regresión hasta el primitivo estado inorgánico. Al primer grupo, lo ubicó bajo el símbolo de Eros, el dios del amor, al segundo lo colocó bajo el símbolo de Tanatos, el dios de la muerte. Ambos se muestran irreconciliables en la dinámica Freudiana; tanto como lo eran en la primitiva religión de los persas Ormuz y Ahrim.

6. La Fase de revalorización del hasta entonces descuidado yo.

Tan absorto y preocupado estuvo Freud durante los primeros años de elaboración de su teoría con la búsqueda afanosa de los entretelones y profundidades abismales del psiquismo, que prácticamente se olvidó de investigar lo que aconteció al principal actor del escenario mental, es decir, el yo.

Este era concebido entonces como una emanación o excrecencia de la libido que dejaba de ser inconsciente para enfrentar en una especie de frontera o plano tangencial las presiones ambientales que se oponían a su libre expansión.

Sin duda, porque el Yo Freudiano es distinto de los demás y porque su creador fue devoto de las locuciones griegas (tanatos, eros, libido, etcétera), empezó a designarlo con el calificativo de Ego. Ese Ego inclusive después de haber sido puesto en foco por el psicoanálisis, remodelado y provisto de sólidas defensas, se nos presenta apenas como un atribulado gerente del aparato psíquico, ocupado todo el tiempo en tratar de hacer arreglos, entre sus tres exigentes dueños: el ello, el superyo y la realidad exterior.

## **CAPITULO III**

### **CONCEPTO DE PSIQUIATRIA**

- a) Patología Médica y Psiquiatría; b) Neurología y Psiquiatría; c) Psicología y Psiquiatría; d) Concepto actual de Psiquiatría.



## Concepto de Psiquiatría

Antes de dar un concepto de la Ciencia Psiquiátrica, creo necesario llevar a cabo un breve análisis de lo que debe entenderse por enfermo psíquico; una vez realizado esto, no habrá ningún problema en dar la definición de Psiquiatría.

“Si hablamos de enfermo, habremos de hacerlo en el sentido en que lo hacemos en medicina: hombre con alteraciones corporales funcionales u orgánicas, pero siempre con su soma alterado cuantitativa o cualitativamente. Ahora bien, ¿por qué le damos el calificativo de psíquico? porque esas alteraciones corporales dan lugar a que lo psíquico, ligado de algún modo al soma, en forma que ignoramos se manifieste por trastornos que cambian el modo de estar en el mundo de este hombre enfermo; y su postura ante su yo, ante su mundo exterior, y su especial posición ante su morbosismo, tiene una singularidad que ningún enfermo somático posee. En esa singularidad, ligada a su modo existencial morboso y a su propia personalidad, reside la esencia del enfermo psíquico”.<sup>1</sup>

Ya analizado el concepto de enfermedad psíquica, como lo hace con toda propiedad Cabaleiro Goas, objeto primordial de la psiquiatría, podremos enseguida separar más fácilmente lo psiquiátrico de lo que pertenece a otras ciencias fronterizas; sólo esta pre-

---

1 Cabaleiro G. Manuel, Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1959) 38.

via labor delimitadora nos podrá conducir a un concepto claro de Psiquiatría y después obtendremos su definición. Pero antes es necesario establecer la debida diferenciación de la Psiquiatría con otras ramas de la medicina, para que quede clara su autonomía, así como las íntimas relaciones que tiene con éstas.

a) Patología Médica y Psiquiatría.

La Psiquiatría fue desde Hipócrates hasta el siglo XVIII un capítulo más de la Patología Médica, con incrustaciones y anclajes mágico-demoníacos. No empieza a tomar características de autonomía, sino hasta Kraepelin, a pesar de los intentos realizados por Pínel, Esquirol, Morel, Lasegue y otros más.

“La postura de Kraepelin, al estatuir su sistema nosológico, fue basada en un concepto análogo al que la Patología somática venía manteniendo para el establecimiento de las enfermedades corporales, de las auténticas unidades nosológicas naturales, es decir, aquellas que mostraban una misma causa, idéntica sintomatología y curso y análogo hallazgo histopatológico. Sobre esta base, decimos, intentó establecer Kraepelin su sistema nosológico y psiquiátrico. Si las cosas sucedieran así en el terreno psíquico no habría, pues, razón para una separación neta entre Psiquiatría y Patología Médica. Si las enfermedades psíquicas no eran más que epifenómenos, únicamente manifestaciones en la esfera psíquica de enfermedades y alteraciones somáticas, con causa objetiva y con alteraciones histopatológicas específicas para cada tipo de enfermedad, la separación de la Psiquiatría y de la Patología Médica sería tan absurda como querer desgajar de ésta a la Gastroenterología, la Cardiología o la Endocrinología y convertirlas en ramas totalmente independientes del gran árbol de la Patología Médica. El problema de la Psiquiatría a este respecto es distinto, pero a la vez no tan claro como a primera

vista parece".<sup>2</sup> Es importante hacer una diferenciación, entre enfermo psíquico y enfermo somático; al respecto, Cabaleiro Goas nos dice que cuando la estructura del ser humano se altera por la acción de un proceso somatósico, nos topamos con el primero; cuando esa estructura se halla intacta, pese a la presencia de una somatosis, estamos ante el segundo. Esta distinción nos va a servir para poder diferenciar la ciencia Psiquiátrica de la Patológica.

Henri Ey, usando una terminología de acuerdo con sus concepciones organo-dinámicas, nos expresa lo siguiente:

Aquello que estudia la Patología Orgánica (Cardiología, Enterología, etcétera), son los accidentes de las funciones orgánicas de base, integradas en y con la vida psíquica y en los cuales la causalidad y la sintomatología psíquicas son secundarias. Aquello que estudia la Psiquiatría son los trastornos orgánicos cuya causalidad psíquica es igualmente secundaria, pero en la que la sintomatología y la patogenia se desarrollan a nivel de la actividad global de integración personal, en ese sentido en que se realizan precisamente esas alteraciones de la conciencia y la personalidad que nosotros llamamos neurosis y psicosis. Estas psicosis sintomáticas, que constituyen la más próxima frontera de la Psiquiatría y de la Patología Médica, se caracterizan, y ello las hace independizarse de dicha Patología, por la alteración de la estructura del ser humano que las padece frente a otro hombre con el mismo proceso somático que las provoca, pero en el cual dicha estructura no ha sido afectada.

Con todas estas opiniones de diversos autores, creo que se comprende perfectamente el concepto de la Patología y de la Psiquiatría; para concluir este in-

---

2 Cabaleiro Goas M. Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1959) 44.

ciso sólo nos resta decir lo siguiente: "La Psiquiatría, pues, no sólo por sus técnicas de exploración clínica y por sus métodos especiales de asistencia y tratamiento se desgaja del gran árbol de la Patología Médica con una personalidad propia y cada vez más acusada. La propia estructura del enfermo psíquico es la mayor razón para darle carta de total independencia".<sup>3</sup>

#### b) Neurología y Psiquiatría.

La delimitación entre la Neurología y la Psiquiatría, ambas ramas de la medicina, no es de ninguna manera sencilla, aunque a primera vista se nos presenten como algo distinto.

Los Neuropsiquiatras Ajuariaguerra y Hecaen expresan: la Neurología estudia las funciones existentes en primer plano en el período del nacimiento, funciones motrices, sensitivas, funciones de toma de contacto con el mundo, funciones encargadas de mantener el organismo en la línea general de las estructuras esenciales de los seres organizados, funciones que, de apariencia elementales, son movientes y responden según las necesidades del organismo. Evolucionan en el tiempo, se hacen más voluntarias, cambian de valor en el curso de la evolución, estando más o menos cargadas de instancias instintivo-afectivas.

La Psiquiatría estudia las funciones de comprensión del yo y del mundo de nuestros semejantes; en tanto son individuos que tienen el mismo grado de evolución que nosotros, actos de conciencia de nuestro yo, hechos sociales, conductas.

Estas funciones son actos de instancia de otro orden de hechos de la evolución de las funciones llamadas primitivas. Ellas parecen las más voluntarias en el

---

3 Cabaleiro Goas M. Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1959) 48 y 49.

nivel superior, pero no lo son más o menos que siguiendo el nivel de la integración.

Henri Ey nos manifiesta: "Yo no puedo, por consiguiente, decir: Neurología y Psiquiatría es la misma cosa. Las dos son especies distintas de un género. Todos aquellos procesos orgánicos de las estructuras cerebrales que primordialmente conduzcan al hombre que las padece a una postura anómala y perturbada ante su yo, ante el mundo que le rodea y ante su propia enfermedad, expresión de la alteración de la estructura de su ser, caen de lleno en el campo de la Psiquiatría. Todos aquellos procesos orgánicos cerebrales que no alteren esta estructura del ser humano, y que se manifiesten singularmente por perturbaciones de aquellos sistemas que regulen la vida de relación y vegetativa del organismo, caen dentro del terreno de la Neurología".

No obstante las anteriores diferencias, la Psiquiatría en sus continuos avances, se enriqueció de los principios dados por la Neurología. "Por esto el pretender crear una Psiquiatría pura en la hora actual resulta imposible, ya que significaría el volver la espalda a hechos tan evidentes que constituiría tal intento el regresar a una Psiquiatría acientífica. No es posible abordar hoy seriamente los grandes problemas psiquiátricos sin tener un claro conocimiento de los recientes avances de la Neurofisiología cerebral. Es tal la relación entre los problemas psiquiátricos y los problemas neurológicos cerebrales que, si más atrás decíamos que, a nuestro juicio, el psiquiatra ideal había de ser primeramente un buen internista, con más razón, si cabe, habremos de aseverar que el que pretenda ser, no ya el psiquiatra ideal, sino sólo un buen psiquiatra, ha de tener profundos conocimientos de la Neurofisiología y de la Neuropatología cerebral".<sup>4</sup>

---

4 Cabaleiro Goas Manuel. *Temas Psiquiátricos* (Editorial Paz Montalvo. Madrid 1959) 58.

### c) Psicología y Psiquiatría.

Nos corresponde ahora, una vez vistas las diferenciaciones y relaciones existentes entre la Patología Médica y la Psiquiatría, la Neurología y la Psiquiatría, hacer el estudio de las ramas médicas correspondientes a la Psicología y la Psiquiatría, mismas que, aunque tienen grandes puntos de unión, siempre conservan sus propios lineamientos.

La Psiquiatría como rama de la medicina, aunque tenga relación directa con el psiquismo humano, puede ser comprendida como ciencia natural. La Psicología, en cambio, se muestra como la ciencia fundamental del espíritu, o sea una ciencia natural.

“La Psiquiatría, siendo una ciencia natural, como rama de la Medicina, ya que estudia enfermedades y por tanto alteraciones patológicas corporales, se sirve de las investigaciones y métodos psicológicos para llegar a un mejor conocimiento de su objeto: el hombre-enfermo psíquico. Por el contrario, la Psicología utiliza, hoy más que nunca, métodos médicos, especialmente procedentes del campo neurológico y psiquiátrico para abordar el problema que es su propio objeto: el conocimiento de las funciones psíquicas humanas. En este punto metodológico ambas ciencias se encuentran y ambas se complementan”.<sup>5</sup>

La Psicología y la Psiquiatría nos plantean un problema común, mismo que las une, y sus métodos se entrelazan en busca de la solución de él. Dicho problema es el cuerpo-alma, y al tratar de establecer los límites de éste, se tiene que afrontar en sus consecuencias, ya que es el punto que las liga más estrechamente.

Existen varias teorías para explicar el problema cuerpo-alma, el que resulta muy difícil de resolver.

---

5 Cabaleiro Goas Manuel. Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1951) 60.

Al realizar un análisis de las mencionadas teorías, la postura más eficiente, es la que considera a los factores corporal y psíquico como una totalidad. Así, pues, esta consideración del hombre como una unidad psicofísica, es la más correcta psiquiátricamente y la que puede explicarnos las cuestiones que más inquietan y ocupan.

La unión de los métodos de la Ciencia Médica y de la Ciencia Psicológica al estudiar al hombre como una unidad, ha conducido a la Psicología a tomar las adquisiciones que le ha proporcionado el debido estudio del soma del hombre hecho por la Neurofisiología y la Psiquiatría. En la misma forma la Medicina se ha basado en las diferentes orientaciones psicológicas modernas (Psicoanálisis, Conductismo).

Lo anterior ha dado lugar a que las dos corrientes se hayan unido en una ciencia mixta, la Psicología Médica, que abarca todas las aportaciones procedentes del campo somático y psicológico.

“De todo lo que queda expuesto podemos extraer, pues, el concepto de Psicología y Psiquiatría. La Psicología es la ciencia que estudia la vida psíquica normal con sus variantes del ser humano como totalidad. La Psiquiatría trata, en cambio, de la psique anormal o patológica del hombre, en tanto aquella anormalidad implique un trastorno de conducta por inadaptación a las distintas situaciones vitales y en cuanto la alteración morbosa del psiquismo es consecutiva a una enfermedad o malformación somática que cambia la estructura del ser”.<sup>6</sup>

#### d) Concepto actual de Psiquiatría.

Ya delimitado el campo de la Psiquiatría en relación con la Patología Médica, la Neurología y la Psi-

---

6 Cabaleiro G. Manuel. Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1959) 74.

cología, nos hallamos en condiciones de establecer el concepto actual de la Psiquiatría, que aparece ya como una rama autónoma de la ciencia médica con características propias.

Creo de interés exponer el concepto de Psiquiatría elaborado por el Doctor Manuel Cabaleiro Goas, autor de la obra denominada Temas Psiquiátricos, misma que ha servido como directriz en la elaboración del presente capítulo; por considerarla bastante completa y apegada al concepto actual de Psiquiatría.

La Psiquiatría nos dice Cabaleiro, es la rama de la Medicina que tiene como objeto el estudio del hombre con anomalías en su modo de ser psíquico o con manifestaciones morbosas de su psiquismo consecutivas a una alteración somática que modifica la estructura de su ser, cambiando y trastornando su modo de estar en el mundo y haciéndole tomar una postura ante su yo, ante su mundo exterior y frente a su morbosismo, específica y singular; y como tal rama de la Medicina tiene como objetivo final modificar y tratar estas anomalías y perturbaciones morbosas, de acuerdo con los caracteres personales del hombre anormal o enfermo psíquico en cada caso, con un sentido y un concepto terapéutico totalista, personal y antropológico.

## CAPITULO IV

### **PSIQUIATRIA Y DERECHO**

- a) Psicología Jurídica. b) Psiquiatría Jurídica.
- c) El Psiquiatra y el Derecho Penal.



a) Psicología Jurídica.

La Psicología contemporánea se aplica en una forma científica en el campo del Derecho, obteniéndose así resoluciones más apegadas a la realidad en los casos concretos.

Es una ciencia que ofrece iguales garantías que otras disciplinas biológicas, auxiliando al Derecho en las cuestiones que son de su incumbencia.

Como un producto natural del progreso de la Psicología, se crearon diferentes direcciones metodológicas que sustentan criterios y fines diversos, mismos que a continuación analizaremos.

El Conductismo.—Escuela Psicológica impulsada en Norteamérica por Watson. Considera al hombre como un animal y aplica para el estudio de su conducta los métodos de la Psicología Comparada; sus propósitos son: dado un estímulo determinado, conocer qué respuesta se desencadena en el sujeto; dada una respuesta determinada, conocer qué estímulos han podido engendrarla. La primera parte sirve, como es natural, para la predicción de la conducta humana; la segunda para el juicio o valoración de la misma, siendo esta última la de mayor interés para el jurista.

“El Conductismo es un auxiliar precioso para la Psicología Jurídica, ya que permite obtener datos y juicios sin contar con el testimonio subjetivo del delincuente, del pleitante o del testigo; en una palabra

permite trabajar sin preocuparse para nada de los actores del conflicto jurídico. Dicen; en cambio, registra con singular precisión lo que hace. Desde este punto de vista, los métodos modernos para el descubrimiento objetivo de las mentiras, los tests o pruebas para la determinación de aptitudes intelectuales y motrices, la técnica de registro de las alteraciones emocionales, el estudio experimental de la eficacia de los distintos castigos, la valoración de las influencias externas (clima, trabajo, alimentación, medio social, etc.) en la producción de los diversos delitos etcétera, son otras tantas contribuciones del conductismo que debe agradecer la Psicología Jurídica".<sup>1</sup>

El Psicoanálisis.—Este fue ampliamente estudiado en el primer capítulo del presente trabajo, sólo nos resta decir que: en la actualidad es el vasto movimiento psicológico creado por Sigmund Freud, revolucionando con sus afirmaciones no sólo el dominio de la Psicología, sino de todas las ciencias del espíritu. Con sus investigaciones nos es más fácil comprender la conducta delictiva de los hombres.

La Psicología Geneticoevolutiva.—Esta Escuela Psicológica se funda en la antigua doctrina de la degeneración y en la obra de Lombroso, aunque no comprende en igual forma la concepción de criminal nato dada por él, pero no se duda de que la herencia transmite a ciertas personas predisposiciones delictivas.

F. Krueger aparece como fundador, y otros autores que siguen sus ideas nos han ilustrado acerca de la mentalidad del hombre primitivo; establecieron los paralelismos para comprender las reacciones de ciertos seres humanos que, por falta de formación o maduración, por regresión o por transformación o revi-

---

1 Mira y López, E. Manual de Psicología Jurídica 4 (Editorial El Ateneo, Buenos Aires 1954) 10 y 11.

viscencia atávica, sienten reactivarse pautas de conducta que habían sido superadas en nuestros tiempos.

Es importante hacer referencia a la concepción psicológica del acto delictivo, el cual según veremos, no tiene el mismo significado en el Jurista y en el Psicólogo. Para el Jurista un delito es todo acto (positivo o negativo), de carácter voluntario, que se aparta de las normas establecidas por la legislación del estado, contraviniéndolas, de suerte que encuentra una calificación predeterminada en las leyes de carácter penal. El Psicólogo no intenta dar una definición del acto delictivo, preocupándose más bien en llegar a la debida comprensión de los delitos y descubrir su motivación.

Para el Psicólogo, el delito es un episodio incidental, para el Jurista es, en la mayoría de los casos el tema central de su actuación.

“Considerando el delito desde el punto de vista psicológico llegamos a la conclusión de que su ejecución representa una consecuencia absolutamente lógica y fatal del conflicto de las fuerzas y factores que lo determinaron: los mismos mecanismos psicológicos intervienen en la ejecución de los actos legales que en la de los actos delictivos, pero nunca podremos comprender este carácter predeterminado de las acciones humanas si descuidamos el estudio de cualquiera de los factores variables que las determinan”.<sup>2</sup>

Por último, podemos decir: la Psicología Jurídica es la Psicología aplicada al mejor ejercicio del Derecho. Desgraciadamente el estado actual de la Ciencia Psicológica no permite utilizar sus conocimientos en todo el Derecho, limitándose a determinados problemas legales como los siguientes: La Psicología del Testimonio, la obtención de la evidencia delictiva

---

<sup>2</sup> Mira y López E. Manual de Psicología Jurídica 4 (Editorial El Ateneo, Buenos Aires 1954) 143.

(confesión con prueba), la comprensión del delito o sea el descubrimiento de la motivación psicológica del mismo y la reforma moral del delincuente.

b) **Psiquiatría Jurídica.**

Al aplicarse los conocimientos de la Ciencia Psiquiátrica al Derecho, ésta recibe la denominación de Psiquiatría Jurídica, la cual, según Weigandt, es la ciencia que se propone aclarar los casos en que alguna persona, por el estado especial de su salud mental, necesita una particular consideración ante la ley.

Todas las ramas del Derecho han recibido aplicaciones de la Psiquiatría Jurídica, por lo mismo cada día se estudian con más ahínco los diversos temas psiquiátricos, para que sirvan de fundamento y auxilio en la aplicación justa del Derecho.

“En la Legislación Laboral, la Psiquiatría, por medio de la higiene mental, aconseja las condiciones en que el trabajo debe desarrollarse para la mejor conservación psicofísica del individuo, sin olvidar el rendimiento. Asesora a las magistraturas del trabajo sobre los frecuentes problemas planteados en relación con las enfermedades e intoxicaciones profesionales y accidentes de trabajo, puntualizando la capacidad profesional después del accidente, en el que hay que tener en cuenta, no sólo la capacidad funcional real en sentido fisiológico, sino la actuación de mecanismos psíquicos de muy diversa naturaleza, que pueden aumentar, disminuir o anular esta mayor o menor capacidad corporal registrada por el observador”.<sup>3</sup>

En el Derecho Administrativo (militar, de la armada, de guerra y penitenciarios) son numerosísimas las ocasiones en que es requerido el Psiquiatra para asesorar sobre los más variados asuntos relacionados

---

3 López Sáiz y Codón. *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil* (Imprenta Aldecoa, Burgos 1951) 59.

con su especialidad (imputabilidad, capacidad, reclusión).

En el Derecho Canónico, la Iglesia en múltiples ocasiones pide el asesoramiento del alienista para resolver problemas sobre capacidad matrimonial y otros. En el Derecho Tutelar de menores, la presencia del Psiquiatra es imprescindible y beneficiosa, orientando sobre las instituciones más convenientes, los tratamientos, trabajos y ocupaciones más útiles y apropiadas.

En el Derecho Civil son muchas las cuestiones en que es imprescindible precisar sobre la capacidad o incapacidad psíquica de una persona (testamento, contrato, matrimonio). En el Derecho Procesal se prestan servicios por la Psiquiatría en la detección de mentiras, análisis del pensamiento del confesante. De todas las ramas del Derecho, el Derecho Penal es el que necesita más ayuda del Psiquiatra, para la mejor aplicación de sus normas y que la justicia resulte más equitativa, justa y humana.

“Para el Jurista es decisivo, en materia criminológica, el criterio del Psiquiatra. Mezger, Exner, en sus respectivas obras, siendo, como son, magnos exponentes de la Ciencia Jurídico-Penal, penetran en el alma del delincuente de la mano de Psiquiatras como Lombroso, Bleuler, Kretschmer, Kraepelin, Gruhler, Freud, Adler, Jung, Hoffmann, Schneider, Luxemburger, etcétera, señalando la trascendencia de sus investigaciones en la Psicología Criminal sustentáculo de la Criminología. No se olvide que esta ciencia se alimenta de la Biología Criminal y a su vez es base de la moderna Ciencia Jurídico Penal, que guarda con la Biología Criminal estrechas relaciones y ésta a su vez, con la Psiquiatría”.<sup>4</sup>

---

4 López Sáiz y Codón. Psiquiatría Jurídica Penal y Civil (Librería Aldecoa, Burgos 1951) 60.

c) El Psiquiatra y el Derecho Penal.

En las últimas décadas la Psiquiatría ha influido grandemente en la evolución del Derecho Penal, por lo mismo estas Ciencias se desarrollan en una forma conjunta, ya que una buena parte de la conducta delictiva es de naturaleza patológica, por este hecho el Derecho Penal está siempre ligado a la Psiquiatría.

Durante siglos se ha utilizado el testimonio de los médicos al juzgar a los criminales, desde el siglo XVI e incluso en el XIV se declaraba a los citados médicos como testigos. En la famosa ley del Emperador Carlos V *CONTITUTIO CRIMINALS CAROLINA* (1532), se exigía la presencia de un Médico en los procesos por asesinato, envenenamiento, homicidio, infanticidio; pidiéndose al médico que formulara su testimonio como *amicus curiae*.

Tanto se ha interesado la ley por las personas mentalmente enfermas, que contiene reglas efectivas en lo que se refiere a cómo debe tratarse y proteger a los individuos mentalmente enfermos, ocupándose al recluirlos en establecimientos especiales de no infringir sus derechos constitucionales. Los tribunales incluso protegen al enfermo para que no sea explotado por otras personas.

Así, pues, al tratar el Derecho con una persona mentalmente enferma, adopta todas las precauciones para ofrecerle consideración y protección adecuada,

A manera de ejemplo, estudiaremos la consecuencia de la locura en cuatro situaciones distintas.

“1.—Consecuencias de la locura en el instante en que se cometió el acto delictivo.

Ha sido una ley antigua, aunque no escrita, que una persona que en el momento de cometer un crimen estaba loca, no puede ser castigada ni considerarse criminalmente responsable de sus actos.

Para que el trastorno mental pueda servir de eximente a un delito, tiene que ser de tal importancia, que el delincuente fuera incapaz de formar propósito criminal.

2.—Consecuencias de la locura después de cometer el crimen y antes del juicio.

Con arreglo al Derecho Consuetudinario y al Derecho Estatuido en diversas jurisdicciones, una persona demente no puede ser juzgada, sentenciada o ejecutada. Si durante el proceso criminal el acusado muestra indicios de locura, el tribunal tendrá que examinar este problema antes de continuar el proceso.

3.—Consecuencias de la locura durante el juicio.

En esta situación se interrumpe el juicio hasta examinar el problema de la locura y declarar a la persona cuerda o demente.

4.—Consecuencias de la locura después del juicio y durante el cumplimiento de la sentencia.

Si el individuo estaba en sus cabales en el instante de cometer el acto criminal, durante el juicio y en el momento de ser sentenciado, y luego pretende haberse vuelto loco durante su encarcelamiento, no tiene, en modo alguno, derecho a ser juzgado nuevamente para determinar su estado actual".<sup>5</sup>

---

5 Abrahamsen D., *Delito y Psique* (Fondo de Cultura Económica, México 1946) 267. 268 y 269.



## CAPITULO V

### **CONCEPTO DE ENFERMO MENTAL**

- a) Concepto y Esencia del Enfermo Psíquico.
- b) Concepto Psiquiátrico de Enfermo Mental.
- c) Concepto Jurídico de Enfermo Mental.



a) Concepto y esencia del Enfermo Psíquico.

Al referirnos en el tercer capítulo del presente trabajo al concepto de Psiquiatría, dimos la noción de lo que debe entenderse por enfermo psíquico, misma que fue necesario considerar para la debida comprensión de la Ciencia Psiquiátrica; al respecto manifestamos que "el Enfermo Psíquico es el hombre con alteraciones corporales, funcionales u orgánicas, pero siempre con su soma alterado cuantitativa o cualitativamente". Así pues, el enfermo psíquico es el que presenta una sintomatología esencialmente psíquica.

El enfermo mental puede ser: no alienado y alienado; los no alienados son los que en ningún momento de la evolución de la enfermedad se altera la autocrítica, su autodeterminación o su autoconducción, conservando, por consiguiente, la autonomía de su personalidad, porque el juicio no está perturbado, incluyéndose en este grupo la neurosis.

Los enfermos mentales alienados son aquellos en los cuales una perturbación del juicio compromete seriamente la autocrítica y la autonomía de la personalidad, al extremo que son irresponsables de sus actos. El término alienado procede del latín ALIENUS, que quiere decir ajeno. Luego cuando decimos enfermo mental alienado equivale a decir enfermo ajeno de la mente, o sea que la personalidad se encuentra fuera de su cauce normal porque ha perdido la lógica formal de sus elaboraciones psíquicas por fallas en el juicio. El término alienado es sinónimo de locura y de psicosis.

Una de las definiciones de alienado mental más clara y exacta es la que nos da Nerio Rojas, este autor establece que: "Alienación mental 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 para la sociedad".<sup>1</sup> Se desprenden de esta definición cuatro elementos:

- a) Un trastorno intelectual.
- b) La falta de autoconciencia.
- c) La inadaptabilidad.
- d) La ausencia de utilidad.

Por último, en forma concreta, podemos decir que es alienado todo enfermo mental cuyo juicio alterado aleja la función psíquica de la lógica formal, como consecuencia la personalidad desadaptada, desconoce su estado patológico y permanece ajeno a su situación real.

#### b) Concepto Psiquiátrico de Enfermo Mental.

En el aspecto psiquiátrico, no hay una definición lo suficientemente clara y concisa de la enfermedad mental.

Las modernas definiciones nada resuelven, pues decir que las enfermedades mentales son psicológicamente específicas del hombre (Jaspers), o que el ser humano, por aquella riqueza y singularidad de su posición en el mundo es por lo que es capaz de enfermar de ese modo extraño y personal que es la enfermedad mental (López Ibor), es dejarnos en las mismas condiciones.

El concepto de enfermedad mental tiene muchos matices del psiquismo humano, tales como las pertur-

---

<sup>1</sup> Rojas Nerio. Medicina Legal 5 (El Ateneo, Buenos Aires 1953) 435.

baciones patológicas de las funciones psíquicas (Psicosis verdaderas); la pérdida de la inteligencia (Demencia); el defectuoso desarrollo del psiquismo (oligofrenías); la desarmonía entre los diferentes factores psíquicos (Psicopatías); las anormales reacciones de la personalidad humana (Neurosis). Por esto podemos dejar perfectamente asentado que los trastornos mentales son muy extensos y complejos.

En lo psíquico es muy difícil encontrar el tipo perfecto que sirva de patrón comparativo entre lo sano y lo patológico, ya que las reacciones psicológicas individuales presentan diversas graduaciones dependientes de las cualidades particulares del sujeto y circunstancias ambientales; por esto, para un debido entendimiento de las enfermedades mentales se deberá hacer un estudio pluridimensional.

“Así mismo se comprende que no se puede contestar en sentido afirmativo o negativo a esas preguntas que en ocasiones hacen los letrados a los peritos, y que tienen la pretensión de delimitar, sin más, la normalidad o la enfermedad psíquica. Tales como ¿cree el señor perito que tal frase o tal hecho demuestra con claridad la existencia (o no) de un trastorno mental?. Tal hecho o tal frase, por sí sola, como ya hemos dicho, no significa nada; ahora bien, unida a otros muchos datos y observaciones que el psiquiatra ha podido recoger y comprobar pueden tener un cierto valor en un sentido o en otro. A pesar de todas estas dificultades, la mayoría de las veces puede el psiquiatra orientar al abogado sobre la enfermedad o el estado de salud de una persona determinada, sobre todo si se ponen a su disposición los medios pertinentes y el tiempo necesario para efectuar un estudio detenido del sujeto en cuestión”.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> López Sáiz y Codón. *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil* (Imprenta de Aldecoa, Burgos 1951) 70 y 71.

c) Concepto Jurídico de Enfermo Mental.

El Doctor Don Luis Jiménez de Asúa, señala que se han elaborado tres fórmulas para contestar la cuestión que nos ocupa, a saber: 1.—Fórmula psiquiátrica o biológica pura; 2.—Fórmula psicológica; y 3.—Fórmula psiquiátrico-psicológico-jurídica. Pasaré a analizar cada una de ellas para terminar señalando la que se adapta mejor a las necesidades del Derecho.

Nos dice el célebre maestro que la fórmula psiquiátrica o biológica pura, consiste en enunciar, de la manera más simple, los efectos psicológicos y jurídicos que pueden producir la enfermedad mental, sin establecer límites de orden jurídico ni psicológico. Siguen a esta postura los Códigos Penales de Francia (art. 64), Austria (art. 2), Bélgica (art. 71), España (núm. 1, art. 8), y Chile (núm. 1 del art. 10).

En la fórmula psicológica, se formula la irresponsabilidad del demente, atendiendo al efecto que en Derecho produce el factor psicológico de la enfermedad, expresando que consiste en excluir la voluntad, la libre determinación de la voluntad; se basan en este principio el Código Penal Alemán (art. 51), el de Hungría (párrafo 76), Portugal (art. 26), Finlandia (párrafo tercero del capítulo III), y el de Holanda (art. 37). La última fórmula, o sea la psiquiátrico-psicológico-jurídica, nos dice Jiménez de Asúa que conforme a ella debe hacerse constar que la enfermedad de la mente o el estado de inconsciencia, para que tenga eficacia eximente, han de privar de la conciencia de delinquir o de la posibilidad de obrar conforme a Derecho.

Siguen a esta fórmula, el viejo Código Ruso de la época de los zares (art. 39), el Código Argentino, el Suizo (art. 10), los proyectos Alemanes de 1919 y 1925, y el Código Penal Español de la dictadura decretado en 1928.

En los Códigos Iberoamericanos, encontramos en

igual forma las fórmulas ya enumeradas; a la primera de ellas se refieren los Códigos de Bolivia (art. 13), Haití (art. 48), República Dominicana (art. 64), diciendo éstos que no delinquen las personas que se encuentran en estado de demencia.

Se encuentra un carácter mixto psiquiátrico-psicológico, en los Códigos de Paraguay (art. 18), Panamá (art. 44), Venezuela (art. 62) y Ecuador.

Por último nos expresa Jiménez de Asúa que, a la fórmula psiquiátrico-psicológico-jurídica se refieren los Códigos que dicen: insuficiencia de las facultades mentales o perturbación morbosa de las mismas (o simplemente enajenación mental), que impiden al agente comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones (Argentina art. 34, Costa Rica art. 25); enfermedad mental, idiotez o grave alteración de la conciencia y no poseer en el momento de obrar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de determinarse según esta apreciación (Perú art. 85, Brasil art. 22).

A mi ver, la fórmula que nos sirve mejor para establecer la irresponsabilidad de las personas trastornadas mentalmente, es la psiquiátrico-psicológico-jurídica, opinión que va de acuerdo con el Profesor Jiménez de Asúa. Así, pues, para que se logre esta fórmula, el hombre trastornado no debe tener la conciencia de delinquir, ni la de obrar conforme a Derecho; resultando de ello dos condiciones: una de carácter biológico como causa, y otra de índole psicológica que se derive como efecto.

Por su parte López Sáiz y Codón proponen el siguiente concepto jurídico de enfermedad mental: es un trastorno del psiquismo total o parcial, permanente o transitorio, de base psicopatológica, que produce la anulación o la alteración de las facultades mentales en diversos grados e intensidad.



## CAPITULO VI

### **CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES**

- a) De Emilio Mira y López. b) de López Sáiz y Codón. c) De la American Psychiatric Association.



## Clasificación de las Enfermedades Mentales

Se nos presentan muy variadas opiniones para la clasificación de los enfermos mentales; una vez estudiadas las más importantes, me permití escoger tres de ellas, por creer, en mi criterio, ser las de mayor relevancia en el campo psiquiátrico.

### a) Clasificación de Emilio Mira y López.

El Doctor Emilio Mira y López, en su obra Compendio de Psiquiatría, nos dice lo siguiente: La Patología mental no puede apoyarse exclusivamente en un criterio anatomopatológico para la clasificación de las enfermedades mentales, pues son muchos los trastornos psíquicos que no se acompañan de lesiones cerebrales evidenciables con nuestros actuales recursos de exploración; tampoco es factible apoyarse en un criterio meramente fenomenológico o sintomático, ya que un mismo cuadro o síndrome mental puede obedecer a diversas causas y procesos subyacentes; menos todavía podría adoptarse un criterio fisiopatológico, porque cualquiera de los trastornos fisiológicos que acompañan a las perturbaciones mentales, puede ser observado sin ellas en personas normales, cuando viven transitoriamente bajo un estado de emoción, fatiga o enfermedad. Por esto la clasificación de los trastornos o alteraciones mentales ha de seguir un criterio mixto, empírico-pragmático; como veremos en el cuadro siguiente:

## ENFERMEDADES MENTALES

{ Trastornos Deficitarios (retardo, detención o regresión del desarrollo mental)  Trastornos en la integración constitucional de la personalidad.  Trastornos morbosos propiamente dichos.	Congénitos o Precocísimos	Oligofrenias	{ Idiocia Imbecilidad Debilidad Mental
	Adquiridos e Demencias Irreparables		{ Vasculares Infecciosas Degenerativas Mixtas
	C o n s tituciones y reacciones psicopáticas.		{ Asténicas Paranoides Histeroides Inestables Compulsivas Explosivas Cicloides Esquizoides Perversas
	Psiconeurosis y Organoneurosis		{ Histérica Neurasténica Compulsivo - Anancástica Angustiosa
	Psicosis		{ De situación o reactivas. Traumáticas Infecciosas y Posinfecciosas Exotónicas Endotónicas y Sintomáticas Epilépticas Maniacodepresivas Esquizofrénicas Paranoicas y Parafrénicas

b) Clasificación de López Sáiz y Codón.

Es de gran importancia el análisis que hacen los ilustres doctores Ignacio López Sáiz y José María Codón en su obra *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*, sobre la clasificación de las enfermedades mentales. A continuación, señalaré el criterio que siguieron los referidos autores para hacer la clasificación de las enfermedades mentales.

Manifiestan López Sáiz y Codón que, fue Kraepelin, ilustre psiquiatra, quien después de haber estudiado numerosas enfermedades mentales, vió la posibilidad de reunir las enfermedades en grupos o entidades nosológicas (enfermedades similares) que fuesen concordantes en sus causas, síntomas, evolución y terminación. Tomando como base dicha clasificación, hacen algunas modificaciones que, aunque no se ajusten de una manera completa a una ortodoxia psiquiátrica, serán lo suficientemente homogéneas y claras para orientar la mente del abogado.

En primer lugar, nos dicen que se observan sujetos que tienen puntos más o menos numerosos de contacto con las personas normales, sin embargo, puede existir en ellos una marcada desproporción entre el estímulo y la reacción consecutiva, una desarmonía entre los elementos que integran la personalidad, una intolerancia psicofísica a los estímulos normales y corrientes del medio ambiente o, en fin, una inadaptabilidad a la vida o a la sociedad. En todos los casos se puede hablar de trastornos psicopatológicos cuantitativos. Estos trastornos en *Psiquiatría* reciben el nombre de *Psicopatías*; son pues, disposiciones anormales, o, mejor dicho, personalidades anormales permanentes las que en, la mayoría de las veces, se conciben por la herencia. Se les llama *desequilibrados, excéntricos, raros, perversos o lunáticos*. Para el jurista son muy importantes, porque los psicópatas tienen

con frecuencia una conducta antisocial, al violar los preceptos legales.

En segundo término, señalan López Sáiz y Codón que, hay un grupo de enfermedades mentales en las que se presentan fenómenos psíquicos que nunca son dados de observar en las personas normales, para quienes resultan psicológicamente incomprensibles; tal sucede, por ejemplo, con las alucinaciones, la disgregación del pensamiento, los delirios. Estos trastornos cualitativos, siempre patológicos, son característicos de las enfermedades designadas en Psiquiatría con el nombre de psicosis; se dividen en dos grupos: psicosis endógenas y psicosis exógenas, caracterizándose las primeras porque sus causas radican en el propio organismo del enfermo, interviniendo en su producción factores arraigados en la constitución individual, siendo en mayor o menor proporción la predisposición a padecerla transmitida por la herencia. Respecto a las psicosis exógenas, éstas son desencadenadas por agentes que proceden del medio ambiente, de influencias externas, tales como infecciones, intoxicaciones, traumatismos. Intervienen además en segundo plano, factores constitucionales, los que sirven para explicar cómo unas personas son más predispuestas que otras a padecer síntomas mentales ante una intoxicación, un traumatismo.

Hay otro grupo de enfermos psíquicos, siendo ellos los que presentan una detención más o menos prematura del normal desarrollo psíquico general, cuya consecuencia más llamativa es una deficiencia intelectual, de grados diversos en comparación con la que correspondería al sujeto en cuestión, dada su misma edad e instrucción. Todos los estados deficitarios congénitos, es decir, de nacimiento o adquiridos en los primeros años de la vida, sea cualquiera su cuantía o la causa que los haya producido, se les engloba bajo la denominación de oligofrenias (poca inteligencia), llamados comunmente tontos o imbeciles.

Por último, establecen López Sáiz y Codón, que hay un grupo de trastornos mentales que tienen un origen psíquico puro o, por lo menos, preferente. Cuando un sujeto colocado ante un problema o conflicto de la vida reacciona de una forma muy distinta a como lo harían la generalidad de las personas, dada una misma época, país, cultura, edad, religión, etcétera, se dice que padece una reacción psicógena o psicogénica.

Dentro de este apartado de las reacciones psicogénicas, se incluyen las neurosis, entre cuyas variedades nos encontramos con la histeria, neurastenia, obsesiones, neurosis colectivas y epidemias psíquicas. Teniendo de común todas ellas que son desencadenadas por vía psíquica en general pasajera, y suelen terminar sin dejar secuelas o reliquias que alteren definitivamente al psiquismo.

A continuación transcribiré el cuadro sinóptico en donde se resumen admirablemente los anteriores grupos de enfermedades mentales, aunque por motivos didácticos, los autores no observan el mismo orden adoptado.

## CUADRO CLASIFICADOR DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

### GRUPO I

Estas deficitarios permanentes, congénitos o precozmente adquiridos.

#### OLIGOFRENIAS

---

Debilidad Mental-Imbecilidad-Idiocia.

## GRUPO II

Trastornos Psíquicos cualitativos, siempre patológicos.

### PSICOSIS

De causa interna, hereditaria generalmente desconocida.

#### Psicosis Endógenas

Esquizofrenia, Paranoia y Parafrenia-Psicosis Maniaco-Depresiva Epilepsia.

De causa externa, en general conocida.

#### Psicosis Exógenas

Psicosis Sintomática. Toxifrenias.  
Psicosis traumática - psicosis Sifilíticas. Psicosis de la Involution-Psicosis Preseniles y seniles.  
Psicosis por procesos vasculares.  
Psicosis Arterioesclerósica  
Demencia.

## GRUPO III

Trastornos Psíquicos preferentemente desencadenados por vía psíquica.

### Reacciones Psicogenéticas

#### Individuales

Neurosis de deseo. Neurosis de situación. Histeria. Neurastenia. Neurosis Incoercibles.

#### Colectivas

Epidemias Psíquicas.

## GRUPO IV

Desarmonías Psíquicas cuantitativas permanentes, con carácter hereditario.

### PSICOPATIAS

Psicópatas Esquizoides. Cicloides. Paranoides. Epileptoides. Psicópatas Histéricos. Abúlicos. Asténicos. Psicópatas Sexuales (desviaciones y perversiones del instinto sexual).

## GRUPO V

### CASOS OSCUROS

En este grupo, que existe en todas las clasificaciones y que nos explica la dificultad con que a veces se encuentra el Psiquiatra para etiquetar algunos enfermos mentales, se agrupan los casos dudosos que no encajan en los apartados anteriores.

c) Clasificación de la American Psychiatric Association.

La Clasificación de las Enfermedades Mentales que hace la American Psychiatric Association es muy completa y actualizada por lo que, paso en seguida a transcribirla.

A. Psicosis debidas a, o acompañadas de infección.

- 1.—Psicosis con meningoencefalitis sifilítica (Parálisis General Progresiva).
- 2.—Psicosis con lúes menengovascular (Sífilis Cerebral).
- 3.—Psicosis con goma intracraneal.
- 4.—Otros tipos (a especificar).
- 5.—Psicosis con encefalitis epidémica.
- 6.—Psicosis con meningitis tuberculosa.
- 7.—Psicosis con meningitis (sin especificar).
- 8.—Psicosis con corea aguda (Sydenham).
- 9.—Psicosis con otras enfermedades infecciosas.
- 10.—Psicosis Postinfecciosas (especifica la infección).

B. Psicosis debidas a intoxicaciones.

- 1.—Psicosis debidas al alcohol.
- 2.—Intoxicaciones Patológicas.
- 3.—Delirium Tremens.
- 4.—Psicosis de Korsakoff.
- 5.—Alucinosis Aguda.
- 6.—Otros tipos (a especificar).
- 7.—Psicosis debidas a drogas u otras toxinas exógenas.
  - a) Psicosis debidas a metales.
  - b) Psicosis debidas a gases.
  - c) Psicosis debidas al opio y sus derivados.
  - d) Psicosis debidas a otras drogas.

C. Psicosis debidas a traumas (Psicosis Traumáticas).

- 1.—Delirio traumático.

- 2.—Desórdenes postraumáticos de la personalidad (constitución traumática).
  3. Deterioración mental postraumática.
  4. Otros tipos (a especificar).
- D. Psicosis debidas a perturbaciones de la circulación.
- 1.—Psicosis con embolias cerebrales.
  - 2.—Psicosis con arterioesclerosis cerebral.
  3. Psicosis con enfermedades cardiorrenales.
  4. Otros tipos (o específicos).
- E. Psicosis debidas a desórdenes convulsivos (Epilepsia).
- 1.—Deterioración epiléptica.
  - 2.—Estados crepusculares epilépticos.
  - 3.—Otros tipos epilépticos.
- F. Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, crecimiento, nutrición o función endocrina.
- 1.—Psicosis seniles.
    - a) Deterioración simple.
    - b) Tipo presbiofrénico.
    - c) Tipos delirantes y confusos.
    - d) Tipos depresivos y agitados.
    - e) Tipos paranoides.
  - 2.—Enfermedad de Alzheimer (tipo presenil).
  - 3.—Psicosis Evolutivas.
    - a) Melancolías.
    - b) Tipos Paranoides.
    - c) Otros tipos (a especificar).
  - 4.—Psicosis con enfermedades de las glándulas endocrinas (sin especificar).
  - 5.—Delirio de Agotamiento.
  - 6.—Psicosis con pelagra.
  - 7.—Psicosis con otras enfermedades somáticas (a especificar).

- G. Psicosis debidas a Neoplasias.
- 1.—Psicosis con Neoplasias. Intracraneales.
  - 2.—Psicosis con otras Neoplasias.
- H. Psicosis debidas a causas desconocidas o hereditarias, pero asociadas con cambios orgánicos.
- I. Desórdenes de origen psicogénico o sin causas definidas y tangibles o cambios estructurales.
- 1.—Psiconeurosis (Neurosis).
    - a) Histeria.
      - (1) Histeria de Angustia.
      - (2) Histeria de Conversión.
    - b) Psicastenia o estados compulsivos.
    - c) Neurastenia.
    - d) Hipocondriasis.
    - e) Depresión reactiva.
    - f) Estado de Angustia.
  - 2.—Psicosis Maniacodepresivas.
    - a) Tipo maníaco con elevación de ánimo (elación) o irritabilidad con verborragia, fuga de ideas y aumento de la actividad motora.
    - b) Tipo depresivo con marcada depresión de ánimo y retardo mental y motor, e inhibición.
    - c) Tipo circular.
    - d) Tipo mixto.
    - e) Tipo perplejo.
    - f) Tipo estuproso.
    - g) Otros tipos.
  - 3.—Demencia Precoz (Tipos de reacción esquizofrénica).
    - a) Tipo simple.
    - b) Tipo hebifrénico.
    - c) Tipo Paranoide.

- d) Tipo catatónico.
- e) Tipos varios.
- 4.—Paranoia con condiciones paranoides.
- 5.—Paranoia con personalidad psicopática.
- 6.—Paranoia con deficiencia mental.
- J. Psicosis no diagnosticada.
- K. Sin Psicosis.
- L. Desórdenes primarios de la conducta.

La anterior clasificación sigue usándose mucho en los Estados Unidos, pero no se cree que subsista mucho tiempo sin que se le introduzcan modificaciones.

## CAPITULO VII

### **EL PERITAJE PSIQUIATRICO**

a) El Perito Psiquiatra. b) Métodos; Médico Legal y Médico Clínico. c) Criterios Directivos de la información pericial psiquiátrica. d) Valoración de la peligrosidad. e) Importancia y desarrollo de la pericia en la justicia penal.



a) El Perito Psiquiatra.

Hay veces en que los funcionarios judiciales deben acudir a personas especializadas en la ciencia llamada Psicopatología Forense, dentro de la cual se comprende a los peritos psiquiatras, mismos que, al referirse a un caso determinado, nos deben dar un concepto en relación con la normalidad o anormalidad de las facultades mentales de un individuo.

“Es claro que un perito psiquiatra, aparte de los conocimientos que debe tener en la materia, debe ser persona honorable, de precedentes intachables, de completa rectitud de conciencia, puesto que no se concibe un psiquiatra sobre el cual descansa la confianza que la sociedad tiene en sus conocimientos y en su honradez, para emitir sus conceptos, sin estas virtudes fundamentales. El Perito Psiquiatra, necesariamente, debe tener una gran dosis de penetración psicológica, para poder acometer el estudio de todos los hechos que se han verificado y para poder interpretarlos debidamente, de acuerdo con los principios científicos. Al mismo tiempo debe ser prudente en emitir sus conceptos y no formularlos hasta tanto esté suficientemente documentado, después de haber hecho un estudio lo más minucioso y detallado sobre la materia. De aquí, pues, la importancia que en otras partes se le da siempre al estudio de la Psicopatología, lo cual ha repercutido en los mismos tribunales de justicia. Es sabido que en muchas naciones civilizadas no se confían estos peritazgos y no se nombran en cuestiones de Psiquiatría, bien sea en lo que se refiere al or-

den civil o penal, sino a aquellos médicos especializados en la materia. No se explica cómo muchas veces se confían esta clase de peritazgos difíciles a médicos evidentemente idóneos, versados en otra rama de la ciencia médica, pero que no tienen los suficientes conocimientos en la Psiquiatría Forense; en muchos países los jueces no pueden nombrar como peritos en cuestiones de Psiquiatría y aun en cuestiones que se rozan únicamente con el Derecho Civil, sino a aquellos médicos que figuran en una lista especial, elaborada cuidadosamente y que se va cambiando de acuerdo con los tiempos, para que de esa manera los peritos que actúan en estos casos sean médicos que estén suficientemente respaldados con sus conocimientos sobre la materia".<sup>1</sup>

La parte más importante del estudio que haga el perito psiquiatra es la que corresponde a la interpretación que dé el funcionario al concepto psiquiátrico emitido; pues muchas veces el éxito de una investigación depende precisamente de la mencionada interpretación, es decir, que se deberán apreciar las conclusiones a que haya llegado el perito psiquiatra.

b) Métodos.—Médico Legal y Médico Clínico.

Hay dos métodos de examen en relación con la Psiquiatría Forense; el médico clínico y el médico legal. El primero, se refiere al estudio que hace el psiquiatra acerca de una persona, se investiga hasta donde es posible, por medios científicos, la existencia de ciertos síntomas cuyo conjunto ha de constituir lo que se llama un síndrome, pudiéndose llegar en algunos casos al diagnóstico de una enfermedad mental; algunas veces se expide un simple certificado provisional sobre si se debe aislar o no a una persona determinada.

---

<sup>1</sup> Uribe Cualla G. Medicina Legal y Psiquiatría Forense 6 (Librería Voluntad, Bogotá, Colombia 1952) 578 y 579.

En el método médico legal, los estudios que se hacen son mucho más profundos, ya no es un simple diagnóstico, sino que ya interviene un criterio médico legal, el caso se individualiza examinándose hechos concretos.

Al llevarse a cabo este procedimiento toman parte muchos elementos de orden científico que se relacionan con varias ciencias afines; así, por ejemplo, tendrá que hacerse investigaciones con relación a la fisiología de un individuo, al modo como reaccionen los distintos órganos de su economía; también con relación a la Fisiología diferencial en lo que atañe al sistema nervioso, glándulas de secreción interna, o sea, la Endocrinología. En el estudio de esas reacciones antisociales debe acudirse igualmente a la Psicología diferencial, o sea a la ciencia que estudia los diversos caracteres, las distintas constituciones psicopáticas etcétera, y también tendrá mucho que ver con otras ciencias como las que se refieren a la Anatomía diferencial, que estén íntimamente vinculadas a los problemas de la Morfología. Intervienen igualmente otras condiciones de orden biológico, como lo concerniente a la edad del individuo, desde luego que hay interés en determinar muchas veces la época en que ha llegado la razón o el discernimiento. En estos estudios de orden biológico, tiene mucho interés el análisis de enfermedades anteriores, bien sean adquiridas, agudas o crónicas, que hayan podido producir perturbaciones en la economía de un individuo.

c) Criterios Directivos de la información pericial psiquiátrica.

Ya hemos visto que, cuando se necesitan conocimientos especiales en determinada ciencia o arte, la autoridad competente puede disponer de peritos. En la pericia psiquiátrica, la tarea del perito es la de hacer indagaciones sobre el estado mental del sujeto, con los fines de precisar, ante todo, su capacidad de

entender y la de querer en el momento de cometer un determinado delito, es decir, si es imputable o no al realizar una conducta antijurídica.

La tarea del perito, al precisar el estado mental del imputado cuando comete el delito, es una de las más arduas y difíciles; para esto se debe estudiar la personalidad del reo, reconstruyendo sus condiciones psíquicas conscientes y subconscientes.

El dictamen pericial que se presenta al juez, por lo general, consta de varias partes, las cuales pasaremos a estudiar con detenimiento en los párrafos siguientes.

La primera parte debe contener la exposición sumaria del hecho delictuoso, recogiendo toda la documentación existente de interés clínico, psicológico y médico legal, limitándose a los aspectos del hecho delictuoso que tengan una valoración médico legal. Igualmente el perito debe recoger de los documentos que vengan agregados a las actas procesales, los elementos que sean útiles para su investigación.

El perito psiquiatra, en su segunda parte de la relación pericial, debe llevar a cabo el examen clínico objetivo del imputado; examinándose para ello, los varios órganos y aparatos orgánicos, realizando un buen examen mental del imputado, y además, el perito debe poseer conocimientos antropológicos y psicológicos al analizar la personalidad del delincuente.

En una tercera parte, se deben elaborar los datos históricos y clínicos, recogidos en las pasadas indagaciones, siendo esta parte la más importante de la pericia. Para que estos datos sean eficaces, el perito habrá de conocer los principales problemas criminológicos especialmente de dinámica criminal.

“Podemos precisar que el perito, en la elaboración de la tercera parte de su valoración pericial, debe sobre todo resumir y elaborar los datos clínicos refe-

rentes a la personalidad del reo, a los fines de observar sus condiciones habituales de salud y las características fundamentales de su estructura psíquica, o sea el terreno sobre el cual, bajo la influencia de las varias circunstancias y de los varios estímulos criminógenos se ha venido a desarrollar el fenómeno delictuoso.

Por esto se comprende que es el estudio y la valoración de la personalidad lo que debe preparar el estudio y la valoración del delito desde el punto de vista psicológico y médico legal, que es, pues, la tarea fundamental de todo juicio pericial".<sup>2</sup>

Las Enfermedades Mentales pueden determinar o no el desarrollo de reacciones delictuosas; por lo que, aunque se asegure la existencia de éstas, no se establece la relación directa de causa a efecto entre la enfermedad y el delito. Por lo mismo la valoración de la responsabilidad debe ser hecha en base a criterio no solamente clínico sino también criminológico y médico legal.

#### d) Valoración de la Peligrosidad.

El Perito psiquiatra, para llevar a cabo la calificación de la peligrosidad, debe hacerlo sobre la base del estudio de la personalidad del delincuente y de la naturaleza y gravedad del delito. El debe tener en cuenta en todos los casos, la distinción existente entre capacidad y peligrosidad para delinquir; la primera es la expresión de las varias tendencias delictuosas que se encuentran habitual o episódicamente en el individuo, en tanto que en la segunda se establece una relación entre las citadas tendencias delictuosas y la criminalidad en general, los varios factores endóge-

---

2 Di Tullio B., Tratado de Antropología Criminal (Instituto Panamericano de Cultura, Buenos Aires 1950) 629.

nos o exógenos, contribuyentes al desarrollo y a la realización de las actividades delictuosas.

Además, para responder con claridad al problema de la peligrosidad, el perito psiquiatra, deberá averiguar en el imputado todas las condiciones estables o episódicas, estáticas o dinámicas, que hayan podido actuar como factores preparadores del acto delictuoso.

Di Tullio nos dice en su obra *Tratado de Antropología Criminal* que: "el perito no puede omitir el considerar también todas aquellas circunstancias relativas a los medios, al tiempo, al lugar, etcétera, que acompañan al desarrollo de todo fenómeno delictuoso, y que constituye el así llamado *modus operandi*, y el cual, si bien reconstruido a través de todas las indagaciones psicológicas necesarias constituye un elemento de la más grande importancia para la valoración de la naturaleza y el grado de peligrosidad del reo. Deberá también observar con la mayor exactitud posible, el grado de probabilidad respecto a que el imputado cumpla un nuevo delito, dado que en todo juicio concerniente a la peligrosidad no puede y no debe nunca faltar tal apreciación de naturaleza prevalentemente pronóstica, y a tal propósito debe tratar de establecer cuáles son las circunstancias que pueden mayormente favorecer la recaída del imputado en el delito, y si se trata de circunstancias de carácter endógeno o de circunstancias de carácter exógeno, dado que tal conocimiento se presenta de la más alta importancia a los fines preventivos y reeducativos de la justicia penal. Para concluir nos basta decir que el perito, toda vez que debe expresar el propio juicio sobre la peligrosidad del imputado, debe extraer los elementos constitutivos de su juicio del examen sistemático y riguroso de aquella su personalidad, y de todo lo que concierne al mecanismo de desarrollo, a la dinámica, a la naturaleza y a la propia gravedad del delito".

- e) Importancia y Desarrollo de la pericia en la justicia penal.

El Perito psiquiatra para llegar a feliz término en la elaboración de su dictamen, al realizar sus conclusiones respecto a la capacidad de entender y querer y sobre la peligrosidad del reo, deberán estar siempre inspiradas en la máxima objetividad y rigurosidad científica.

Por lo general se puede afirmar, que cuanto más grave es el delito, tanto más él se acompaña de perturbaciones psíquicas que, en general, alternan, disminuyen o destruyen la capacidad de entender y de querer, por lo mismo es muy importante que la pericia psiquiátrica se lleve a cabo en buena forma, para que sea un fundamento en la aplicación de la justicia penal.

El Juez no puede siempre por sí, diferenciar entre varios tipos de delincuentes: ocasionales, constitucionales y enfermos de la mente; ni tampoco declarar su habitualidad y profesionalismo, por lo que necesita del auxilio del perito psiquiatra.

“De todo esto surge, evidente, la gran importancia no sólo de la indagación sobre la personalidad del reo en la pericia psiquiátrica, a los fines de una más alta y verdadera justicia, sino también de una pericia antropológica psiquiátrica a practicarse a todos los imputados de delitos más graves, o directamente para todos los imputados indistintamente, como se afirma por otros estudiosos.

Cuando un caso presente particular complejidad y gravedad, el juez debe reconocer la oportunidad de invocar el auxilio técnico de los psiquiatras, y que todas las veces que el juez reconoce, por razones inherentes a los precedentes familiares y personales, que el imputado no es perfectamente normal, él no puede dejar de requerir la obra del experto, para tener aclaraciones sobre la precisa naturaleza de las anomalías,

y la eventual influencia de ellas sobre las facultades intelectivas y volitivas. Todo esto confirma ahora que la colaboración entre juez y biólogo, en la justicia penal moderna, debe considerarse siempre más indispensable, y que, cuanto más se generaliza el estudio de la personalidad del reo y del delito, tanto más se hace necesario, en todos aquellos que son llamados a aplicar las leyes, un profundo conocimiento de la Antropología Criminal y de la Psicopatología Forense".<sup>3</sup>

El doctor Abel Sánchez Peláez, en su obra titulada *El Acusado y el Psiquiatra*, publicada por la Universidad Central de Venezuela en el año de 1966, nos expone diversos conceptos acerca de la redacción del informe pericial psiquiátrico; nos dice que éste comienza con los datos relativos a la edad, profesión, estado civil, nacionalidad, lugar de origen y escolaridad del indiciado. El Perito debe cotejar las respuestas del encausado con las que se obtienen al interrogar a los parientes y otras personas cercanas al mismo. Cualquier dato contradictorio o falso es significativo y debe anotarse para el estudio ulterior y las conclusiones. El expediente ha de leerse con detenimiento.

El segundo término en el desarrollo del peritaje corresponde al examen físico, que será tan cuidadoso como el examen clínico corriente. Algunas pruebas de laboratorio son en ocasiones necesarias (sangre, líquido cefalorraquídeo), así como el establecimiento de la capacidad física del sujeto, es decir, de su habilidad motora, de sus condiciones deportivas, de su destreza con ambas manos o con la mano izquierda, etcétera.

Al examen físico continúa el neurológico, completado a veces, como ya dijimos, con recursos radiológicos y de laboratorio. Y entrando propiamente en el

---

3 Di Tullio B. *Tratado de Antropología Criminal* (Instituto Panamericano de Cultura, Buenos Aires, 1950) 645.

terreno de la anamnesis, la consignación de los datos correspondientes a la familia y a la persona del examinado. Llegamos así, pues, a lo que se designa como antecedentes familiares y antecedentes personales. Entre los últimos, y en orden de importancia, se mencionan los antecedentes: 1o. Psiquiátricos, 2o. Convulsivos, 3o. Alcohólicos, 4o. Mórbidos, 5o. Traumáticos, 6o. Quirúrgicos, 7o. Tabáquicos y Toxicomaniacos, 8o. Policiales, 9o. Penales.

A los antecedentes familiares sigue en orden de estudio el llamado Curso Vital. El Indiciado ha de narrar fielmente su vida. En esta narración colaborarán sus allegados. Desde el comienzo de sus recuerdos infantiles hasta el momento actual. Las dificultades del hogar, la armonía o las desavenencias entre sus padres, la situación en el grupo paterno, escolaridad, línea de trabajo, amores y vida sexual.

Después del Curso Vital sigue la Versión del Delito, la que deberá ser narrada por el indiciado.

Acto seguido se lleva a cabo el Examen Psiquiátrico, el que constituye, como es obvio, el núcleo de la investigación pericial. Comprende él los detalles que conducen al diagnóstico, y, en caso de inexistencia de perturbaciones psíquicas en el momento del peritaje, al diagnóstico retrospectivo.

Finalmente se elabora la Conclusión Pericial, siendo ésta la última parte del informe, se resumirá en palabras sencillas y precisas la exposición teórica del examen psiquiátrico, sostendrá el criterio del perito en torno a la responsabilidad del acusado, y ayudará al Juez, con base en las advertencias acerca de la peligrosidad social, capacidad de rehabilitación, destino post-carcelario y tratamiento médico, cuando se produzca la libertad. La conclusión pericial constituye, pues, un pequeño resumen que orientará al magistrado en la sentencia y en el destino carcelario y post-carcelario del sujeto.

f) Dictamen Psiquiátrico-Criminológico.

A continuación y a manera de ejemplo, me permito transcribir el Dictamen Psiquiátrico Criminológico elaborado por los señores Doctores José Gómez Robleda y Alfonso Quiroz Cuarón, acerca del tan discutido Gregorio Cárdenas Hernández.

“El día 31 de julio de 1943 los señores doctores José Gómez Robleda y Alfonso Quiroz entregan su dictamen, que comprende un minucioso análisis de la personalidad de G. C. H.

I. Identificación dactiloscópica y retrato hablado.

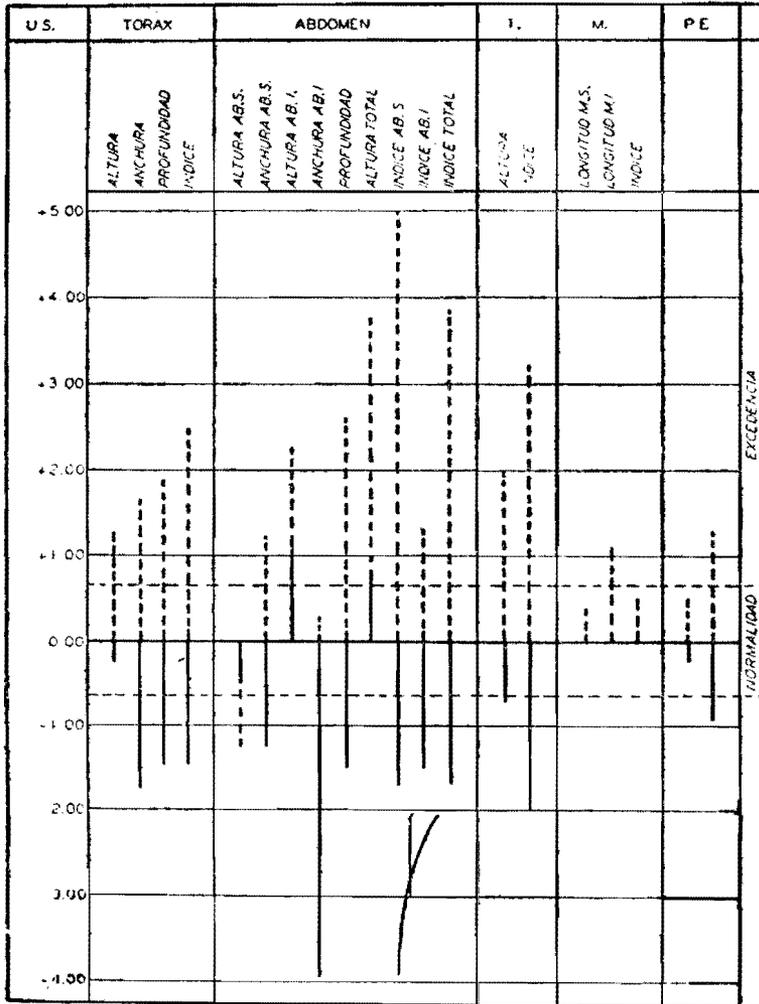
II. Antecedentes familiares, tanto por la rama paterna, cuanto por la materna, colaterales y personales.

III. Tipo somático. Se siguió la técnica del profesor Jacinto Viola y se determinó que el sujeto examinado corresponde al braquitypo excedente, de tipo digestivo. Anexamos el diagrama constitucional y en la representación gráfica incluimos en línea continua los caracteres morfológicos del examinado y en línea interrumpida los mismos caracteres morfológicos que ha determinado José Gómez Robleda para el hombre medio de México.

IV. Tipo fisiológico.

1. Para la exploración del sistema nervioso órgano vegetativo se realizaron 9 diferentes pruebas técnicas que revelaron un predominio del sistema vagal. Se practicó además la prueba de la adrenalina de Goetsch-Marañón con la que se corroboró la tendencia vagotónica. Durante la prueba se evocaron los delitos cometidos por G. C. H. y al final, durante 5 minutos, se provocó la hiperventilación pulmonar. Ni la adrenalina sola, ni el evocar los hechos delictuosos, ni la hipermnea determinaron ausencias de tipo epiléptico, ni, mucho menos, crisis convulsiva.

DIAGRAMA CONSTITUCIONAL DE G C H  
Y DEL HOMBRE MEDIO DE MEXICO



2. Aparato cardio-vascular: el examinado padece de arritmia paroxística con crisis de extrasístoles. La frecuencia del pulso es muy variable por término medio entre 70 y 74. La tensión arterial también es inestable; se proporcionan las cifras medias de las numerosísimas mediciones verificadas: Mx. 12.6; Mn 9 y Df. 3.6. Existe hipertensión mínima y la tensión diferencial es francamente anormal.

3. Exámenes de laboratorio. Estuvieron a cargo del Dr. Luis Gutiérrez Villegas, quien determinó los siguientes resultados:

Examen serológico.

Reacción de Wassermann .....	negativa.
Reacción de Khan .....	negativa.
Reacción de Meinicke .....	negativa.
Reacción de fijación del complemento, para la tuberculosis .....	negativa.

Biometría hematológica.

Glóbulos rojos por mm. c. ....	5.98 millones
Proporción de hemoglobina .....	89.6%
Valor globular .....	0.72
Glóbulos blancos por mm. c. ....	7.55 miles

Fórmula Leucocitaria.

Linfocitos .....	21.0%
Monocitos .....	5.0%
Granulocitos eosinófilos .....	2.0%
Granulocitos basófilos .....	0.0%
Granulocitos neutrófilos .....	72.0%
Mielocitos .....	0.0%
Formas juveniles .....	0.0%
Formas de bastón .....	8.0%
Segmentados .....	64.0%
Tiempo de coagulación (Russell)	5 minutos
Tiempo de sangrado (Duke) .....	2.75 "

## Análisis químico.

Urea (Folin-Wu) .....	0.031 gr. %
Glucosa (Folin-Wu) .....	0.092 gr. %
Acido úrico (Benedict) .....	0.004 gr. %
Cloruros (Whitehorn) .....	0.487 gr. %
Calcio (Clark-Collip) .....	0.009 gr. %

Todos los resultados obtenidos por medio de las anteriores exploraciones de laboratorio deben considerarse normales.

Aparato Renal. Ningún carácter patológico se encontró utilizando los procedimientos habituales de exploración clínica. Nos concretamos, por tanto, a transcribir los resultados del análisis de orina hecho por el doctor Luis Gutiérrez Villegas.

## Caracteres generales.

Aspecto .....	turbio.
Consistencia .....	flúida.
Olor .....	sui géneris.
Color .....	3 de Vogel.
Sedimento .....	nebuloso.
Reacción .....	ácida.
Densidad .....	1.020.

## Sustancias normales.

Urea .....	22.00 gr. por 1000 c.c.
Acido úrico .....	0.41 " " " "
Fosfato Ph (05) .....	1.87 " " " "
Cloruros (NaCL) .....	14.00 " " " "
Indoxilo urinario .....	muy aumentado.
Urobilina.....	ligeramente aumentada.

Sustancias patológicas no contiene.

Los anteriores resultados del análisis de orina, en general, deben interpretarse como normales. Existen,

ciertamente pocas discrepancias, de reducida cuantía, que carecen de significación de manera aislada y, con mayor razón, cuando faltan manifestaciones clínicas.

4. Respiratorio: Dice haber padecido con mucha frecuencia catarros y gripas. Capacidad vital de 4.5 litros. Índice de Hutchinson de 7 cms.

5. Digestivo: Al observar la gráfica de las deformaciones del tipo somático, puede verse que la que corresponde al abdomen inferior es la que tiene una exagerada, monstruosa deformación. También es notable el aspecto anómalo de la lengua, que es grande, extensa, con profusión de surcos hondos (lengua escrotal), claras manifestaciones de una alteración de su estado trófico. La bóveda del paladar es profunda, de configuración ligeramente ojival. Dentadura: 5 piezas obturadas y una cariada. El examen coprológico dió resultados negativos.

6. Glándulas endocrinas: El metabolismo basal fue determinado por el señor doctor Luis Gaytán: —7%. En el Departamento de Rayos X del Pabellón 16 del Hospital General fueron tomadas las radiografías del cráneo, obteniéndose los resultados que se transcriben:

Existe una marcada desproporción entre las medidas del cráneo y de la cara, siendo mayores las del primero con relación a las de la segunda.

El diámetro naso-iniano mide 21 cms., que excede en un centímetro de la cifra normal. El diámetro que une el brogma y la clinoides anterior, mide 12 cms., encontrándose aumentado en 1.5 cms.

El diámetro naso-montoniano mide 13 cms. y el nasogoniano mide 11 cms., los que se encuentran reducidos en un centímetro en relación con las cifras consideradas como normales.

El contorno óseo de la bóveda se encuentra muy

deformado en el polo exterior, es decir, a nivel del inion, en donde existe una exageración en la protuberancia occipital externa y que a su vez se encuentra excavada por la tabla interna; también se observa un grosor de 12 mm. de los huesos de la calota a este nivel; este sitio corresponde a la confluencia de los grandes senos venosos, de la meninge dura que forman ahí la presa de Herófilo.

Las suturas y los surcos vasculares son poco manifiestos, aun cuando la sombra difusa de la región temporoparietal nos indica ligera hipertensión del líquido.

La cavidad fronto-orbitaria es poco amplia y su ángulo es de abertura aguda sugiriendo el escaso volumen del lóbulo frontal.

La silla turca tiene forma normal, pero las distancias entre las clinoides anteriores y las posteriores excede en cinco milímetros la cifra normal que es de 7 milímetros.

El piso posterior no está alterado.

Las cavidades naturales de la cara son permeables. Existen algunas piezas de prótesis dentarias.

#### Radiografías antero-posteriores

El contorno de la bóveda y el piso del cráneo son normales, así como las estructuras óseas de la cara.

Queda pues demostrado que la silla turca es más grande que lo estimado normal, es decir, hay alteración radiológica en la forma, volumen y calcificación de la silla turca y también existe descalcificación basal.

Siguiendo la técnica preconizada por el profesor Nicolás Pende en el Formulario Prontuario, que para el uso de la clínica interna recomienda, exponemos los signos y síntomas endocrinos que presenta G. C. H.

Signos y síntomas	Interpretación
Tipo brevilíneo macosplácnico	Hipotiroidismo.
Tipo adiposo-genital distrófico	Hipopituitarismo.
Tendencia acromegaloide .....	Dispituitarismo.
Hipotonía parpebral, mirada lánguida. ....	Hipotiroidismo. Hipogenitalismo. Dispituitarismo.
Naris gruesa, piramidal .....	
Mandíbula baja, mentón poco elevado .....	Hipogenitalismo.
Caries dentarias (6 piezas) .....	Hipotiroidismo. Hipopituitarismo. Hipotiroidismo.
Cabellos cerdosos .....	
Implantación juvenil del vello facial .....	Hipogenitalismo. Hipopituitarismo.
Tegumentos faciales gruesos y untuosos .....	Dispituitarismo. Hipotiroidismo.
Hipoactividad .....	
Mucosa bucal y naso-faríngea con tendencia a la esclerosis atrófica .....	Hipotiroidismo. Hipogenitalismo. Hipotiroidismo. Hipogenitalismo. Hipotiroidismo.
Cuello corto y ancho .....	
Voz pueril .....	Hipopituitarismo. Hipogenitalismo.
Piel atrófica, áspera y poco elás- tica .....	Hipopituitarismo. Hipogenitalismo.
Aumento de la resistencia eléc- trica de la piel .....	Hipotiroidismo.
Adiposis difusa .....	Hipopituitarismo.
Xifosis cérvico-dorsal .....	Hipogenitalismo. Dispituitarismo.
Manos y pies largos y delgados	Hipogenitalismo. Hipopituitarismo.
Disociación psico-sexual de la potencia y fecundidad compleja	Disedoncrinia.

Signos y síntomas	Interpretación
Metabolismo de tendencia negativa .....	Hipotiroidismo. Hipopituitarismo. Hipogenitalismo.
Retención de agua .....	Hipotiroidismo.
Tendencia a la obesidad .....	Hipopituitarismo. Hipogenitalismo. Hipotiroidismo.
Poca sensibilidad a la adrenalina .....	Hipotiroidismo. Hipopituitarismo.
Hipotensión arterial .....	Hipopituitarismo.
Desviación del sentido moral ..	Hipopituitarismo.
Oliguria .....	Hipotiroidismo.
Bradipsiquia .....	Hipotiroidismo. Hipopituitarismo.
Vagotonía .....	Hipotiroidismo. Hipopituitarismo.
Manchas discrómicas en la región dorsolumbar .....	Hipopituitarismo.
Lengua escrotal .....	Hipopituitarismo.

Estos signos y síntomas revelan, sin lugar a duda, la existencia de un síndrome endocrino de hipopituitarismo, hipotiroidismo e hipogenital.

7. Exploración del sistema nervioso. De la sensibilidad al contacto puede decirse y demostrarse que existe parestesia difusa e hipersensibilidad. Sensibilidad visual (exploración del doctor Carlos Malabehar Peña): Pestañas normales; párpados normales; a veces se observan ligeros espasmos que pueden provocarse con luz fuerte; tinte ligeramente ictérico de la conjuntiva ocular; córnea normal; movilidad extrínseca normal, movilidad intrínseca con reflejo fotomotor ligeramente lento. Papila óptica, máscula lútea, coroides y retina normales; sentido cromático normal; agudeza visual, sin anteojos, de 0.2 para cada ojo; agudeza con anteojos y con agujero estenopeico 0.9 para

ambos ojos. Hipus exagerado. Pupilas inestables; a veces reflejo paradójico; defecto de refracción; miopía de 4 dioptrías y astigmatismo simple de 0.75 a 180°; anexos normales. El campo visual en ambos ojos representa un estrechamiento concéntrico para el blanco, el azul y el rojo. Se observa un tic palpebral que puede reproducirse a voluntad mediante excitaciones mecánicas locales y que es más intenso y frecuente cuando el sujeto se encuentra en un estado emotivo.

Sensibilidad auditiva normal. Sensibilidad gustativa y olfativa normales.

Movilidad refleja: es extraordinariamente inestable, tanto para los reflejos cutáneos como tendinosos. Babinsky da una respuesta indudablemente patológica y atípica: siente intensas "cosquillas" y mueve desordenadamente todo el miembro inferior, siendo todos estos fenómenos más notables en el lado izquierdo.

Además de los tics, existe un temblor rápido, poco amplio, inconstante, en los dedos de las manos.

Cronaxia vestibular, 14 sigmas para ambos lados: normal.

Vértigo voltaico, 17 grados de desviación. Para el lado positivo se observó nistagmus a una intensidad de 7 miliamperios.

Análisis del líquido céfalo-raquídeo, a cargo del doctor Luis Gutiérrez Villegas:

Aspecto .....	Agua de roca.
Presión inicial .....	52 cm. sentado.
Coagulación .....	Nula.
Formación de película .....	Negativa.
Reacción de Pandy .....	Negativa.
Reacción de Noguchi .....	Negativa.
Reacción de Noun-Appelt .	Negativa.
Albúmina .....	0.18 gr. por 1000.

Examen citológico .....	3 leucocitos por mm. c.
Reacción de Wassermann	Negativa con 1 c.c.
Reacción de Lange .....	0.0.01.0.0.0.0.0.0.

Electro-encefalografía: Estuvo a cargo del doctor Teodoro Flores Covarrubias. Los trazos tienen un aspecto general normal. Ninguno de los caracteres considerados como patológicos pueden encontrarse. Utilizando tramos suficientemente extensos de las gráficas, se midieron la amplitud y la duración de un conjunto de ondas alfa y luego se les dió el tratamiento estadístico del caso y se obtuvieron los siguientes valores medios: duración 73.61 milisegundos y amplitud de 38.78 microvoltios, cifras que están comprendidas entre los límites de la normalidad. Además, cuando el examinado se encontraba en la cabina del electroencefalógrafo le fue practicada la prueba de la hiperventilación pulmonar, no obstante la cual, los trazos no revelaron alteración alguna.

8. Sistemas de reproducción: Morfológicamente, y en proporción a su masa corporal, debe estimarse que sus órganos genitales son pequeños. Padeció blenorragia. El ha dejado escrito: "Respecto a mis impresiones sexuales; la primera vez que lo hice fué hace varios años, no me acuerdo la fecha ni el año, fue en Tierra Blanca primero, con una muchacha ya grande, luego en Matías Romero, Puerto México y aquí; mis actos fueron siempre naturales, jamás me gustaron actos que me contaban mis compañeros, primero lo hacía por curiosidad después creo que por necesidad, en fin, no podría asegurar si esto es una necesidad". Por su parte S. G., quien fué esposa del examinado, declaró "...la invitaba a que lo acompañara y llegaron a tener actos carnales, generalmente en casas que supone eran de las llamadas 'de citas', entre las que recuerda una que estaba por las calles de Zarco y otra por el rumbo del mercado de San Juan; cuando

la declarante se entregaba carnalmente a su esposo, éste usaba preservativos y generalmente su mismo esposo tenía manifestaciones raras de excitación intensa, estrujándola y tratándola con violencia y hasta con crueldad, a tal grado que le causó muchos trastornos..." Lo único cierto que puede establecerse de estas informaciones es lo siguiente:

- a) Hasta la edad adulta no reveló un interés natural, sexual y sentimental, por alguna mujer, con excepción de G. A. A.
- b) Con la misma excepción eligió constantemente como objeto sexual de preferencia a prostitutas o mujeres de condición social "inferior".
- c) Según su ex-esposa, sus relaciones sexuales son de carácter sádico.
- d) Evitó deliberadamente (preservativos y un aborto provocado) la reproducción.

#### 9. Tipo mental:

a) Fisonomía: corresponde a una cara que se mueve habitualmente con lentitud, de donde da una apariencia general de indiferencia. A veces contrasta con una fisonomía que momentáneamente se vuelve de rasgos profundos debido a muy intensas contracciones de los músculos faciales del lado izquierdo, ocurriendo esto con mayor intensidad y persistencia cuando se encuentra preocupado. La actitud general corresponde a movimientos lentos que sugieren tranquilidad. Habla en voz baja: nunca le escuchamos hablando de manera ruidosa, siempre se expresa casi en secreto, es decir, tiene miedo o temor a hablar.

b) Funciones subconscientes: fueron exploradas mediante el análisis de la autobiografía, de la conducta trivial y de sus sueños que relató. Cuando una persona relata su autobiografía, se hace una selección de hechos vividos y entonces es necesario interpretar la manera como haya operado esta selección.

Tratemos de comprender cuál es el pensamiento latente que se oculta detrás de los diez aspectos más notables en los datos autobiográficos de G. C. H., que obran en el proceso; pero, antes, es preciso hacer notar que él mismo ha dado particular énfasis a muchos sucesos de su vida que calla; los asuntos silenciados deben referirse, desde luego, a dos épocas que son la adolescencia y la juventud, y es bien sabido que durante la primera ocurre normalmente un estado de rebeldía en contra de la autoridad de los padres y que, durante la segunda, principian las experiencias sexuales. Calla lo relativo a sus conflictos familiares y, también, lo concerniente a su experiencia sexual. Exalta demasiado su interés por la escuela y los estudios para volver inaccesible la parte de su vida a la que él debe atribuir mayor importancia y que es, sin duda, la sexual; prueba de esta afirmación ha de verse en el incuestionable carácter predominantemente sexual de su conducta delictiva.

1.—Recuerda los trastornos nerviosos oculares y de la voz relativos a la infancia. En términos psicoanalíticos significa eludir alguna experiencia traumática en la que tuvieron parte dominante los actos de ver y hablar.

2.—Se juzga un pequeño muy sensible ante los sufrimientos de sus semejantes. En estos casos, el niño que sufre el trauma se identifica con la persona a la que atribuye la categoría de víctima.

3. Recuerda a la tía que le enseñó las primeras letras, recuerdo significativo por cuanto que enseñar a leer, durante la infancia, adquiere la significación de ser iniciado en una actividad que permite conocer los más variados secretos del mundo infantil, que no son otros que los relativos a la sexualidad.

4. Hace referencia a viajes frecuentes: significan, como pensamiento latente, una tendencia a huir.

5. Expresa preocupación por "ser algo" o sentirse "distinto" de los demás. Una persona que ha sufrido traumas afectivos en la infancia, posteriormente se siente distinta e incomprendida y fácilmente llega al convencimiento, por un error de autocrítica, de que es diferente a causa de su superioridad.

6. Siente admiración por un doctor que cura enfermos y desea él ser también doctor. El doctor para la psicología infantil es un símbolo del padre "poderoso".

7. Manifiesta preocupación por un problema infantil acerca de por qué ruedan las ruedas de los coches. En general es un simbolismo que expresa el hecho de desplazarse, moverse y que debe conectarse con sus tendencias a huir.

8. Manifiesta una sensación de "estupor" producido por las casas. Es muy singular este estado de "estupor" provocado por el acto de ver u observar las casas. La casa simboliza, universalmente, al cuerpo femenino. Este pensamiento demuestra un interés infantil muy exacerbado, hasta el grado de producir estupor, por la observación del cuerpo femenino.

9. Temor por asistir a la escuela "cantonal" y tartamudear. La tartamudez simbólicamente significa no querer hablar, no hablar en el sentido de no querer revelar algún secreto individual.

10. Expresa un sentimiento ambivalente, despectivo y de admiración por el director "rígido". El director, como el doctor, son equivalentes del padre.

De la conducta trivial tenemos los siguientes hechos: es un individuo poco comunicativo, es decir, siente temor de expresar algún secreto. Tiene una manifiesta tendencia al aislamiento, conducta que debe

relacionarse con un sentimiento de temor a ser descubierto, lo cual revela un sentimiento de culpabilidad. Su conducta general corresponde a la de una persona de extrema docilidad, que debe de interpretarse como una maniobra útil en la lucha por la vida, precisamente cuando el individuo se sabe inferior por falta de acometividad: es una forma de resistencia pasiva. Por otra parte, calla sistemáticamente los hechos relativos a su vida sexual, lo que es correcto interpretar como una constante y activa oposición a expresar hechos que el sujeto estima como de importancia. Exagera el interés por los estudios, lo que debe interpretarse como maniobra defensiva para ocultar sus secretos; bien se sabe que existe un cierto grado de antagonismo entre la actividad sexual y la intelectual.

De los diversos sueños que nos relató, transcribimos uno, el del voladero. "Una noche soñé que iba en el coche en una carretera, que de repente derrapó el coche y me fui a un voladero, me golpeé el cerebro y amanecí con un fuerte dolor de cerebro". La única persona que figura en este sueño es él, quien, por la noche, va en su automóvil por una carretera. Simbólicamente expresa que vive solo y la soledad es, también, falta de afecto. Viajar es vivir y cuando un viaje termina peligrosamente se representa, oníricamente, el temor por la muerte o la angustia de terminar la vida peligrosamente, por un voladero. Un fuerte dolor de cráneo es una confesión en el sentido de que duele pensar; esto es, reflexionar acerca de la situación social y moral en que se encuentra quien, viajando solo por la vida, por la noche o, lo que es lo mismo, con incertidumbre, fué a dar a un voladero.

c) Prueba de las asociaciones libres: el examinado escribió cien palabras, las primeras que se le ocurrieron. La velocidad media fué de 3.6 segundos, lo que garantiza una manera de pensar automática, lo que, justamente, es necesario en esta prueba. Generalmente, la persona examinada expresa, por medio de

conjunto de palabras, pocos pensamientos; en este caso se refieren:

Al delito, sepultar .....	(de la 1 a la 5)
A los ejercicios militares....	(de la 6 a la 15)
A estados de ánimo .....	( la 16 y 17)
A los ejercicios militares ....	(de la 18 a la 26)
A la celda .....	( la 27 y 28)
A la visita de sus familiares	(de la 29 a la 37)
A la escuela y al delito .....	(de la 38 a la 56)
Al delito .....	(de la 57 a la 59)
A la escuela .....	(de la 60 a la 65)
A estados de ánimo .....	(de la 66 a la 72)
A los ejercicios militares....	(de la 73 a la 82)
Al delito, a enfermedad ....	(de la 83 a la 93)
A la escuela .....	(de la 94 a la 100)

Todos los pensamientos latentes se relacionan con el motivo principal del delito; esta prueba demuestra plenamente, a pesar de la negativa del examinado, la intensa preocupación de él por sus delitos que absorben la totalidad de su pensamiento latente; la obligada consecuencia de esta apreciación consiste en admitir que tuvo y tiene pleno conocimiento de sus actos antisociales.

d) Prueba de las asociaciones determinadas según Jung Bleuler: La inmensa mayoría de las palabras activas tiene relación indudable con los hechos delictuosos; las palabras activas, en este caso, forman una proporción muy elevada, como sólo ocurre en las personas neuróticas; por último, domina el pensamiento latente del engaño y de la simulación de la locura.

e) Tipo emotivo: demostrado experimentalmente por la prueba de la adrenalina, corresponde al córtico piramidal, con predominio de la excitación motora.

f) Atención: El valor medio de las 51 pruebas que resolvió, permitió obtener un índice de 1.77, cuan-

do para los adultos normales es de 1.66; es decir, esta función intelectual es normal.

g) Percepción: Su índice perceptivo es normal, la velocidad perceptiva es lenta, esto es, bradipsíquico. No es nada sugestible y sí tiene una clara tendencia a falsear, a simular, o, si se quiere, a la insinceridad.

h) Memoria: En cuanto a la relativa a los sucesos lejanos y a los recientes, juzgada a través de prolongados interrogatorios, no se encuentra alteración alguna; por el contrario, aparece bien desarrollada, minuciosa y detallista.

Cuando se le interroga sobre los hechos delictivos, llama la atención que el examinado dice no recordar algunas circunstancias que se refieren a un momento determinado de los mismos hechos; contrasta esta actitud con la minuciosidad y precisión con que refiere todos los detalles que no sean los inmediatamente cercanos a los momentos de los homicidios. Por esta circunstancia se desecha totalmente cualquier posibilidad de alguna forma de amnesia lagunar. Pensemos, más bien, que calla deliberadamente ciertos detalles de los crímenes a los que atribuye particular importancia. La exploración experimental de esta función intelectual corroboró las anteriores afirmaciones: se trata de una persona de buena memoria. Se verificó una prueba utilizando palabras "críticas", en este caso relacionadas con el delito, y los resultados fueron bajos, anormales, lo que demuestra, evidentemente, una fuerte inhibición afectiva. Hecho importante porque elimina todo estado de indiferencia, para los estímulos que se relacionen con el delito, y reafirma la interpretación, ya expresada, de que calla deliberadamente algunos detalles que a él le interesa callar, calla no lo que olvidó, sino lo que le conviene callar.

i) Imaginación: La exploración clínica permite obtener datos relativos a alteraciones cualitativas, en tanto que la experimental sirve para establecer tipos y características cuantitativas.

Mentir es ciertamente una alteración cualitativa de la imaginación, pero cuando se expresan hechos falsos a sabiendas, e intencionalmente, con un plan defensivo, carecen de toda importancia clínica.

El día 30 de septiembre de 1942 el señor doctor Juan Peón del Valle presencié un estado anormal, transitorio, sufrido por G. C. H.

La versión del señor doctor es como sigue:

Entran en la celda del reo el licenciado D. Casasús y el doctor Peón del Valle, a las 16.30 horas. El vigilante manifiesta que G. C. H. está dormido, desde que comió. El médico se acerca a la cama del reo, le toca el hombro y le dice:

—G., despierte usted.

El reo, que estaba cubierto con su sarape hasta el rostro y de frente a la pared, se vuelve, se descubre y mira extrañado al que le habla.

—¿Me conoce usted?

—No. ....

Entonces saluda al licenciado Casasús:

—Buenas tardes, licenciado.

—¿A ese señor sí lo conoce usted?

—Sí, fué el licenciado que estuvo aquí en la mañana, con un doctor.

—¿A mí no me recuerda usted? Ayer estuvimos charlando aquí durante una hora y dijo que reconocería mi fisonomía.

—Imposible, ayer estuve en Cuernavaca.

¿Con quién?

—Con G. A. A.

—¿Qué lugar es éste?

—La cárcel.

—¿Por qué está usted aquí?

—Porque se volcó el coche y ese señor (señala al celador) nos trajo aquí.

En la mañana creía que estaba en el Hospital; mientras contesta se percibe viscosidad mental, hace gestos con la frente como esforzándose por comprender o recordar.

—¿Están ustedes lastimados?

—Sí, yo tengo un chichón aquí en la cabeza G. A. A. se lastimó una pierna, pero no es nada... ¿o se ha puesto mala?

—¿Ya desayunó?

—Sí, en un café de chinos.

—Pero si está usted en la cárcel.

—Pero me dejan salir. Tengo permiso y vuelvo solo; sin comprobante.

—¿Lo vino a ver a usted un médico?

—Sí, poco antes de comer... (sonríe). Estuvimos hablando de mi candidatura para senador. Me postula mi partido, que es el azul. Me retrataron; pero eran los de mi partido. Usted comprende que no hubiera sido conveniente que me retrataran los otros.

—¿Ya se le había ocurrido a usted ser senador?

—Sí, ella estaba de acuerdo. Lo deseo por servir a la patria.

—¿Eso le haría abandonar el cultivo de las ciencias químicas?

—De ninguna manera. Las dos cosas se pueden.

A las 12 horas de este día, se verificó en el juzgado alguna diligencia judicial, donde efectivamente lo retrataron (los de la prensa); cree o dice creer que fueron sus partidarios. Los tics y las mioclonias fa-

ciales se exageran. A nuevas preguntas acerca del día de ayer dice, en desacuerdo con sus dichos recientes:

—Ayer estuve aquí.

—Pero me dijo usted que en Cuernavaca. ¿Cómo entonces estuvo usted aquí, en la cárcel?

—Verá usted... Fue en la noche que estuvimos en Cuernavaca... al oscurecer fui por G. ...Aquí estábamos detenidos, porque nos habían encontrado juntos en la Villa... A mí me quitaron dos lapiceros y un reloj.

—¿Qué día es hoy?

—No sé bien... jueves o viernes.

No contesta.

—¿Qué día del mes, no de la semana.

—¿Qué mes? Junio... hoy es el día 11... 11 de junio, sí.

—¿Cómo sabe? ¿Cómo puede precisarlo?

—Claro, ayer fué 10 de junio... mañana 12.

—¿Y si le dijera que está estudi muy equivocado, que estamos en septiembre?

Sonríe, casi se echa a reír y, a su vez, pregunta:

—¿Entonces ya pasaron las fiestas patrias? Doctor pero si no han pasado. Además, estoy seguro de que es junio: La semana pasada estuve en clases. El mes pasado, mayo, nos dieron diez días de vacaciones.

—Las fiestas patrias, no las vió usted porque las pasó aquí, en la cárcel. ¿Quiere usted hacerme creer que no recuerda lo que hizo en agosto?

Sonríe nuevamente, entre alarmado y divertido.

—Pero si agosto no ha pasado.

—En agosto cometió usted cuatro asesinatos, usted no lo niega, lo ha confesado. Enterró usted a sus víctimas en el jardín de su casa.

Después de largo silencio...

—Entonces estoy preso, he matado cuatro personas...

—¿Usted sería capaz de hacerle algún daño a G. A. A.?

—¡Nunca!... ¿Le ha pasado algo?

—¿Y si le dijera que usted le ha causado algún daño a G. A. A.?

—¡Imposible!

—¿Y a otras mujeres?

—A ninguna, a nadie le habría querido hacer daño...

Que he matado a cuatro personas... en agosto... no lo olvidaré.

—¿Pero usted no cree que le estoy diciendo mentiras?

—No; usted es mi amigo, ¿no?

—Sería usted muy torpe si quisiera fingir, porque ya ha confesado; está, además, convicto y ahora habla usted con un médico que lo único que trata es de estudiar su estado de salud.

—No miento.

—Duérmase otro rato, descanse y grabe bien esto: “Quiero que recuerde usted dos cosas: que está acusado de haber matado a cuatro mujeres y haberlas enterrado en su casa y que tiene usted amigos. Esté tranquilo, descanse”.

—No olvidaré. Que he matado a cuatro personas...

Responde y repite como sin comprender, como ausente, de manera semejante que en los estados de mentismo (confusiones mentales, estados segundos).

El subteniente J. V. R. declara que ayer en la tar-

de encontró a G. C. H. en estado de lucidez, pero que ya al atardecer se negó a merendar y él le dijo que le mandaría traer alimentos de los chinos. Pero ya no quiso tomar nada y estuvo hablando a solas. En lo obscuro de la celda, ya sin la luz del día y cubierta la cara con un sarape, estaba febril, no podía ver si lo observaban; varios vigilantes presenciaron que desvariaba acerca de libros, estudios, coches, etc. Después decía que G. A. A. estaba herida en una pierna. El subteniente dice que ha hablado muchas y largas veces con G. C. H. en completa lucidez, pero que varias veces "se pone loco", aunque no tan fuerte como ahora; cree que como ya comió se pondrá bien, pues así suele suceder que a veces desvaría, disparata, deja de comer y después vuelve a estar bien.

En los días del 28 al 30 de septiembre de 1942, en la Sección Médica de la Penitenciaría, se hacen las siguientes anotaciones, referentes a G. C. H.

Día 28	Temperatura	Pulso	Respiración
15 h.	37.5	—	—
17 h.	37.4	90	26
19 h.	38.0	90	26
21 h.	38.1	90	26
23 h.	38.0	90	26
Día 29			
1 h.	37.7	90	26
3 h.	37.6	—	—
5 h.	37.5	—	—
7 h.	37.5	—	—
Día 30			
5 h.	37.3	—	—
7 h.	37.3	—	—
9 h.	37.3	—	—
11 h.	36.3	72	15

El estado mental descrito por el señor doctor Juan Peón del Valle corresponde a una alteración cualitativa de la imaginación, concretamente a un episodio de onirismo que se caracteriza por desorientación auto y alopsíquica, incoherencia, sensación de extrañeza y delusiones. Coincidió el estado de onirismo con un síndrome febril poco intenso. En su conjunto, corresponde a un cuadro de confusión mental, transitorio, ya que evolucionó en menos de tres días.

La exploración experimental se realizó utilizando como estímulos específicos de la imaginación dos fotografías de nubes y después la conocida prueba de Rorschach, que, como se recordará, ya con anterioridad se le había practicado a indicación del señor doctor Lafora.

De la primera prueba los resultados son como sigue:

Interpretaciones de conjunto .....	4	0.28%
Interpretaciones de detalle .....	10	0.71%
Interpretaciones estáticas .....	9	0.64%
Interpretaciones dinámicas .....	5	0.35%

Luego, pues, predominan las interpretaciones de detalle, estáticas, lo que implica una imaginación de tipo mediocre y vulgar.

Psicodiagnóstico de Rorschach. Como es sabido, su aplicación técnica es con el fin de explorar las funciones mentales intelectuales, y si incluimos esta prueba en la parte de nuestro estudio dedicado a la imaginación, es únicamente por comodidad didáctica. Los resultados obtenidos son:

Lámina	Respuestas	Tiempo
I .....	12	7 m
II .....	4	4 m
III .....	8	6 m 30 s
IV .....	8	6 m 45 s
V .....	5	3 m 30 s
VI .....	8	4 m 10 s
VII .....	7	4 m 45 s
VIII .....	10	9 m
IX .....	11	8 m 50 s
X .....	14	7 m 48 s
Total .....	87	62 m 18 s

Tiempo de reacción: 43 segundos.

En las personas normales el número de respuestas oscila entre 15 y 30, siendo este dato de escaso valor diagnóstico, por ser poco característico. En el examinado se observó un excesivo número de respuestas, dato al que no podemos dar gran significación, no sólo porque es "poco característico" —según Vallejo Nájera—, sino también porque, antes que nosotros, diversas personas aplicaron esta prueba, lo que significa que ya tenía entrenamiento.

Diversos autores opinan que los tiempos de reacción largos se observan en enfermos mentales orgánicos, epilépticos y deprimidos, que los tiempos cortos son característicos de los maníacos y, los muy breves, de los esquizofrénicos. Evidentemente los tiempos de reacción determinados para G. C. H. no son de los muy breves, ni de los cortos; más bien pueden estimarse como largos, como los tiempos de reacción que se observan en enfermos mentales orgánicos, epilépticos o deprimidos.

Por cuanto al modo aperceptivo, se lograron los siguientes resultados:

Respuestas	Número	%
D .....	60	69
Dd .....	19	22
G .....	8	9
Dzw .....	0	0
Total.....	87	100

Se determinó un claro predominio de formas bien vistas: 94%, lo cual indica que existe una buena capacidad de atención.

Con relación a otras categorías de respuestas, se obtuvieron los siguientes datos:

B .....	3
Fb .....	4
FbF .....	12
FFb .....	2

Por predominar las respuestas Fb sobre las B, el examinado corresponde al tipo extratensivo, expansivo, de actividad intelectual, sociable y oportunista; por dominar las respuestas FbF debe aceptarse la variedad egocéntrica.

En cuanto al contenido, las respuestas obtenidas fueron éstas:

M	relativas al hombre .....	1
Md	parte de figura humana .....	12
T	Zoomórficas .....	25
Td	parte de animal .....	23
Anat	anatómicas .....	5
Obj	objetos .....	15
Geo	geográficas .....	5
Veg	vegetales .....	1

El índice de vulgaridad obtenido fué de 98.95%; hay, pues, un notable predominio de la vulgaridad so-

bre la originalidad, lo que debe interpretarse como una buena aptitud de adaptabilidad al medio.

j) **Inteligencia:** La exploración clínica, repetida a diario durante meses, lleva sin duda a la interpretación de que no se encuentran alteraciones cualitativas de las funciones mentales intelectuales del procesado, y menos aún en lo que se designa con el nombre de inteligencia general. Comprende cabalmente cuanto se le dice y su manera de entrar en relación con las personas que trata, es normal.

Procedimos a la exploración experimental, aplicando una prueba de inteligencia general para el adulto, y fracasó; luego la inteligencia general del examinado, es deficiente.

Con otras pruebas, se llegó a estos resultados:

Binet y Simón .....	16 años E. M.
Cuestionario de Ballard .....	13 años E. M.
Prueba de Kohs .....	19 años E. M.

Haciendo la media de estas edades mentales y calculando un cociente intelectual basado en dicha media se obtiene 0.94, que corresponde a la normalidad.

k) **Personalidad:** Como se sabe, viene a ser la resultante, única para cada individuo, del perpetuo conflicto en que se encuentran, dentro del hombre que vive, la herencia —desde la más remota hasta la más reciente— y el medio. Como resultado de las exploraciones, ya sabemos:

a) Que en sus antecedentes familiares y, tanto por la rama paterna, cuanto por la materna, existen datos patológicos de alcoholismo, distrofias degenerativas, neuropatías y epilepsia.

b) Que sus antecedentes personales patológicos son: erisipela a los 6 meses de edad, como conse-

cuencia de la vacunación. Alteraciones tróficas de la lengua y manchas en la piel del dorso desde los 3 años de edad. Retardo para aprender a andar y hablar. A los 6 años, un padecimiento febril con sueño permanente; después, tartamudez y movimientos anormales de los ojos. A los 19, a los 25 y a los 26 años, chancro de caracteres dudosos. A los 19 años, blenorragia con brotes agudos, anuales, hasta los 25 años. A los 25 años hernia supra-umbilical que fué operada quirúrgicamente. Frecuentes cefaleas, astenia, incoordinación motriz y torpeza intelectual.

c) Tipo somático: Braquitipo B, brevilíneo macroplácnico, de la variedad Hipopituitaria-hipotiroidea y secundariamente hipogonadal. Notable deformación por excedencia del abdomen.

d) Tipo nervioso órgano-vegetativo: Vagotónico.

e) Tipo endocrino: Hipotiroideo, hipopituitario e hipogonadal.

f) Tipo circulatorio: arritmia paroxística, crisis de extrasístoles. Hipertensión arterial mínima.

g) Nutrición: exagerada deformación del abdomen. Alteraciones tróficas de la lengua y manchas acrómicas en la piel del dorso.

h) Parestesia difusa e hipersensibilidad: Lentitud del reflejo moto-motor. Hipus exagerado. Pupilas inestables, a veces reflejo paradójico. Estrechamiento concéntrico del campo visual. Reflejos cutáneos y tendinosos muy inestables. Temblores constantes de los dedos de las manos. Escasa fuerza muscular y fatigabilidad rápida; ergogramas de tipo nervioso.

i) Reproducción: órganos genitales externos poco desarrollados. Relaciones sexuales de carácter

sádico; delitos sexuales; inhabilidad para la vida sexual normal, heterosexual.

j) Facies, actitud y porte: exagerada lentitud de los movimientos fisonómicos. Tics faciales. Expresión facial poco cambiante. Porte descuidado, amanerado.

k) Funciones subconscientes. Autobiografía: Ocultamiento de conflictos familiares y de lo relativo a su vida sexual. Probablemente sufrió un trauma afectivo relacionado con los actos de ver y de hablar. Tendencia a huir. Exagerado interés por ver el cuerpo femenino. Conducta trivial, sujeto poco comunicativo, con tendencia a ocultar y al aislamiento, extrema docilidad. Simulación de la locura. Prueba de las asociaciones libres: intensa preocupación por sus delitos, pleno conocimiento de su conducta antisocial.

Prueba de las asociaciones determinadas: muy elevada proporción de palabras activas; bradipsiquia. Las palabras activas se relacionan con la conducta delictuosa. Tendencia a mentir y a engañar. Conocimiento de sus actos delictuosos.

l) Sentimientos: franco predominio de los egoístas. Notable exaltación de la personalidad. Falta de sinceridad. Simulación. Emociones: Tipo córtico-piramidal con predominio de excitación motora. Emotividad impulsiva con total conocimiento de su conducta en estas circunstancias.

ll) Atención normal, sin eficaz entrenamiento para el trabajo intelectual.

m) Percepción: Ninguna alteración cualitativa. Bradipsiquia. Índice elevado de insinceridad. Tendencia a falsear.

n) Memoria: Normal en sus diversas formas. Inhibición por las palabras activas asociadas al delito.

- ñ) Imaginación: Mitómano. Un episodio accidental de onirismo.
- o) Inteligencia: General deficiente. Cociente intelectual normal.
- p) Tipo social. Nivel pedagógico: mala preparación en el grado de la enseñanza secundaria. Bachiller en Ciencias Físico-matemáticas. Cultura general muy deficiente. Actividad profesional: empleado administrativo, taquimecanógrafo. Estudiante del primer año en la Facultad de Ciencias Químicas. Conducta anti-social: un antecedente penal por el delito de estupro y el actual proceso.

Para interpretar el conjunto de datos que hemos expuesto, y en el cual hemos omitido los que carecen de importancia, trataremos de agrupar todos aquellos que corresponden a una padecimiento orgánico, y que seguramente nos explicarán, cuando menos en parte, la personalidad psicológica del procesado.

### SINDROME NEUROLOGICO

Las alteraciones oculares, y muy particularmente las de carácter motor (tics, lentitud del reflejo motomotor, hipus exagerado, pupilas inestables, etc.), así como también las alteraciones tróficas de la lengua y las manchas discrómicas del dorso, el estado de los reflejos tendinosos y cutáneos, la hipertensión arterial, la facies inmóvil, la lentitud general de los movimientos, el tipo endocrino con clara tendencia a la obesidad en la actualidad, la tendencia vágotónica y aun ciertos caracteres mentales como la bradipsiquia, la integridad de las funciones intelectuales y la vida sexual desviada del procesado deben interpretarse dentro del cuadro del síndrome bradiquinético.

Con respecto al origen del anterior estado patológico, es muy significativo el antecedente personal relativo a una enfermedad infecciosa, con fiebre y sue-

ño permanente, sufrida por G. C. H. a los 6 años de edad, seguida de movimientos anormales de los ojos y tartamudez. Puede, pues, suponerse fundadamente, que el síndrome bradiquinético es de origen post-encefalítico. En la actualidad aún no son claras algunas manifestaciones como la hipertonia extrapiramidal; sin embargo, recientemente el doctor Juan Peón del Valle comprobó crisis oculógiras y reflejos de postura. Conforme avanza el tiempo, cada vez más, G. C. H. procura el reposo físico porque le repugna la actividad; y ya se ha visto como es afecto a dormir.

Como es sabido, este padecimiento puede tener una forma de evolución lenta, circunstancia concordante con el antecedente ya mencionado de la probable encefalitis a la edad de 6 años y con otros hechos que, desde entonces hasta la fecha, se han repetido algunas veces, como son los estados confusionales, como el descrito por el señor doctor Juan Peón del Valle.

La localización orgánica de este padecimiento, y especialmente en el presente caso, corresponde al mesencéfalo, sitio donde se encuentran los centros nerviosos de las funciones alteradas. En el mesencéfalo, además, existe un centro nervioso que interviene en las funciones sexuales.

### C O N C L U S I O N E S :

En el artículo 15 del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, en su fracción II, entre las excluyentes de responsabilidad, queda previsto:

“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 enervantes o por un estado toxi-infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio”. A este respecto concluimos:

Que G. C. H. no cometió los delitos por los que fue

procesado en estado de inconsciencia. Tuvo y tiene en la actualidad conocimiento pleno de su conducta anti-social.

El artículo 52 del mismo Código ya citado, para la aplicación de las sanciones penales previene que se tendrá en cuenta: La naturaleza de la acción u omisión y de los medios para ejecutarla y la extensión del daño causado y del peligro corrido. La edad, la educación, la ilustración, las costumbres y la conducta precedente del sujeto, los motivos que lo impulsaron o determinaron a delinquir y sus condiciones económicas. Las condiciones especiales en que se encontraba en el momento de la comisión del delito y los demás antecedentes y condiciones personales que puedan comprobarse así como sus vínculos de parentesco, de amistad o nacidos de otras relaciones sociales, la calidad de las personas ofendidas y las circunstancias de tiempo, lugar, modo y ocasión que demuestren su mayor temibilidad. A este respecto y en la parte en que podemos aplicar nuestros estudios, de acuerdo con nuestra capacidad profesional, concluimos:

Que G. C. H. no se expuso a peligro alguno durante la comisión de sus delitos.

Que, por su edad, el procesado es una persona adulta.

Que, por su educación, corresponde a un individuo con preparación académica en el Bachillerato de Ciencias Físico-matemáticas, que trabajaba como empleado administrativo (taquimecanógrafo).

Que, por su ilustración, tiene una cultura general muy deficiente.

Que, por sus costumbres y su conducta precedentes, es una persona con un antecedente penal (por el delito de estupro), de vida licenciosa (amasiatos).

Que, por los motivos que lo impulsaron o deter-

minaron a delinquir, se trata de un individuo que, por su estado mental, profesa odio a la mujer y es, además, irritable e impulsivo.

Que, por sus condiciones económicas, corresponde a un empleado administrativo que tenía ingresos suficientes para vivir decorosamente.

Que, por las condiciones especiales en que se encontraba en el momento de la comisión del delito, puede asegurarse que obró plenamente consciente de sus actos.

Que, por los vínculos de parentesco, de amistad o nacidos de otras relaciones sociales, para sus tres primeras víctimas era un desconocido y, para la última, el novio.

Que, por la calidad de las personas ofendidas, las tres primeras víctimas fueron prostitutas, y la cuarta, una señorita de familia honorable y decente.

Que, por su grado de temibilidad corresponde a un sujeto de la más elevada peligrosidad social.

El artículo 68, del mismo Código que hemos mencionado, previene: "Los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufren cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mental y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidas como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo". A este respecto concluimos:

Que actualmente G. C. H. no es ni loco, ni idiota, ni imbecil, ni sufre de debilidad mental y que no lo ha sido, tampoco, en la época en que cometió los delitos por que está procesado.

Su estado mental, desde el punto de vista de la Psicología criminológica, corresponde al de la personalidad neurótica; neurosis evolutiva, órgano-neuro-

sis, de tipo introvertido, con tendencias homosexuales, narcisismo y erotismo sádico-anal.

Desde el punto de vista médico, padece de un síndrome de localización meso-diencefálico, probablemente de origen genotípico o post-encefalítico, con las consiguientes manifestaciones del estado mental ya mencionadas.

Desde el punto de vista psiquiátrico, su estado neurótico es de forma esquizo-paranoide.

No obstante que no ha sido, ni es, en la actualidad, "loco", queda expuesto posteriormente a evolucionar en ese sentido, tanto porque se agrava su estado mental, cuanto porque progresa, en su curso, el síndrome neurológico".<sup>4</sup>

---

4 Quiroz Cuarón Alfonso. Un estrangulador de mujeres (México, D. F. 1952) 58 a 84 y 97 a 99.



## CONCLUSIONES

1.—La Escuela Clásica se ocupó del delito como un ente jurídico y de la pena, como castigo. La Escuela Positiva señaló que debería tomarse en cuenta al actor del hecho delictivo, es decir, al delincuente, considerando al delito como un fenómeno natural y social y a la sanción como medida readaptadora. Esta es obra de César Lombroso, quien, con sus aportaciones, vino a humanizar la administración de justicia.

2.—Al enfermo mental se le consideró, en época pasada, como poseído del demonio. Para él no había tratamiento médico, sino que, por el contrario, era sometido a las más espantosas torturas para expiar su pecado. Fue Felipe Pinel, el padre de la Psiquiatría, quien utilizó, por vez primera, el término enfermedad mental y, por tanto, señaló un tratamiento médico; es decir, vino a humanizar el tratamiento de los enfermos mentales.

3.—El papel que Lombroso desempeñó en la evolución histórica del Derecho Penal fué semejante al que Pinel jugó en el proceso histórico de la Psiquiatría.

4.—A partir de la primera clasificación de las enfermedades mentales elaborada por Kraepplin, numerosos investigadores han propuesto sus propias clasificaciones. Entre éstas la de López Sáiz y Codón José María es, por su sencillez, claridad y orientación jurídica, la más adecuada para resolver los problemas que se le plantean al juzgador.

5.—Cuando un delito es cometido por una persona que se supone enferma mental, sólo el psiquiatra forense puede aportar datos suficientes a los encargados de administrar la justicia, para que éstos decidan acerca de la imputabilidad o inimputabilidad.

6.—Cuando la conducta del infractor o la forma de cometer el delito, o ambas a la par, nos hagan sospechar la existencia de alguna enfermedad mental, de inmediato debe solicitarse la intervención del psiquiatra forense, quien se ocupará de iniciar el estudio de la personalidad de aquél; estudio que debe iniciarse lo más próximo al hecho delictivo, pues sólo así podrán apreciarse y valorarse algunos estados psicopatológicos que son transitorios.

7.—El enfermo mental delincuente requiere de una atención y tratamiento médico especializados, para lo cual se necesita Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios o, en su defecto, de anexos Psiquiátricos en los Centros Penitenciarios.

## B I B L I O G R A F I A

- ABRAHAMSEN DAVID. Delito y Psique (Fondo de Cultura Económica, México 1946).
- ACKERKNECHT ERWIN H. Breve Historia de la Psiquiatría (Editorial Universitaria de Buenos Aires 1962).
- BETTA JUAN C. Manual de Psiquiatría<sup>3</sup> (Editorial Universitaria, Buenos Aires 1962).
- CABALEIRO G. MANUEL. Temas Psiquiátricos (Editorial Paz Montalvo, Madrid 1959).
- CARRANCA Y TRUJILLO RAUL. Derecho Penal Mexicano,<sup>4</sup> Tomo I (Antigua Librería Robredo, México 1955).
- CARRARA FRANCISCO. Programa del Curso de Derecho Criminal dictado en la Real Universidad de Pisa (Editorial De Palma, Buenos Aires 1944).
- CASTELLANOS TENA FERNANDO. Lineamientos Elementales de Derecho Penal,<sup>4</sup> (Editorial Porrúa, S. A. México 1967).
- CAVANAGH JOHN R. Y MCGOLDRICK JAMES B. Psiquiatría Fundamental (Editorial Luis Miracles, S. A. Barcelona 1963).
- CUELLO CALON EUGENIO. Derecho Penal,<sup>3</sup> (Barcelona 1935).

- DI TULLIO B. Tratado de Antropología Criminal (Instituto Panamericano de Cultura. Buenos Aires 1950).
- FERRI ENRIQUE. Principios de Derecho Criminal (Editorial Reus S. A. Madrid 1933).
- GAROFALO RAFAEL. La Criminología (Editorial La España, Madrid 1933).
- GRISPIGNI FILIPPO. La Criminología (Editorial La Palma, Buenos Aires).
- JIMENEZ DE ASUA, LUIS. La Ley y el Delito <sup>3</sup> (Editorial Hermes, México Buenos Aires 1959).
- LOPEZ SAIZ IGNACIO, CODON JOSE MARIA. Psiquiatría Jurídica Penal y Civil (Imprenta de Aldecoa, Burgos 1951).
- MIRA Y LOPEZ EMILIO. Manual de Psicología Jurídica, <sup>4</sup> (Editorial El Ateneo, Buenos Aires 1954) Compendio de Psiquiatría.
- PAVON VASCONCELOS FRANCISCO. Manual de Derecho Penal Mexicano, <sup>2</sup> (Editorial Porrúa, México 1967).
- PORTE PETIT CELESTINO. Impertancia de la Dogmática Jurídico Penal.
- QUIROZ CUARON ALFONSO. Un estrangulador de mujeres (México, D. F. 1952).
- ROJAS NERIO. Medicina Legal <sup>5</sup> (El Ateneo, Buenos Aires 1953).
- SANCHEZ PELAEZ A. El Acusado y el Psiquiatra (Universidad Central de Venezuela, 1966).
- URIBE CUALLA G. Medicina Legal y Psiquiatría Forense <sup>6</sup> (Librería Voluntad, Bogotá, Colombia 1952).
- VON LISZT FRANZ. Tratado de Derecho Penal, <sup>20</sup> (Traducción de Luis Jiménez de Asúa. Editorial Reus S. A. Madrid 1927).

## **I N D I C E**

Pág.

### **CAPITULO I**

#### **EL DERECHO PENAL**

a) Concepto .....	13
b) Diversos puntos de vista del Delito .....	14
1. Escuela Clásica .....	14
2. Escuela Natural .....	14
3. Punto de vista jurídico formal .....	15
4. Punto de vista jurídico substancial .....	16
5. Elementos del Delito .....	17
6. La Imputabilidad .....	17
7. La Inimputabilidad .....	18
c) Disposiciones legales para el Enfermo Mental en el Derecho Penal Mexicano .....	21

### **CAPITULO II**

#### **ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PSIQUIATRIA**

a) Epoca Primitiva .....	29
b) La Psiquiatría Grecorromana .....	30
c) La Psiquiatría Renacentista .....	31
d) La Psiquiatría del Siglo XVII .....	33
e) La Psiquiatría del Siglo XVIII .....	34
f) Escuela Francesa .....	35
g) La Psiquiatría a fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX .....	37

**CAPITULO III**  
**CONCEPTO DE PSIQUIATRIA**

a)	Patología Médica y Psiquiatría .....	48
b)	Neurología y Psiquiatría .....	50
c)	Psicología y Psiquiatría .....	52
d)	Concepto Actual de Psiquiatría .....	53

**CAPITULO IV**  
**PSIQUIATRIA Y DERECHO**

a)	Psicología Jurídica .....	57
b)	Psiquiatría Jurídica .....	60
c)	El Psiquiatra y el Derecho Penal .....	62

**CAPITULO V**  
**CONCEPTO DE ENFERMO MENTAL**

a)	Concepto y Esencia del Enfermo Psíquico .....	67
b)	Concepto Psiquiátrico de Enfermo Mental .....	68
c)	Concepto Jurídico de Enfermo Mental .....	70

**CAPITULO VI**  
**CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES**  
**MENTALES**

a)	De Emilio Mira y López .....	75
b)	De López Sáiz y Codón .....	77
c)	De la American Psychiatric Association .....	81

**CAPITULO VII**  
**EL PERITAJE PSIQUIATRICO**

a)	El Perito Psiquiatra .....	87
b)	Métodos; Médico Legal y Médico Clínico .....	88
c)	Criterios Directivos de la información pericial psiquiátrica .....	89
d)	Valoración de la peligrosidad .....	91
e)	Importancia y desarrollo de la pericia en la justicia penal .....	93
f)	Dictamen Psiquiátrico-Criminológico .....	96
	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>129</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>131</b>