



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INVESTIGACION
DOCUMENTAL SOBRE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
Y SU RELACION CON EL
DELITO**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGIA

PRESENTA
JOSELINE MARENTES GINES

DIRECTOR DE TESIS
DR. ROBERTO PEIMBERT RAMOS



MEXICO, DF. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Me siento tan satisfecha por concluido este proyecto tan importante para mi vida personal y profesional, estoy rodeada de personas que hacen mi paso por este lugar más ameno a las cuales quiero agradecer.

Comenzare por dar gracias Dios, por crear este bien llamado universo y vida que tienes diseñado un destino para cada uno.

A David que ha sido el mejor compañero de vida que pude encontrar, quien me ha enseñado a luchar y luchar hasta lograr. Te agradezco hayas llegado a mi vida, ser tan tolerante además de mi fiel compañero de estudio. TE AMO. GRACIAS.

A mis padres Pedro y Teresa, Gracias infinitas por regalarme la vida y la oportunidad de concluir esta etapa profesional, por ser mi guía, apoyo y animo siempre, por estar presentes en todo momento y por su amor incondicional, que es resultado de lo que ahora soy. LOS AMO.

A mi hermano, quien es mi confidente y acompañante durante muchos años, compartiendo todos los momentos de mi vida demostrándome siempre tu cariño.

A mis amigas Elena, Alma y Jess, agradezco sus palabras y apoyo que siempre me motivaron para concluir esta etapa, que siempre han creído en mi, espero algún día poder pagarles su gran amistad.

A mi nueva familia política quienes me brindaron su apoyo y me adoptaron como un miembro más de su familia.

Al doctor Raúl Barajas, por el apoyo, la enseñanza y la confianza para investigar este tema.

A cada una de las personas que laboran en el CEVAREPSI, por supuesto al Lic. Jaime Abasolo Rizada y Montserrat Lorences Camargo que sin su autorización no hubiera sido posible comenzar dicha investigación, además de mencionar que me llevo experiencias infinitas de manera personal y laboral así como amistades perdurables, GRACIAS a Sol y Alfredo. A los pacientes del CEVAREPSI que de forma indirecta ayudaron con sus historias de vida a obtener la información para dicha investigación.

Al Dr., Roberto Peimbert, por su apoyo y asesoría en este proceso de la tesis.

A la Mtra. Guadalupe Santaella por sus revisiones y atinadas correcciones.

A la Lic. Leticia Bustos, por la confianza por ayudarme a realizar un mejor trabajo.

Al Dr. Samuel Jurado, por confiar en mi trabajo.

Finalmente, a todas las personas de mi alrededor que de forma directa e indirecta nunca dudaron de mi expresión.

INDICE

	PAG
RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES	9
• CAPITULO 1	
ESQUIZOFRENIA	12
1.1 Historia de la esquizofrenia	12
Morel	13
Hecker	13
Kraepelin	13
Bleuler	14
Meyer	15
Freud	16
Jung	16
Sullivan	17
1.2 Definición	19
1.3 Etiología de la Esquizofrenia	20
Herencia Genética	23
Hallazgos Anatómicos	25
Déficit Cognoscitivo	27
Factores medioambientales	28
1.4 Síntomas	28
Positivos	29
Negativos	32

1.5 Diagnostico	34
1.6 Curso	38
1.7 Tipos	40
Esquizofrenia catatónica	40
Esquizofrenia desorganizada	40
Esquizofrenia indiferenciada	41
Esquizofrenia residual	41
Esquizofrenia paranoide	41
• CAPITULO 2	
PACIENTES PSIQUIATRICOS	44
2.1 Personas en situación de calle	45
2.2 Concepto	49
2.3 Tipos de Enfermedad Mental	50
Psicosis	51
Esquizofrenia	52
Psicosis maniaco depresiva	52
Neurosis	54
Oligofrenia	54
2.3 Historia de los Centros Psiquiátricos	55
2.4 Pacientes psiquiátricos en reclusión	60
Ce.Va.Re.Psi	63
• CAPITULO 3	
DELITOS	67
3.1. Robo	70
3.2. Homicidio	71
Tipos de Homicidio	72
Doloso	72

Culposo	72
Preterintencional	72
3.3. Abuso Sexual	73
3.4. Lesiones	73
3.5. Violación	74
3.6. Retención y sustracción de menores	75
3.7. Violencia Familiar	75
3.8. Inimputabilidad	76
Trastorno Mental Transitorio	77
Incapacidad	77
Inmadurez Mental	78
Falta de Salud Mental	78
Miedo Grave	78
• CAPITULO IV	
METODO	80
⌘ SUJETOS	80
⌘ VARIABLES	80
⌘ DISEÑO	80
⌘ INSTRUMENTOS	81
⌘ PROCEDIMIENTO	81
• CAPITULO V	
ANALISIS DE RESULTADOS	83

GRAFICAS POR FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

FIGURA 1 EDAD

FIGURA 2 LUGAR DE NACIMIENTO

FIGURA 3 ESCOLARIDAD

FIGURA 4	OCUPACION AL EXTERIOR	
FIGURA 5	ESTADO CIVIL	
FIGURA 6	RELIGION	
FIGURA 7	NIVEL SOCIOECONOMICO	
FIGURA 8	FRECUENCIA DE DELITOS	
FIGURA 9	CALIDAD DELINCUENCIAL	
FIGURA 10	SITUACION JURIDICA	
FIGURA 11	MEDIDAS DE SEGURIDAD	

• CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	97
SUGERENCIAS	103
REFERENCIAS	105

RESUMEN

Se realizó un estudio documental de la esquizofrenia y su relación con el delito, con base en la información que se encontró en las fuentes citadas, explicando los constructos centrales que son: esquizofrenia y delito descritos a lo largo de los 3 primeros capítulos; el marco teórico pretende dar un contexto histórico, médico y psicológico acerca de la esquizofrenia paranoide, hospitales psiquiátricos y un marco legal de algunos delitos, lo que nos permite comprender los resultados obtenidos. De acuerdo con el objetivo planteado, que fue conocer e investigar más a fondo sobre la vida de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide y su relación con el delito, además de organizar los datos sociodemográficos psicológicos de pacientes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Ce.Va.Re.Psi) durante el 2011. La muestra estuvo conformada por 79 sujetos que cumplieran con el diagnóstico psiquiátrico y con una medida de seguridad ya concluida; obteniendo a través de los expedientes tanto clínicos como jurídicos sus antecedentes en cuanto a edad, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación al exterior, estado civil, religión, nivel socioeconómico, frecuencia de delitos, calidad delincencial, situación jurídica y meses de internamiento en el centro de readaptación para después realizar un análisis estadístico. Entre los resultados se detecta mayor número de sujetos entre los 41 y 50 años, nacidos en el D.F., con nivel escolar de primaria, clase baja, sin empleo, solteros y de religión católica; con respecto a la frecuencia de delitos se localizó a la mayoría en Robo Agravado Calificado, seguido de Homicidio Calificado y Abuso Sexual; en su mayoría primodelincuentes, ejecutoriados con una medida de seguridad de entre 30 y 90 meses, esto por el hecho de ser considerados como inimputables. Por lo anterior, se espera que esta investigación sea la pauta para futuras exploraciones en el campo de la psicología y psiquiatría, así como capacitación para el personal que labora en los centros de reclusión psiquiátricos con el propósito de estar a la vanguardia de la investigación en la época actual.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Pacientes Psiquiátricos y Delito

INTRODUCCION

Las personas con esquizofrenia sufren trastornos en sus procesos del pensamiento los cuales producen alucinaciones, delirios, un pensamiento desordenado y formas peculiares de hablar o de comportarse. Los síntomas afectan la capacidad del individuo de relacionarse con los demás, y a menudo las personas con esquizofrenia se apartan del mundo que les rodea por lo que sus vínculos con terceros se distorsionan.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja y los científicos creen que esta causada por una serie de factores diferentes que actúan al unísono. Dichos factores incluyen: influencias genéticas, traumas (lesiones) en el cerebro durante el parto o poco después del nacimiento, así como los efectos del aislamiento social y/o la tensión.

La incidencia de conductas delictivas en pacientes con esquizofrenia es superior a la media de la población general, este aumento está relacionado con otros factores más que con trastornos derivados de la enfermedad en sí.

Vicenz (2005), menciona que la relación existente entre los trastornos psiquiátricos y los delitos no es clara, ambos son fenómenos comunes por lo que es lógico pensar que las personas con trastornos psiquiátricos pueden comportarse de forma delictiva y algunos delincuentes pueden presentar trastornos mentales.

La posible relación entre violencia y enfermedad mental ha sido un tema de debate a lo largo de muchos años, saber si la enfermedad mental predispone a cometer más actos violentos que lo que se esperaría en la población general; por ello ha sido su estudio un tanto controvertido y de interés desde distintos puntos de vista como son médico, toxicológico, psicosocial y jurídico.

La delincuencia en general paga un tributo crecido a las enfermedades mentales, esta atribución aumenta extraordinariamente en los delitos de sangre, en particular el homicidio.

SeenaFazel en el 2009, hizo una revisión de bases de datos desde 1970 hasta 2009 sobre los riesgos de la violencia intrapersonal y/o criminalidad violenta en personas con esquizofrenia en reclusión en Oxford, encontrando que el 10% de la población contaban con un nivel socioeconómico bajo, con rasgos de violencia, de ellos la mayoría eran consumidores activos de sustancias tóxicas y al momento de realizar el delito se encontraban bajo esos efectos, para finalmente conocer que el delito más frecuente fue el homicidio, seguido de abuso sexual.

El objetivo de esta investigación fue conocer e investigar a fondo sobre la vida de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide y hacer una cuantificación de datos sociodemográficos psicológicos, obtenidos del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Ce. Va. Re. Psi) durante el 2011.

A lo largo de los primeros tres capítulos nos adentramos a conocer la historia de la esquizofrenia paranoide, explicando cada uno de los autores que intentaron aclarar el término hasta lo que hoy conocemos, así como los tipos que existen y como es que se distinguen unos de otros, posteriormente abordamos a pacientes psiquiátricos, es decir, cómo se determinan y cuáles son cada uno de los tipos, para finalizar explicando los diferentes delitos y la imputabilidad, la cual se cuantifican y graficas a través de los capítulo 4 y 5.

Finalmente es importante conocer los factores asociados con violencia en la enfermedad mental los cuales son el primer escalón que debemos considerar a la hora de un tratamiento terapéutico eficaz para prevenir este tipo de conducta.

ANTECEDENTES

En la actualidad se han hecho varias investigaciones sobre violencia y enfermos mentales de manera muy general, que aunque también se ha estudiado sobre la frecuencia de delitos y los datos sociodemográficos en pacientes con esquizofrenia en un centro en reclusión lo han hecho en un porcentaje menor.

El avance de las ciencias a partir del conocimiento ha permitido una mayor comprensión de las conductas de los seres humanos y de los conflictos vinculares, pero sin poder llegar a una conclusión clara sobre esta relación de variables.

En relación a la frecuencia de delitos en pacientes psiquiátricos penitenciarios en México, se encontró que la incidencia de psicopatía es del 10-15 % en reclusos, sin embargo, los pacientes de estos centros con alto grado de psicopatía tienen mayor riesgo de reincidencia que el resto de pacientes del mismo centro (Instituto Nacional de Psiquiatría 2011).

Un estudio sueco hecho por Tengstrom, et al, 2001), realizaron un estudio a 202 delincuentes psicóticos, en su mayoría esquizofrénicos, para saber si existía un vínculo entre la psicopatía y la violencia, donde encontraron que el 22% de la población obtuvieron un nivel de psicopatía alto los cuales tenían cuatro veces más probabilidades de reincidir en un periodo de 51 meses aproximadamente.

Retamal (1986), examinó algunos datos sobre violencia en esquizofrénicos en un centro de reclusión en Chile, para ello revisó historias clínicas de cada uno y encontró que en ellos predominan los síntomas alucinatorios y delirantes, plantea que los esquizofrénicos cometen el delito por un desconocimiento de su víctima y que la ausencia de culpa puede ser relacionada con un estancamiento del desarrollo en la fase esquizoparanoide sin llegar a avanzar a la fase depresiva.

En 1987 en Berna se encontró un incremento de entre 3 y 4 veces en el riesgo de cometer un delito violento por parte de tales pacientes en relación con la población general.

Según Ribe & Tusquets (1990), refieren que el porcentaje de robos de los enfermos mentales es menor que el de la población general, pero en este y otro tipo de delitos:

“...destaca, en primer lugar la invocación a la necesidad, la inconsciencia, la ausencia de sentido de la propiedad, el no prepararlo y cometerse descaradamente y sin la menor astucia...”.

En otro estudio Smith & Hucker (1994), revisaron estudios de abuso de sustancias en personas con esquizofrenia y señaló que un creciente cuerpo de investigaciones sugieren una relación significativa entre la esquizofrenia, el abuso de sustancias y la violencia.

Torney (1997), en su libro menciona que al ejecutar un delito existen 3 predictores de violencia que son:

“...la historia de violencia en el pasado, el abuso de drogas y alcohol, y el hecho de no tomar medicamento”.

Asimismo en el mismo año Jonh Wiley & Sons, estimaron que existe un aproximado de 100 homicidios al año cometidos por individuos con esquizofrenia y trastorno bipolar, de los cuales la mayoría de ellos se encontraban bajo tratamiento médico en el momento del homicidio.

Durante el año 1998, Yadeum, Diaz, Colin & Consuelo, querían describir el delito por el cual estaban reclusos, tomando en consideración los motivos de sus agresiones y si en ese momento se encontraban bajo efecto de alguna droga, así como el tipo de relación que había con la víctima; su muestra estuvo conformada por 98 expedientes jurídicos de un Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial

(Ce. Fe. Re. Psi) encontrando que más del 50% de los internos no tenía conciencia de lo que habían hecho, además de que los delitos más frecuentes eran homicidio, delitos sexuales, lesiones y robo, donde la víctima era conocida o tenía algún lazo familiar.

En 1999 Iñigo, et al., realizaron una investigación en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, donde pretendían conocer los perfiles del área médica, psiquiátrica, social y toxicológica en ellos, observando una alta incidencia de conflictividad familiar y un importante historial delictivo previo, así como a la esquizofrenia, esquizotipia e ideas delirantes como una patología frecuente.

Para finalizar en el 2003, en Colombia realizaron un estudio para conocer los aspectos psicopatológicos de la unidad psicosociocultural de las personas que habían cometido el delito de homicidio encontrando que más del 42% padecían esquizofrenia seguidos por psicosis aguda, cometiendo el delito con violencia en estado de embriaguez sin tener conciencia de lo hecho.

CAPITULO 1

ESQUIZOFRENIA

1.1. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

En esta parte se tratarán algunos conceptos psicológicos de la esquizofrenia postulados por diversos autores que contribuyeron a la evolución de la esquizofrenia hasta como la conocemos en estos días como son: Kraepelin; Bleuler, Meyer, Freud, Jung y Sullivan.

Estos autores han ampliado la comprensión con respecto a la esquizofrenia en sus estudios dentro del terreno psicológico. Algunos de ellos partieron desde un punto de vista orgánico, otros al contrario desde un punto de vista psicológico, pero todos establecieron teorías que fueron evolucionando hasta nuestros días.

Es hasta finales del siglo XIX que el término “locura” tendría un significado más técnico para el mundo de la medicina clínica; esto se logra a raíz de los avances que las diversas investigaciones hechas por científicos observadores de la conducta anormal, siendo ellos quienes le darían seriedad a este fenómeno, para lo cual se pudiera sostener bajo el paradigma científico, el cual refiere que a una conducta de tipo anormal le procede de algún desorden ya sea orgánico o funcional.

Es pertinente en primer lugar explicar el porqué la esquizofrenia es considerada una enfermedad, ya que el enfermo era visto como un desafortunado ser poseído por el mal y ni siquiera se consideró que su conducta se debía a un tipo orgánico cerebral o de tipo funcional; de esto que ahora se sabe que este es un desorden de tipo mental más que un fenómeno dentro de la misma naturaleza humana y no a fuerzas de tipo sobrenatural.

MOREL

En 1860 Morel, utiliza por primera vez utiliza el término *demencia precoz* describiéndolo como “una enfermedad que comienza en la adolescencia y lleva al paciente a aislarse socialmente, con raros amaneramientos, negligencia de su persona y al deterioro psíquico”. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse junto con la debilidad mental entre las variantes de la degeneración intelectual, física y moral, que resultan factores hereditarios.

HECKER

Años después en 1871, Hecker describió el término *hebefrenia* como “los riesgos característicos de la hebefrenia son principalmente: su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición cambiante con distintos síntomas como melancolía, manía y confusión; la rápida evolución del padecimiento, que termina en un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde las primeras etapas de la enfermedad”, describiéndola así como una enfermedad progresiva de la pubertad y adolescencia.

Continuando con el desarrollo del concepto de demencia precoz, Kahlbaum en 1874, describe la catatonia o *locura de tensión* como un estado en el cual el paciente se sienta callado o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar su posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una voluntad aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales y algunas veces con una flexibilidad cética completa, igual que en la catalepsia.

KRAEPELIN

Emilio Kraepelin fue el primer psiquiatra que diferenció el conjunto de pacientes mentales internados de la entidad patológica denominada *demencia precoz* como una sintomatología que consiste en alucinaciones, ilusiones, emotividad

incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo, con integridad relativa del sensorio.

Dividió a los pacientes en tres grupos: hebefrénico, catatónico y paranoico; y más tarde acepto la diferenciación de un cuarto tipo, el simple, asimismo diferenció a la demencia precoz como una entidad nosológica nueva llamada "*la parafrenia*", en donde a pesar de la progresión de la enfermedad no existe decadencia de la personalidad.

Kraepelin parece considerar al paciente como un ser separado o que ha de aislarse de la sociedad; nunca se le ocurrió pensar que la esquizofrenia pudiera haber sido influida por fuerzas sociales o incluso ser un producto de la sociedad, aunque su concepto fundamental se basó en la consecuencia, o sea, en un concepto temporal, no da una visión longitudinal del paciente, a excepción de repetir el hecho de que decae progresivamente para llegar a un estado de ideocía.

Se puede tomar como referencia que el siglo XX era la época en que el término locura quedó más para la comprensión del uso popular; mientras que la medicina especializada dentro del área de la psiquiatría clasificó a la locura en un término más formal llamado psicosis: por lo mismo hasta lograr llegar, en el caso que se le requiera a llamarla esquizofrenia para aquellas conductas observadas en ciertos sujetos donde existe un rompimiento con la realidad causando algún tipo de patología mental.

BLEULER

Una etapa de gran trascendencia en la historia fue indicada por Bleuler en 1911, quien publicó una monografía sobre demencia precoz como resultado de muchos años de estudios e investigaciones, propuso el termino de esquizofrenia, lo cual, traducido literalmente significa "mente dividida", menciona que una de las características más llamativas es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas, y no tanto la progresión hacia un estado demente (Bellak, 1962).

Bleuler clasificó los síntomas de esquizofrenia en dos clases:

1. Los grupos de síntomas fundamentales y accesorios, siendo los fundamentales lo que están presentes hasta cierto punto en todos los casos de esquizofrenia, latente o manifiesta; y los anexos son aquellos que pueden o no presentarse.

Entre los fundamentales incluyó el trastorno del proceso de asociación, ya que lo consideró como la característica más importante de la esquizofrenia y lo hizo de una forma particular del pensamiento y de la conducta que se llamó *autismo*.

2. Los grupos de síntomas primarios y secundarios, donde los primarios están directamente relacionados con el proceso de la enfermedad, y los secundarios se producen por una combinación de la acción de los síntomas primarios y de la de los factores psicogenéticos.

MEYER

Siguiendo con la historia de la esquizofrenia es importante mencionar que Adolfo Meyer, quien desde sus principios como investigador se enfocó al estudio de la misma y no tuvo satisfacción sobre el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia precoz. Por lo que proclamó que debería estudiarse al paciente en sentido “longitudinal”, desde el comienzo de la vida deberían ser investigados y examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental, así llegó a convencerse que la demencia precoz era el resultado de una acumulación de desordenes habituales o hábitos faltos de reacción.

Comprendió la demencia precoz como el resultado de:

- 1.) Conflicto de instintos complejo o de experiencias,
- 2.) Incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo (Bellak, 1962).

Podemos decir que la mayor aportación de Mayer fue la insistencia en el estudio longitudinal del paciente y la importancia que dio a los factores psicogénicos.

FREUD

Sigmund Freud describe en uno de sus primeros trabajos psicoanalíticos cómo las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias, además que en la paranoia y en la demencia precoz ve la huida de la libido del mundo exterior. Así que, las ilusiones de catástrofe de magnitud cósmica, como la experiencia del “fin del mundo”, que se encuentran con frecuencia en estos pacientes con esquizofrenia son interpretados por este autor como retirada de la libido.

Quizá la más importante de todas las aportaciones del fundador del psicoanálisis, en relación con la esquizofrenia, es el concepto de simbolización, aunque en principio no se formuló en conexión con este trastorno.

Según él, en la esquizofrenia toda la libido se aparta de los objetos externos y por tanto no hay transferencia ni enlace con el analista, el resultado es que el paciente apenas es accesible a un tratamiento analítico.

Freud fue el primer autor que consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos, además de revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta situación.

JUNG

Carlos Jung, hizo contribuciones sobresalientes a la esquizofrenia, ya que criticó las teorías que interpretaban la aparente incongruencia entre las funciones ideativas y afectivas de la persona con esquizofrenia.

Creía que el trastorno emocional en la demencia precoz posiblemente engendra un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro de manera más o menos

irreparable, de forma que quedan paralizadas las más elevadas funciones psíquicas.

Así que Jung fue el primer autor que concibe la posibilidad de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia, donde según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico; al contrario, es el desorden emocional quien produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro.

También encontró que hay pruebas preponderantes, que desde los días de la infancia existe un fallo psicológico primario en la función, añadió que los casos limítrofes de demencia precoz habían sido recuperados a la vida normal con tratamiento analítico.

Otro concepto importante en su interpretación, fue la hipótesis del inconsciente colectivo pues quedó muy impresionado por la similitud de los mitos del mundo entero, a pesar de diferencias geográficas, históricas y raciales, ya que explica esta semejanza como la manifestación del inconsciente general o colectivo que almacena las imágenes primordiales o arquetipos que han sido depositados en él, como resultado de numerosas recurrencias de situaciones idénticas, Jung creía que no era suficiente con interpretar los síntomas del paciente, como lo hizo Freud de la información derivada de la historia personal detallada del enfermo, sino que habría que ir más lejos.

SULLIVAN

Harry Sullivan, fue el psicoanalista que aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia, dado que hace constar que los fundamentos de este trastorno son pluralísticos, pero que ha aceptado particularmente tres conceptos en la interpretación de sus datos.

- El primero es el postulado del inconsciente como fue formulado por Freud.
- El segundo es la hipótesis teleológica vitalista.

- El tercero es la hipótesis genética de la estructura mental y funciones que explican una secuencia vital de la experiencia.

Asimismo, menciona que el trastorno es de tal forma que se reconoce la experiencia total del individuo, confirma las concepciones de funciones primitivas del pensamiento e incluso existe una profunda alteración de los sentimientos de la propia estimación tratando de explicar la sintomatología de la esquizofrenia como un regreso a funciones mentales exclusivamente infantiles o fetales.

La aportación más interesante que hizo Sullivan es que demostró que la esquizofrenia como cualquier otra situación psiquiátrica, es causada por relaciones interpersonales deficientes, en especial por las relaciones entre padres e hijos. Así abrió nuevos panoramas e incluyó la Psiquiátrica en el dominio de las ciencias sociales.

Después de conocer de manera breve la historia de la aparición del término esquizofrenia, se puede ver que tras la ordenación de Bleuler del concepto de enfermedad, donde la idea de los clínicos adquirió cierta estabilidad y se ha conservado hasta tiempos recientes; no fue tarea fácil llegar al agrupamiento de los diversos síndromes descritos en un principio.

Los tipos clínicos y la idea que se tiene de estos se han modificado con el paso de los años, pero lo que se ha mantenido constante es la impresión de que la esquizofrenia es un padecimiento heterogéneo con ciertos números de síntomas compartidos entre los diversos tipos clínicos pero que a cada tipo clínico se agregan otros síntomas que lo hacen diferenciarse.

Como profesionales debemos estar alertas de que incluso podríamos desear lo mejor para nuestros enfermos y por ignorancia repetir aquellos errores contra la dignidad humana. El psicólogo clínico tiene entonces un gran compromiso con la sociedad; debe sensibilizarse al respecto del padecimiento de los enfermos y sus

familias. Tiene por misión educar a una sociedad que podría alcanzar un mejor nivel de vida, cuando logra comprender que un fenómeno cualquiera que este sea, se trata de algún tipo de patología, y tiene una solución.

1.2 DEFINICION

La esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, esquizos= dividido y frenos= mente o inteligencia, donde el término esquizofrenia se utiliza para designar un grupo de trastornos de la personalidad antes que una entidad anormal única.

Históricamente, el término psicótico ha sido de varias formas pero la definición más restrictiva del término se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de consciencia de su naturaleza patológica. Finalmente, el concepto se ha definido como, una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- IV*, la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos) (DSM-IV, 1997).

Es una de las enfermedades mentales debilitantes y desconcertantes, la cual se define como un grupo de trastornos que producen distorsión en los pensamientos y en la percepción. Los pensamientos parecen estar mezclados o cambia bruscamente de un tema a otro. La percepción puede distorsionarse mas allá de la realidad, haciendo que las personas oigan o vean cosas que no están allí.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud nos dice: "la esquizofrenia es un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, desilusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales

inapropiadas de conciencia clara y generalmente capacidad intelectual conservada”.

Finalmente, desde el plano neurobiológico, la esquizofrenia se define como una alteración en el funcionamiento cerebral, donde existen problemas de comunicación celular. (Instituto Nacional de Neurología y Neurología Manuel Velasco Suarez, 2006).

1.3 ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Una combinación de susceptibilidad genética y de factores de riesgo sería necesaria para la expresión del fenotipo de la esquizofrenia. En la actualidad, existen evidencias de un exceso de eventos perjudiciales durante el periodo prenatal y/o perinatal, presencia de signos conductuales y neurocognitivos durante la infancia y adolescencia, además de rasgos de personalidad esquizotípica en la mayoría de individuos con esquizofrenia.

Estos resultados sugieren una alteración patogénica en el neurodesarrollo de estos individuos (según teorías recientes).

Se supone que existe una especial vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse una esquizofrenia. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias ya que se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no; debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad, sin embargo, esto no es una condición ecuánime para desarrollarla.

Existen tres tipos de estudios epidemiológicos que han contribuido a fundamentar la herencia de la esquizofrenia en otras enfermedades tales como: árboles genealógicos, gemelos idénticos y adopción.

Se puede calcular que el riesgo de sufrir esta enfermedad de acuerdo a la consanguinidad con el paciente son:

Parentesco	Riesgo
Padre	5.6.
Hermanos	10.1
Hermano y un padre afectado	16.7
Hijos de un padre afectado	12.8
Hijos de ambos padres afectados	46.3
Tíos, sobrinos	2.8
Nietos	3.7
Población General	0.86

Los estudios en gemelos tienden a confirmar la posibilidad de la transmisión hereditaria en la esquizofrenia, la diferencia entre los gemelos idénticos o monocigotos (GM) de los gemelos dicigotos (GD) permite entender lo que está determinado por la herencia, asumiendo que los primeros cuentan con un genotipo idéntico mientras que los segundos no.

La relación con la herencia, se encuentra en familiares con personalidad presicótica, como es el caso de los trastornos de personalidad de tipo paranoide, esquizotípico y esquizoide donde la esquizofrenia se da con más frecuencia en el biotipo leptosómico de Krestmer con temperamento esquizotípico.

Por otro lado, como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional, la cual puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohibe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle.

Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir, no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza. Las cargas emocionales excesivas desencadenan los primeros brotes, pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

Además de estas teorías biológicas u organicistas hay otras de origen ambientalista que consideran la esquizofrenia como una reacción cuyos síntomas serían respuestas a estímulos patógenos exteriores sobre todo a condiciones familiares, sociales y culturales.

Hoy en día, se tiende a considerar un modelo interactivo según el cual habría una predisposición genética y unos factores ambientales que conjuntamente serían el origen de la esquizofrenia.

Hay que mencionar la existencia de otros modelos médicos como por ejemplo: el modelo genético, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto e infecciones por virus.

Una forma de reducir la heterogeneidad de la esquizofrenia es atendiendo a criterios clínicos longitudinales, ir más allá de lo que hizo Kraepelin al diferenciar las psicosis maniaco depresivas y paranoia de la demencia precoz atendiendo a dichos criterios, como por ejemplo pacientes con el síndrome deficitario. Otra forma de reducir la heterogeneidad que ha proporcionado aún mayores avances en los últimos años es la utilización de endofenotipos (marcadores que median entre el genotipo y el fenotipo; en este caso la sintomatología), de forma que no se depende de los criterios diagnósticos actuales basados los síntomas para hacer los subgrupos. Los endofenotipos pueden ser entre otros marcadores neurofisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos, neuroanatómicos o cognitivos.

± HERENCIA GENÉTICA

Se asume que la esquizofrenia es un trastorno influenciado por muchos genes que se expresa después de superarse cierto umbral (usualmente en la adolescencia), esto conduce a pensar que lo que denominamos esquizofrenia es una expresión fenotípica de un espectro o continuum que va desde trastornos de menor severidad como el esquizoide hasta una esquizofrenia con predominio de síntomas negativos.

En la fisiopatología de la esquizofrenia estaría involucrado un aumento de la dopamina de la vía mesolímbica que, actuando sobre el receptor D2 provocaría inhibición de las neuronas espinosas medianas de proyección (NEMP) que constituyen el 95% de las neuronas del estriado ventral y dorsal. Este hecho se debe a que el receptor D2 está acoplado a una proteína Gi. Dado que estas neuronas NEMP son de tipo GABAérgicas, la acción inhibitoria dopaminérgica sobre D2, provocará inhibición de la inhibición GABAérgica sobre el tálamo, con un ingreso de las aferencias sensoriales a través del tálamo a corteza de forma desorganizada y abrupta, o sea existiría una falla en el cierre del filtro talámico (hipótesis de Carlsson). Esto explicaría los síntomas positivos de la esquizofrenia (delirios y alucinaciones).

En la esquizofrenia se producirá una desregulación del sistema mesolímbico con hiperdopaminergia independiente de cualquier estímulo, y/o inapropiada para el contexto. De esta manera el sistema se convierte en creador (en vez de mediatizador) de novedad y le atribuye una preponderancia o realce aberrante, en forma persistente, tanto a estímulos externos irrelevantes como a representaciones internas, dejando al paciente perplejo (pródromo).

Los delirios son un esquema cognitivo que crea el paciente para explicar de forma verticalista las vivencias aberrantes de novedad y preponderancia. Las alucinaciones surgen de un proceso similar pero más directo: la predominancia aberrante de las representaciones internas de las percepciones.

El bloqueo 5-HT_{2A} en las neuronas piramidales de la corteza prefrontal disminuye la actividad de las mismas, y por consiguiente la activación que éstas producen del área tegmental ventral y de la liberación de dopamina por dicha área. Disminuyendo de esta forma la hiperactividad dopaminérgica de la vía mesolímbica, con menor bloqueo D₂.

Si bien la mayoría de los autores sostienen que la mayor parte de los antipsicóticos atípicos no producen síntomas extrapiramidales o aumento de la prolactina, no hay un consenso sobre los síntomas negativos. Sin embargo, la mayoría acepta que mejoran tanto dichos síntomas como 2 la esfera cognitiva. El mecanismo por el cual los atípicos mejoran los síntomas negativos no está del todo claro.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia se relacionan con una disminución de dopamina en corteza prefrontal. En esta acción estarían involucrados los receptores D₁, acoplados a G_s, por lo que la acción de la dopamina sobre el mismo provoca un aumento del AMPc y activación de proteínquinasas como la PKA, que terminan fosforilando al CREB, e interviene en la fase tardía del LTP, principal base neurofisiológica relacionada con aprendizaje y memoria. Las alteraciones cognitivas y los síntomas negativos de la esquizofrenia estarían relacionados con esta hipodopaminergia, la cual es empeorada por los antipsicóticos clásicos o típicos, a través del bloqueo del receptor D₁.

Para finalizar, en la actualidad se están desarrollando fármacos antagonistas D₂ y agonistas D₁, como por ejemplo la stepholidina y otros que son antagonistas D₂ y agonistas 5-HT_{1A} como el SSR181507. Pero quizás lo más novedoso a este nivel es la actividad constitutiva de ciertos receptores relacionados con la esquizofrenia y el desarrollo de agonistas inversos.

± HALLAZGOS ANATÓMICOS

Tanto los mecanismos genéticos como los factores medioambientales pueden llevar a alteraciones en la migración celular y en la arquitectura cerebral.

Es de importancia mencionar que existe una capa epigenética de la información, la cual resulta crucial para el desarrollo, el crecimiento, el envejecimiento y el cáncer, puesto que no altera la secuencia de ADN, pero ciertamente puede afectar la salud.

Los factores implicados en la génesis del trastorno son el compromiso de la mielinización, en especial en la adolescencia cuando ocurre un significativo aumento a nivel de la lámina medular superior subyacente al hipocampo la cual recibe múltiples aferentes del cíngulo y la corteza entorrinal para posteriormente proyectarse al hipocampo.

Si un defecto está latente, los axones glutamaérgicos predominantes conducirían a un aumento de la actividad excitatoria por incremento de la mielinización. Adicionalmente, situaciones de estrés conducirían a una liberación de glucocorticoides (cortisol), cuyos receptores se encuentran en gran cantidad a nivel de la capa II de la corteza del cíngulo, aumentando el daño excitotóxico por marcada liberación de dopamina en la corteza prefrontal.

En cuanto a las neuroimágenes, la única anomalía bien establecida es el aumento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, pero los hallazgos más promisorios parecen encontrarse en las estructuras límbicas del lóbulo temporal (amígdala e hipocampo) y tálamo.

Así pues, y en apoyo de teorías que sostienen que el trastorno puede derivarse de complicaciones perinatales que llevan a la hipoxia y comprometen el desarrollo de regiones cerebrales como el hipocampo, se encuentra en la TAC (tomografía) un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales (75% de los pacientes) y III

ventrículo (83% de los pacientes) (relacionado con alucinaciones auditivas persistentes), disminución del 5% a 10% en la densidad del hemisferio izquierdo con atrofia cortical en un 10-35% de los pacientes y atrofia del vermis cerebeloso, ampliación de los surcos corticales y de las fisuras.

En la RM (Resonancia Magnética), además de confirmarse el aumento de los ventrículos laterales, se aprecia disminución del tamaño de las amígdalas (hipocampo) y tálamo, menor volumen de la corteza prefrontal y temporal (sustancia gris) y anormalidad en la conexión límbico-cortical, sugiriendo un trastorno degenerativo en el que la muerte neuronal podría jugar un rol central, lo cual podría estar relacionado con los trastornos cognitivos, la pobre respuesta al tratamiento y el pronóstico negativo.

El compromiso de los lóbulos frontales en la PET puede explicar las alteraciones cognitivas observadas en la mayoría de pacientes esquizofrénicos. Bachneff argumenta que los síntomas negativos y las anormalidades cognitivas son secundarios a la hipofunción de los lóbulos frontales y que los síntomas positivos son atribuibles a la hiperperfusión de los mismos y una sobreactivación recíproca de los sistemas dopaminérgicos subcorticales.

La disminución en el número de células GABAérgicas de la capa II del cíngulo (down-regulation) conduce a una marcada hipersensibilidad que lleva a un porcentaje de unión del neurotransmisor al receptor GABA-A muy superior al de otras capas (84%) [$p = 0.0005$ vs. controles] y a una inhibición en la recaptación de GABA.

Tan sólo un estudio ha informado niveles menores en 4 de 6 esquizofrénicos con atrofia cerebral. Otros neurotransmisores se ven alterados también, observándose un incremento de la noradrenalina y elevación del MHPG a nivel del LCR en la fase aguda y una disminución de este neurotransmisor cuando se hacen presentes los síntomas negativos (el antagonismo alfa1 que exhiben algunos

antipsicóticos tiene acciones moduladoras en neuronas dopaminérgicas A10 mesolímbicas).

± DÉFICITS NEUROCOGNITIVOS

Se pueden presentar trastornos del sueño con aumento de la latencia y despertares frecuentes, disminución del sueño *No REM* y de la latencia del *REM*. Es conocido que en los esquizofrénicos se encuentra un déficit en el procesamiento sensorial, manifestado por una disminución de la supresión de los potenciales evocados posterior a estímulos auditivos repetitivos.

Estos hallazgos soportan la importancia de abordar los trastornos del sueño del paciente esquizofrénico, toda vez que la cantidad de estímulos sensoriales (auditivos), pueden ser mejor controlados cuando se alcanzan etapas más profundas del sueño (NREM).

Se observa que en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas implican una alteración de la corteza prefrontal y estructuras del lóbulo temporal medial: Los pacientes no parecen focalizar ni sostener la atención y son fácilmente distraíbles por estímulos externos e internos (todos los estímulos son igualmente relevantes). Su tasa de aprendizaje, su capacidad de consolidación, codificación y evocación de recuerdos (memoria episódica, de trabajo y explícita) son más pobres que en los sujetos controles.

Muchas de las alteraciones cognitivas se observan desde la fase prodrómica. Estudios con el paradigma de imprimación semántica, el cual postula que una palabra puede ser reconocida en su significado más rápidamente cuando se ha presentado otra de la misma categoría previamente, han demostrado que el pensamiento desorganizado de los pacientes esquizofrénicos muestra el efecto de un resultado altamente contraintuitivo debido al incremento de efectos de imprimación semántica indirecta (identificación de estímulos asociados incorrectamente con otros de categorías diferentes ; p.ej. "limón - dulce").

± FACTORES MEDIOAMBIENTALES

Existen varias hipótesis sobre el efecto del entorno en la génesis del trastorno como complicaciones gestacionales o perinatales con hipoxia subsecuente y factores neuroinmunoviológicos. Teniendo en cuenta que varios infantes con complicaciones perinatales desarrollan esquizofrenia se ha postulado que tal situación puede conducir a hipoxia de regiones cerebrales muy sensibles como el hipocampo, la corteza cerebral y los ganglios basales. También se han mencionado la nutrición prenatal inadecuada, el estrés ambiental, psicosocial y hasta las enfermedades del oído medio.

El éxito o el fracaso de cualquier tratamiento farmacológico dependerán de un número de factores como un correcto diagnóstico y la selección apropiada del fármaco y su dosificación. Sin embargo, es frecuente apreciar una ausencia de relación entre la dosis y el efecto de un fármaco, lo que obliga a pensar en la variabilidad de los pacientes.

1.4 SINTOMAS

Las características esenciales de la esquizofrenia son la mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos), que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante cierto periodo y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

La persona con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado (p. ej., sonrisa o expresión facial tonta en ausencia de estímulos apropiados), que es una de las

características definitorias del tipo desorganizado. La anhedonia es frecuente y se manifiesta por una pérdida de interés o de placer. El humor disfórico puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira, asimismo tener alteraciones del patrón de sueño y puede mostrar una falta de interés en comer o rechazar los alimentos como consecuencia de sus creencias delirantes.

La falta de conciencia de enfermedad es habitual y puede ser uno de los mejores predictores de mala evolución, quizá porque predispone al sujeto a un mal cumplimiento del tratamiento ya que puede presentarse despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas, que alcanzan a veces proporciones delirantes.

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertinentes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos.

SINTOMAS POSITIVOS

Los síntomas positivos incluyen:

- Distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencia (ideas delirantes)

Son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones pueden incluir diversos temas. Generalmente se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo. Y estos pueden ser de dos tipos:

- ✓ Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes, la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada y ridiculizada.

- ✓ Las ideas delirantes de autorreferencia es la persona que cree que ciertos gestos comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.

- La percepción (alucinaciones)

Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial por ejemplo: auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes y debe producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño o al despertar se consideran dentro del abanico de las experiencias normales.

El paciente tiene la certeza de que toda persona es capaz de conocer su pensamiento aunque él no lo comunique, de esto modo, siente que su pensamiento no le pertenece solo a él sino que participan otras persona, todos los habitantes de la ciudad incluso hasta llegar al mundo entero.

Se han descrito otros problemas del pensamiento en estos pacientes, por ejemplo, creer que las propias ideas están siendo robadas por otros aunque no las exprese; creer que las propias ideas han sido “colocadas” en su cabeza por acción de otro u otros y que esas ideas no son propias.

Todo esquizofrénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo, anhela un contacto y una comprensión humana, pero teme admitir tal cosa ante sí mismo o ante el terapeuta, por miedo a una nueva frustración.

- El lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado)

Ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia, debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del trastorno del pensamiento y puesto en el contexto clínico las

inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización donde el sujeto puede perder el hilo, saltando de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad), y el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras).

Durante los periodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o del lenguaje menos grave.

- La organización comportamental (comportamiento desorganizado o catatónico)

Este comportamiento puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de forma poco corriente, (p.ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado así como de una agitación impredecible e inmotivada.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), mantenimiento una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido, el asumir posturas inapropiadas, extrañas o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador.

SINTOMAS NEGATIVOS

Los síntomas negativos comprenden:

- Restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo). El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido.

- La fluidez, la productividad del pensamiento y lenguaje (alogia).

La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías; el sujeto con este síntoma parece tener una disminución de los pensamientos que se reflejan en un descenso de la fluidez y la productividad del habla.

- Del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin, la persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en particular en el trabajo o las actividades sociales.

Los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad son inespecíficos y pueden ser debido a varios factores. El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo.

La distinción entre los síntomas negativos verdaderos y los efectos secundarios de la medicación dependen del juicio clínico que toma en consideración la gravedad de los síntomas negativos, la naturaleza y el tipo de medicamentos neurolépticos,

los efectos del ajuste de la dosificación y los efectos de la terapéutica anticolinérgica.

El esquizofrénico se aparta de una realidad penosa y se retira a algo parecido a la temprana fase del desarrollo en la que no se distingue del lenguaje, y la conciencia, puesto que la expresión de sus sentimientos no se ve estorbada por las convenciones que él ha eliminado, su pensamiento, su afectividad, su conducta y su lenguaje, ya que su pensamiento es mágico y no se atiene a normas lógicas, no admite un no y tampoco un sí, no hay reconocimiento del espacio y el tiempo.

Existen dos fases durante la esquizofrenia que son:

- ❖ **Fase prodrómica:** Se denomina fase prodrómica a la etapa que se produce antes de una crisis, es fundamental decir que mantiene la lucha entre el mundo de la realidad y sus síntomas donde existe una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos ha detectarla, puede ser evidente o no para el paciente y los que lo rodean aunado a que el periodo varia de días a años. Los síntomas comunes que tiene son:

- ± Aislamiento intenso
- ± Retraimiento
- ± Pobreza del habla
- ± Falta de energía
- ± Ideas desvaloradas
- ± Afecto inapropiado
- ± Ansiedad
- ± Dificultad para dormir
- ± Falta de concentración
- ± Aplanamiento

❖ **Fase activa:** Durante este periodo se desencadena la enfermedad, presenta un episodio psicótico agudo, y desarrolla lo que conocemos como brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos y es cuando la familia se alarma y pide ayuda médica.

La duración de los brotes varían según la personas y puede extenderse desde unas semanas hasta un año.

❖ **Fase de Estabilización:** Corresponde a los periodos posteriores al último episodio agudo (6-12 meses), durante esta ciclo el paciente va recuperando su funcionalidad adaptándose a un entorno de forma progresiva.

Los sujetos con inicio a edades más tempranas suelen ser varones y su adaptación premorbida es lenta, cuentan con menor nivel de estudios y una mayor evidencia de anomalías cerebrales estructurales.

1.5 DIAGNOSTICO

De acuerdo al DSM-IV refiere que la esquizofrenia consiste en una serie de signos positivos y negativos característicos durante un periodo de un mes, donde hay un deterioro en su actitud social que continua con signos de alerta hasta presentar un trastorno esquizofrénico afectivo y otro en el estado de ánimo, por lo que se clasifica según el curso de la enfermedad.

La esquizofrenia ocasiona un deterioro en casi todas las funciones psicológicas y al mismo tiempo dificultad en la adaptación social, académica y laboral; su inicio y los cambios que conlleva en él dejan ver un deterioro lento - gradual y en muchas ocasiones comienza como un primer episodio psicótico.

Entre los cambios principales se valora la descripción y requisitos temporales de los síntomas, ya que se tienen que eliminar los criterios de la edad de inicio pues

esto ayudará a determinar el tipo de esquizofrenia, puesto que en la literatura más antigua sobre perturbaciones de la identidad en la adolescencia, las crisis y la difusión de identidad no estaban claramente diferenciadas.

Los trastornos psicóticos de desarrollo lento, como la enfermedad esquizofrénica crónica, pueden confundirse por trastorno límite por la predominancia de una patología grave de las relaciones objétales, retraimiento social y grave patología del carácter general. Por lo que es importante mencionar las características en la adolescencia y diferenciar la patología de carácter límite y no límite con bastante facilidad, utilizando el enfoque estructural de diagnóstico.

Las características descriptivas, psicodinámicas de la patología grave del carácter y los trastornos límite en la adolescencia se han revisado por diversos autores ya mencionados.

Al aplicar criterios estructurales a la evaluación inicial de pacientes adolescentes es necesario conocer estos puntos:

1.- La gravedad relativa de los afectos desorganizadores de las neurosis sintomáticas en la adolescencia, ansiedad y depresión típicamente graves, los cuales pueden afectar el funcionamiento total del adolescente en el hogar, escuela y compañeros, a un grado que puede parecerse al colapso social grave.

2.- La tendencia del adolescente hacia las crisis de identidad, caracterizadas por un cambio rápido de identidad, de modo que podemos pensar que es un cambio radical en la personalidad y puede parecer en el curso de algunos meses.

3.- Los conflictos con los padres, hermanos, autoridades escolares o ambos, pueden malinterpretarse.

4.- La conducta antisocial en el adolescente puede ser la expresión de una adaptación “normal” o neurótica a un grupo cultural antisocial o reflejar patología grave del carácter y organización de personalidad límite tras la máscara de una adaptación a un grupo antisocial.

5.- Las reacciones narcisistas normales, neuróticas e infantiles, tan frecuentes en la adolescencia pueden ocultar una estructura de personalidad narcisista grave.

6.- El surgimiento normal de tendencias sexuales perversas múltiples en la adolescencia puede imitar la condensación de rasgos genitales y pregenitales típica de la organización límite.

En la esquizofrenia los síntomas afectivos tiene una duración breve en relación con la totalidad de la alteración, pues se presentan solo durante las fases prodrómicas, residual o no cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo.

Algo de lo más llamativo en estos jóvenes es el cambio paulatino que muestran en sus hábitos dentro de un tiempo relativamente corto. Tras un rendimiento escolar normal, o pueden comenzar a callar, negarse a asistir a clases y con frecuencia se les descubre hablando solos o diciendo a los demás cosas extrañas.

Al mismo tiempo, el joven antes pulcro y aliñado descuidara su arreglo personal más allá de lo normal, sus hábitos higiénicos dejaran muchos que desear, y lo que podrá alarmar francamente a los padres es que su vida social se ve empobrecida de una manera un tanto brusca; se tornara solitario, taciturno, tendrá un aspecto de inseguridad y depresión, de aquí podrá pasarse a alteraciones graves de la conducta que son, hasta el momento, impredecibles: agresividad, rojosidad verbal, intolerancia a la convivencia con la mayoría de las personas e hipersensibilidad a la crítica.

Según el DSM-IV los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento catatónico
- Síntomas negativos

B. Disfunción social/ cultural: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

D. Exclusión de los trastornos esquizo afectivo y del estado de ánimo.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

1.6 CURSO

Con mucha frecuencia, la aparición de síntomas ostensible va precedida durante años de alteraciones en el comportamiento como ya lo vimos, de ahí que solo con el tiempo pueden entenderse en su pleno sentido. Más raramente, el comienzo sorprende por su aparatosidad.

El inicio puede ser insidioso y desconcertante puesto que con frecuencia se confunde con la crisis de adolescencia y con un cuadro de depresión en respuesta a situaciones vitales, pero es hasta la irrupción de los síntomas psicóticos o la exageración de cambios de conducta que son las personas de alrededor del paciente las que llegan a sospechar la patología.

A diferencia de otras enfermedades mentales, la esquizofrenia rara vez permite al paciente una recuperación completa, su condición se deteriora por lo que es frecuente el abandono de la actividad previa y aun rehabilitado su condición social disminuye de nivel.

La esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad pero su aparición es más común en el adolescente y en el adulto joven. La prevalencia de la esquizofrenia es de 0.57% para los hombres y 0.36% para las mujeres. (Jair, 2000).

Asimismo, tenemos la que se denomina de inicio tardío ya que tiene aparición a una edad avanzada, es decir, después de los 45 años, la cual comparte características de las otras teniendo mayor proporción en mujeres, con una mejor historia laboral y con estado civil casadas.

La incidencia de la esquizofrenia sugiere la presencia de aproximadamente cuatro nuevos casos por año para una población de 10.000 habitantes y la incidencia real debe estar entre 1 y 7 casos nuevos por cada 10.000 habitantes por año.

De acuerdo al estudio más amplio que se ha hecho con esta intención, el ECA (Epidemiologic Catchment Area), calcula que el 1% de la población mayor a 15 años en una comunidad cualquiera sufre esquizofrenia y aunque la enfermedad presenta una frecuencia menor en países en desarrollo, se observó que la esquizofrenia se encuentra con mayor frecuencia en las clases marginadas se cree que esto es más una consecuencia que una causa de la enfermedad. (Garnica, 2003).

La prevalencia de la esquizofrenia es mayor en los estratos socioeconómicos bajos, pero no se ha encontrado una explicación clara al respecto. La situación se agrava debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, al pobre reconocimiento de los síntomas prodrómicos por parte del personal médico.

Se hizo una investigación en Alemania donde se investigaron a 197 pacientes admitidos a un hospital psiquiátrico con la esquizofrenia según el DSM donde se observó que la edad de primer ingreso era para los hombres con un promedio de 25, pues en las mujeres el promedio es de 30, además de haber una asociación entre los antecedentes familiares y el inicio más temprano de la esquizofrenia. (Jair, 2000).

Es muy frecuente, que a veces precedan en años de aparición otros síntomas, por ejemplo, ideas delirantes de autorreferencia en las que la desconfianza es el factor principal, la ansiedad, la incertidumbre; la angustia e inseguridad.

Los trastornos del pensamiento dominan de una forma muy llamativa al cuadro nada característico, ya que son solapados y sutiles, pues existe una alteración del propio proceso del pensar, no de la calidad de juicios que el pensamiento mismo produce.

El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica, la cual se manifiesta por el lento y gradual

desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira).

1.7 TIPOS

- **ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA**

La característica principal del tipo catatónico es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad manifestada por catalepsia o estupor; actividad motora excesiva la cual carece de propósito y no está influida por estímulos externos; negativismo extremo que se manifiesta con el mantenimiento de una postura rígida en contra del cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las ordenes que se den; mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario que se manifiesta por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas; ecolalia que es la repetición patológica como lo haría un loro de una palabra o frase que acaba de decir otra persona y ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.

- **ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA**

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada.

Suelen tener comportamiento extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas, a menudo falta de interés y de participación en actividades en equipo.

Hay casos en lo que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuanime en este tipo de esquizofrenia pues en la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades

tempranas como es la pubertad e incluso hay casos en que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil).

- **ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA**

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen con todos los positivos pero que no cumplen con los criterios para los tipos paranoide, desorganizado y catatónico.

- **ESQUIZOFRENIA RESIDUAL**

Debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado) y existen síntomas negativos como son la afectividad aplanada y pobreza del lenguaje o abulia.

El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa.

- **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Algunos autores estiman que la personalidad precede a la esquizofrenia paranoide, esta afirmación plantea diversas cuestiones, tales como las de posición nosológica de la esquizofrenia paranoide, la paranoia y la parafrenia. Las personas con dicha personalidad son en algunos casos orgullosos, aferrados en las opiniones que tienen, ambiciosas e inflexibles. Otros por su parte adoptan una actitud de superioridad con aires de condescendencia.

El primero en identificar este subtipo de esquizofrenia fue Kraepelin, donde sus pacientes presentaban ideas delirantes extravagantes y fragmentadas principalmente un deterioro de la personalidad. A diferencia de los otros subtipos

la paranoide tiene una edad mayor al inicio de las demás, con actividad premorbida y mejor evolución aunada a tener una mayor probabilidad de llevar a cabo una vida con normalidad.

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática como son de celos, religiosidad o somatización, pueden ser múltiples pero suelen ser organizadas alrededor de un tema coherente, por lo que es más difícil diagnosticarla.

También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante y los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida aunado a la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponer a la violencia.

En ciertos casos, el síntoma inicial más observable es una preocupación excesiva porque no se cierre determinada ventana o puerta; otros pacientes se muestran sumisos y humildes, retraídos o pegadizos además de poca confianza en sí mismo, expresan sentimientos de inferioridad, de incapacidad y aceptan la autoridad pero poniéndose a la defensiva la mayor parte del tiempo.

Stevenson y Mathew señalan que los esquizofrénicos paranoides pueden ser peligrosos pues hay presencia de intensos sentimientos asociados a delirio que da ocasión de aplicar la máxima fuerza justificando sus actos, así mismo presenta

síntomas delirantes hipocondriacos y somáticos centrados en los órganos perineales, pero si el delirio está claramente delimitado y el paciente satisfecho de sus grandiosos pensamientos o aislado del mundo gracias a su riqueza o su posición, el peligro es menor.

Es el tipo de esquizofrenia más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años además de que es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

CAPITULO 2

PACIENTES PSIQUIATRICOS

La importancia que la enfermedad mental ha cobrado, se debe en gran medida al incremento que esta ha presentado en las últimas décadas a nivel mundial y en México no es la excepción.

Los datos sugieren que los problemas mentales están entre los más contribuyentes a la carga global de enfermedades y discapacidades. Frenk y colaboradores han estimado que en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, donde cuatro de las 10 enfermedades más discapacitantes, son la esquizofrenia, depresión, obsesión, compulsión y alcoholismo (Benassini, 2001).

La situación actual de México y muchos otros países han permitido que día a día se viva con un estrés continuo y altos niveles de ansiedad provocados por las grandes modificaciones sociales, políticas, económicas y demográficas, predisponiendo a la sociedad en general y más aun a los grupos más vulnerables a un sin número de desequilibrios que repercuten directamente sobre la salud.

Según la Encuesta para la Prevalencia de los Trastornos Mentales realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría en el 2000 reporto que solo 1 de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, solo 1 de cada 10 con dos trastornos mentales y solo 1 de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención.

El síndrome de la esquizofrenia es variado en su patología, psicodinámica, etiología y curso clínico, temas que ya fueron desarrollados en el capítulo anterior, lo importante es resaltar que padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. La dificultad más aparente puede comprender patrones de conducta y

relaciones interpersonales manifiestos, procesos mentales subjetivos o inclusive regulación fisiológica.

Un paciente podrá presentar una gran variación en la sintomatología, en un momento dado como en el curso de la vida. La enfermedad podrá ya estar determinada, ya sea que parezca psicosis orgánica aguda, o inseparable de la personalidad básica, como un trastorno de carácter.

Con respecto al trastorno del afecto, el paciente con esquizofrenia presenta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos o sus emociones. La experiencia emocional subjetiva del paciente podrá estar disminuida, aplanada o debilitada. Además experimentará dificultad para expresar y comunicar las respuestas emocionales de las que se da cuenta. Por lo regular, el paciente sentirá más libremente afecto por alguien con quien tenga poco contacto real o a quien los demás consideran muy por debajo suyo en cuanto a posición social.

El paciente con esquizofrenia experimenta dificultad en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y la realidad; sus ideas emergen en una sucesión confusa y desconcertante, así como todo aspecto concebible de organización es potencialmente deficiente. Esta organización del pensamiento y la comunicación no es accidental, aparece cuando el paciente experimenta ansiedad emergente, la cual sirve como mecanismo inconsciente de defensa, obscureciendo el tema desagradable.

2.1. PERSONAS EN SITUACION DE CALLE

Es importante saber que un 70% de los enfermos mentales que deambulan en las calles tiene familia y que se encuentran en situación de calle porque no encajan al interior del seno familiar llevándolos a ser expulsados derivado de la situación económica que presentan la cual les impide contar con los recursos para comprar los medicamentos necesarios para estabilizar al enfermo mental.

Los elementos planteados sobre los conceptos de exclusión social e identidad permiten establecer cuatro elementos que nos permiten entender la conformación de una persona en situación de calle.

El primero de ellos es la importancia de comprender la identidad desde una perspectiva social, donde la relación con otros significativos y sus expectativas son los elementos fundamentales del análisis.

En segundo término, es importante considerar que el desarrollo positivo de la identidad requiere de reconocimiento intersubjetivo, ya que sólo a través éste las personas encuentran un respaldo social de su individualidad, y un lugar en la comunidad.

En tercer lugar, para el estudio de la exclusión al interior de la sociedad es necesario comprender que ésta corresponde a un proceso relacional y dinámico de pérdida de vínculos sociales, que aleja a personas, grupos o territorios, de los diferentes bienes sociales. Esta situación es determinante para la identidad de las personas que se ven involucradas, ya que trae consigo una progresiva inferiorización social quitando un lugar al interior de la sociedad.

Los efectos que la exclusión tiene sobre la identidad personal también se relacionan con la pérdida de vínculos sociales que esta genera. Tal como señalaba Honneth (1997), la identidad depende del establecimiento de formas fundamentales de reconocimiento recíproco entre el individuo y su entorno social.

En cuarto lugar, lo anterior permite establecer que el elemento central del estudio de conformación identitaria en personas en situación de calle debiese ser los vínculos sociales que este grupo de personas establece, o por el contrario la inexistencia de estos.

Honneth (1997), no aborda en su trabajo los contenidos de la identidad, sin embargo establece ámbitos fundamentales de las que se desprende, en este sentido, los vínculos sociales existentes en estos ámbitos de reconocimiento son determinantes para la identidad, y permiten dar cuenta de los elementos que la componen.

Las posibilidades de reconocimiento que han tenido personas en situación de calle han sido considerablemente bajas hasta el día de hoy, se considera que la prevalencia de trastornos mentales es de 20- 30% donde las patologías que se padecen son las esquizofrenias, los trastornos afectivos graves (trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor), abuso de sustancias y los trastornos graves de personalidad, mencionando que de la población total un 15% padecen cualquier tipo de esquizofrenia.

Existen algunos factores que podrían determinar el tipo de relación que tiene el enfermo mental con la sociedad. La situación familiar que originó una situación de calle más prolongada durante la infancia fue el maltrato reiterado por parte integrantes de sus familias, estas situaciones llevan a que las familias de origen no sean percibidas como un espacio de amor y protección incondicional o permanente, sino por el contrario se describen como un entorno con conflictos y carencias que no otorga estabilidad y seguridad en los lazos familiares orillándolos a buscar otro hogar en las calles.

Existe un rechazo social frente a este tipo de personas lo que se relaciona con la manera en que se ven a sí mismo; teniendo una visión negativa sobre su apariencia e higiene personal llegando a la conclusión que este no tiene valoración sino más bien el rechazo e incompreensión social.

Cuando a la psicosis se añade deficiencia intelectual, se pueden tornar vagabundos, cometiendo entonces pequeños delitos contra la propiedad, y si el autismo es muy acentuado propenden al nomadismo.

Estos procesos afectan en la imagen de sí mismos por que los hacen verse como personas que se encuentran fuera de la sociedad y que han perdido vínculos significativos que los una a esta, como son los roles asignados por la sociedad.

Tanto su forma de habitar como sus condiciones materiales se establecen como factores que generan discriminación e inferiorización de las personas en situación de calle, la cual establece como un componente principal de su identidad.

La forma en que ellos se ganan la vida es distinta a como lo hace la mayoría de las personas lo que genera desconfianza haciendo dudar de sus capacidad de respetar las normas y que en consecuencia sean frecuentemente mirados como delincuentes.

La falta de esfuerzo, problemas de personalidad, fracasos, incapacidad, problemas de valores y morales; junto con esto, las necesidades materiales serian otra razón para considerarlos potenciales delincuentes.

A pesar de la diversidad que existen entre cada individuo, ha sido posible identificar aquellos elementos familiares que transcurrieron en la infancia y adolescencia los cuales son parte determinante de su trayectoria adulta ya que el origen de la familia es el espacio donde estas etapas suelen desarrollarse y representan una fuente privilegiada de dedicación amorosa, debido a que son personas de escasos recursos lo cual dificulto la satisfacción de necesidades básicas de sus integrantes y marco gran parte de las experiencias vividas en su interior, en relación a esto un dato ilustrativo es que un número mínimo tiene el nivel básico de escolaridad .

2.2. CONCEPTO

Se conoce como trastorno mental:

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Esta definición no significa incapacidad mental o incompetencia ni falta de intencionalidad.

Por otro lado según la Organización Mundial de la Salud en 1990, la define como: “Síndrome o patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o una discapacidad. En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones”.

Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos, ya sean de orden genético, neurológico u otros, ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto.

Fahrer (2003) refiere que los trastornos mentales y conductuales se consideran como afecciones de importancia clínica y se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento. No son variaciones dentro de lo que llamamos “normalidad” sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Sin embargo, un episodio de comportamiento anormal no define la existencia de un trastorno mental o del comportamiento ya que debe cumplir con periodos de tiempo y ser una conducta de manera constante.

Para clasificar como tal estas alteraciones deben ser duraderas o recurrentes y deben causar angustia personal y alteraciones del funcionamiento en uno o más aspectos de la vida. Los trastornos mentales y conductuales presentan síntomas y signos específicos, cursan con una evolución más o menos previsible donde se debe tener en cuenta las diversas formas de pensar y comportarse en las distintas culturas que no son, por si mismas, indicativas de trastorno.

De acuerdo a los lineamientos generales y por lo que a los derechos humanos se refiere se puede decir que un enfermo mental es aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas.

2.3. TIPOS DE ENFERMEDAD MENTAL

La comisión Nacional de Derechos Humanos ha establecido que se reconoce como pacientes psiquiátricos, a aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y que reciben tratamiento médico especializado tanto en internamiento como en externación, ya sea en forma voluntaria o involuntaria, esta última regida por los principios de supremacía de la voluntad del paciente y de la opción menos restrictiva.

Las enfermedades mentales o psiquiátricas son desórdenes o trastornos del cerebro que alteran la manera de pensar o sentir de las personas afectadas, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse con otros. Frecuentemente disminuyen la capacidad de una persona para afrontar las exigencias normales de la vida diaria. Todas las enfermedades son causadas por desórdenes químicos del cerebro como lo explicamos anteriormente.

La doctrina ha establecido diferentes tipos de enfermedades mentales y de distintos grados. Entre las más importantes se pueden clasificar:

⊗ **Psicosis**

La cual es una forma de perturbación caracterizada generalmente por los distintos cambios de excitación, depresión del ánimo y en general de todas las actividades orgánicas.

El psiquiatra y neurólogo W. Griesinger acepta a la psicosis como una enfermedad unitaria y debido a la influencia de la obra de Kraepelin y Bleuer, posteriormente procedió a realizar una clasificación sistemática sobre la psicosis entre las cuales destacan:

1.1 Psicosis por agotamiento: Delirio de colapso, delirio agudo, confusión mental aguda.

1.2 Psicosis infecciosa y toxica: Por infección, por envenenamiento.

1.3 Neuropsicosis: Epilepsia

1.4 Psicosis degenerativa: Psicosis paranoide, psicosis maniaco-depresiva.

1.5 Psicosis orgánica: Demencia parálitica, senil y psicosis arteriosclerótica.

1.6 Psicosis de periodos de transición: Adolescencia, menopausia.

Las dos primeras formas constituyen el grupo de psicosis exógenas, llamadas así porque en la producción de la enfermedad las causas exteriores, mientras que las restantes formas se califican de endógenas y están determinadas principalmente por factores hereditarios.

⌘ Esquizofrenia

Es una de las enfermedades mentales caracterizadas por diferentes síntomas como son:

2.1 Trastornos del pensamiento

2.2 Ideas delirantes

2.3 Perturbaciones del lenguaje

2.4 Trastornos sensoriales

2.5 Perturbaciones de los movimientos

⌘ Psicosis maniaco depresiva

Esta enfermedad que se ubica dentro de la psicosis afectiva, presenta una psicosis cíclica, ciclotímica y depresión endógena, con un cuadro patológico muy diverso caracterizado principalmente por la presencia de fases depresivas y fases maniáticas de exaltación.

La manía es un sentimiento extremo de bienestar, energía y optimismo. Puede ser tan intensa que afecte la manera de pensar y de juzgar, puedes creer cosas extrañas de sí mismo, tomar malas decisiones y comportarse de manera vergonzosa, dañina y a veces peligrosa.

Durante la fase depresiva, puede ser difícil o imposible afrontar el día a día de manera efectiva. Una fase maniaca puede afectar tanto a las relaciones personales como a la vida profesional.

Tipo de Psicosis maniaco depresiva

- ✓ Bipolar I: Ha habido al menos una “subida” o fase maníaca que ha durado más de una semana.
- ✓ Bipolar II: Si se tiene más de una fase depresiva severa pero solamente fases maníacas moderadas (llamadas hipomaníacas).
- ✓ Ciclación rápida: Si se tienen más de cuatro fases en un periodo de doce meses. Afecta a 1 en cada 10 personas con trastorno bipolar y puede ocurrir con los tipos I y II.
- ✓ Ciclotimia: Los cambios del estado de ánimo no son tan intensos como en el trastorno bipolar completo pero pueden durar más.

COMPARACION ENTRE LAS DOS FASES

Durante la fase depresiva	Durante la fase maniaca
Cambios Emocionales	
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de depresión que no desaparecen. • Ganas de romper a llorar sin ningún motivo. • Ser incapaz de disfrutar nada. • Inquietud y nerviosismo. • Ideas de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar muy feliz y excitable. • Sentirse irritable hacia otros que no comparten su optimismo. • Sentirse más importante de lo normal.
Cambios en el Pensamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • No poder tomar decisiones simples. • Tener dificultad para concentrarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar lleno de ideas nuevas y emocionantes • Ir de una idea a otra con rapidez. • Oír voces que otros no pueden oír.
Cambios Físicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito y de peso. • Dificultad en conciliar el sueño. • Despertarse más temprano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse lleno de energía. • No querer o ser incapaz de dormir. • Tener mayor interés en el sexo.

Cambios en el Comportamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en empezar o acabar cosas incluso tareas diarias. • Llorar mucho o sentir que se quiere llorar pero sin poder hacerlo. • Evitar la compañía de otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer planes grandiosos y poco realistas • Estar Muy activo, moviéndose rápidamente de un lado para otro. • Hablar con rapidez • Derrochar dinero. • Tratar con exceso de confianza o criticar a otras personas.

⌘ **Neurosis**

Enfermedad caracterizada por una gran variedad de síntomas de carácter funcional y a veces por ataques convulsivos, fobias, angustias que constituyen disturbios psicológicos de la personalidad.

Laplanche designa el termino Neurosis como la afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. (Laplanche y Pontalis 2008, p. 236).

Una neurosis se considera fuera del curso normal o grave cuando el niño se hace una idea errónea con respecto al mundo exterior, es decir, idea que no corresponde al grado de inteligencia o bien cuando sus propias emociones le resultan extrañas, cuando muestra una falta en su personalidad y/o cuando su motricidad escapa al control del yo.

⌘ **Oligofrenia**

El trastorno afecta a la persona de una manera global. Esta alteración consiste en una anulación, disminución, retraso o desviación de aquellas capacidades, funciones y comportamientos de la persona propias de una maduración normal.

Si bien el déficit es de base orgánico-intelectual, en un grado más o menos importante, se acompaña a menudo de otros trastornos orgánicos de tipo morfológico, neurológico, motor o endocrino. La vida instintiva a menudo está perturbada como consecuencia de un desequilibrio entre los diversos instintos, por disminución de unos o hipertrofia de otros.

Clásicamente se distribuían en tres grupos según la gravedad del trastorno. Los débiles mentales eran los ligeramente afectados, los imbeciles eran los que tenían una afectación moderada y los idiotas eran los que estaban severa o profundamente afectados.

La distribución según el grado de afectación, que hemos hallado en nuestro estudio es coincidente y se aproxima a la que da la DSM-IV:

- Oligofrenias ligeras (CI entre 70-50)
- Oligofrenias moderadas (CI entre 50-35)
- Oligofrenias severas (CI entre 35-20)
- Oligofrenias profundas (CI inferior a 20)

Todas estas enfermedades afectan la psiquis de la personas y en consecuencia pueden ser consideradas como enfermedad mental.

2.4. HISTORIA DE LOS CENTROS PSIQUITARICOS

La historia comienza en la antigüedad donde el planteamiento terapéutico se basa en aplacar a los dioses con plegarias, pero si esto era insuficiente, se torturaba a la persona afectada y se la sometía a privaciones, con el fin de convertirla en un mal receptor de dichos espíritus o para conseguir expulsarlos de su cuerpo.

En las civilizaciones antiguas, contemplaron la enfermedad como algo mágico y mitológico. La creencia más generalizada fue la de que el trastorno se debía a una posesión demoníaca.

En el Siglo V, a.C. Aparece Hipócrates, quien expone que solo había una causa biológica de las enfermedades y que los tipos temperamentales estaban basados en una mezcla de humores corporales. Así, la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema permitían catalogar cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico.

Los tratamientos para los dementes no eran diferentes a la tortura. A los pacientes se les encerraba en jaulas, sótanos o establos para animales; eran encadenados a las paredes, se les golpeaba y azotaba. Benjamín Rush, autor del primer libro de texto norteamericano sobre psiquiatría, demostró que el terror tenía un efecto terapéutico.

Con el inicio de la edad media desaparece esta actitud científica ante la enfermedad mental se fortalece la idea de que las enfermedades mentales están relacionadas con posesiones diabólicas, por lo que la superstición, la demonología y el exorcismo vuelven con toda su amplitud.

Los cuidados de los enfermos pasan a manos de los clérigos, los procedimientos terapéuticos eran brutales, sometiendo a los afectados a torturas y hogueras para su curación y la salvación de su alma.

En este período la enfermedad mental se considera primariamente una enfermedad somática, atribuida a una utilización deficiente de la razón, dando lugar a un entendimiento más apropiado y realista de la naturaleza humana, destacando la unidad cuerpo-mente y los fundamentos biológicos de la psicología.

Durante el renacimiento nace una época de contrastes en donde aparece el Humanismo, el cual define al hombre como ser individual y se cuestionan los conceptos sobrenaturales y teológicos propugnados por la iglesia.

A.J. Weyer en describe diversos cuadros psiquiátricos y reconoce la importancia que sobre ellos tienen las vivencias de la infancia y el ambiente. Con él, los enfermos pasan del cuidado de los clérigos a las manos de los médicos. Sin embargo, en esta época, aparecen nuevos intentos de tratar más humanamente al enfermo mental; se crean los primeros nosocomios en Valencia, llamados “hospitales de inocentes y orates”. La orden de San Juan de Dios, destaca por su contribución en el tratamiento más humanitario de los enfermos mentales.

A lo largo de los siglos XVII-XVIII surge una época de suma importancia pues surgen los conceptos de libertad, ciudadanía y el derecho a la propiedad, lo que conduce a la libertad de los enfermos mentales para ser llevados a centros adecuados.

Posteriormente en los Siglos XVIII-XIX. Pinel se convierte el fundador de la psiquiatría. Proclamó la aceptación de los enfermos mentales como seres humanos que necesitan asistencia médica, cuidados de enfermería y servicios sociales. Paralelamente, se introduce la terapia moral en el tratamiento. Poco a poco se produce una mayor aceptación de la locura, lo que conlleva a que aumente la creación de instituciones centradas en el cuidado de las enfermedades mentales.

Aparece la figura de E. Kraepelin, quien desarrolló un sistema de clasificación descriptiva sistematizada de los trastornos psiquiátricos. Otro de estos pilares es la concepción dinámica del enfermar psíquico iniciado por S. Freud, con el desarrollo de su teoría psicoanalítica. Jaspers introduce el rigor metodológico en psiquiatría, explicativo y comprensivo.

A finales del S. XIX y comienzos del XX, se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. Theodor y Friederieke inauguran la primera escuela de enfermería.

El 18 de junio de 1940, el psiquiatra británico y militar J.R. Rees se dirigió a la asamblea anual del consejo nacional de higiene mental del Reino Unido, y describió las metas de la psiquiatría como la infiltración de sectores clave de la sociedad: la política, la ley, la iglesia, la medicina y la educación. Los años de la guerra, con los psiquiatras introduciéndose en círculos del gobierno y de la inteligencia militar, se convirtieron en el trampolín para el crecimiento más explosivo en la historia de la psiquiatría.

El psiquiatra G. Brock Chisholm abogó por el plan maestro de Rees, quien pedía la reinterpretación y eventual erradicación del concepto del bien y el mal como objetivo vital de la psiquiatría. En él se afirmaba que para impedir la guerra en el futuro, los psiquiatras necesitaban eliminar la moralidad. Al llevar a cabo esta misión, los psiquiatras han creado un vacío moral, con creciente violencia, crimen y una sociedad donde abunda el consumo de drogas.

Meyer introduce en el Siglo XIX en EEUU el sistema de Kraepelin, posibilitando un mayor acercamiento a la psiquiatría anglosajona y la unificación de criterios clasificatorios. Pavlov intenta dar un enfoque alternativo y formula la identificación del condicionamiento instintivo y junto a Thorndike constituyen los pilares actuales del conductismo y abren vías para una psicología experimental. Surgen nuevas maneras de ver y tratar a estos enfermos, muchos de ellos basados en el concepto médico de la etiología de la enfermedad.

Actualmente, la psiquiatría sigue trabajando en el estudio etiológico de la enfermedad mental incluyendo nuevas etiologías como la herencia genética, en busca del desarrollo de medidas de diagnóstico y tratamiento más precisas para los problemas de salud mental.

Con el seguro de salud disponible en Estados Unidos, a mediados de la década de 1940, la psiquiatría tenía que presentar un sistema de diagnóstico para tener derecho a percibir fondos, pero al no haber podido aislar al menos una enfermedad mental científicamente comprobada, en su lugar la profesión compiló un catálogo de síntomas de conducta, por votación las crearon como “trastornos mentales” y las publicaron en su nuevo Manual de Diagnóstico y Estadísticos de Trastornos Mentales.

Una nueva financiación del gobierno y una forma de incrementar sus clientes para las drogas, los psiquiatras y el Instituto Nacional de Salud Mental (en EEUU), crearon la estrategia de mercado denominada Década del Cerebro, a fin de justificar más fondos para investigar una base biológica para la enfermedad mental. Promocionaron términos como “trastorno tratable del cerebro”, “enfermedad del cerebro sin fallas” y “desequilibrio químico”, lo cual desencadenó una nueva oleada de venta de drogas psiquiátricas internacionalmente, que para el 2005 había alcanzado los 76 mil millones de dólares al año.

Hablando un poco sobre la Historia de los Centros Psiquiátricos en México se tienen datos que fue alrededor de 1566 cuando se construyó el primero Centro que albergaba a las personas que padecían algún tipo de enfermedad psíquica. Dicho centro fue fundado por Fray Bernardino Alvares, quien dedicó su vida al cuidado de este tipo de personas colocando el centro a un lado de la Iglesia de San Hipólito en lo que ahora es el centro de la Ciudad de México, de este periodo se consideraron importantes los centros hospitalarios llamados “La Canoa” y “San Hipólito”.

En la década del siglo XX Porfirio Díaz inauguro el Manicomio General construido en el sur de la ciudad por el rumbo de Mixcoac, a dicho centro se le dio el nombre de “La Castañeda”, el cual tenía la particularidad de concentrar un solo lugar a toda la población con alguna deficiente mental. Era el centro destinado

especialmente al tratamiento de enfermedades mentales que existió, al menos en la capital de la República, pero fue hasta finales de la década de los sesenta que se construyeron nuevos centros hospitalarios sobre todo a las afueras de las ciudades (por ejemplo, el centro Fernando Ocaraza ubicado en el kilómetro 62 de la carretera federal México. Puebla) logrando tener en la actualidad alrededor de 25 centros.

Sin embargo, y a pesar de que las estadísticas de la Secretaría de Salud, señalan que debería haber una mejoría cuantitativa de los centros hospitalarios, por lo que al renglón de este tipo de salud se refiere, la realidad en los hechos exige una mejora para el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, para la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana, para la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

Concluyendo que a lo largo de sus 200 años de historia, la psiquiatría no ha podido determinar la causa, ni desarrollar la cura de una sola enfermedad mental. Por el contrario, sus tratamientos han causado incalculable dolor y penurias a quienes buscan ayuda, en vez de mejorar la salud mental de la sociedad, la psiquiatría obtiene enormes ganancias con la crisis de enfermedad mental que ha creado. Hoy la psiquiatría está creando afanosamente la apariencia de progreso científico con nuevos ataques contra el cerebro. Pero como ha demostrado la historia, la nueva cura milagrosa de la psiquiatría es la atrocidad de mañana.

2.5. PACIENTES PSIQUIATRICOS EN RECLUSIÓN

La esquizofrenia presenta una considerable importancia en relación a la delitología, ya que los efectos de esta enfermedad delinquen con gran frecuencia, según Bleuer.

Los esquizofrénicos delinquen tanto en los inicios de la enfermedad como en la plenitud de la misma; la génesis delictiva de ellos es doble; debido al automatismo y la impulsión, puesto que el automatismo es un acto sin motivación y es propio de las formas simples y catatónica, aunado a que la impulsión es un acto con motivación delirante propio de las demás formas clínicas y que da lugar a frecuentes actos de auto y heteroagresividad.

Los esquizofrénicos pueden cometer toda clase de delitos, y suelen ser consecuencia de la índole de su enfermedad, primordialmente de su pérdida de contacto con la realidad y de su idiopático trastorno de la afectividad, en cuanto al tipo de delitos, diversas estadísticas de autores extranjeros sitúan el homicidio y otros delitos contra la integridad corporal en el primer lugar por su frecuencia.

En clara dependencia con su pérdida de contacto con la realidad y con su disposición afectiva, los enfermos cometen a menudo delitos de desacato, resistencia y atentado a la autoridad, agresión a agentes de la autoridad, insubordinación o deserción.

Gil en el 2011 hizo un estudio acerca de las características psicopatológicas y delictivas de 35 pacientes dentro del Hospital Psiquiátrico Provisional de Madrid donde obtuvo que de la población total 14 de ellos estaban diagnosticados con esquizofrenia paranoide que habían cometido algún tipo de homicidio, lesiones y robo bajo una medida de seguridad de 4 años y 11 meses además de encontrarse en situación desfavorable puesto que su familia no se hacía cargo de su cuidado.

El homicidio de los esquizofrénicos consiste en un acto absurdo, impremeditado, insólito, psicológicamente incomprensible, que no produce ninguna repercusión afectiva, y en ocasiones matizado con un acentuado refinamiento de crueldad debido a la claridad de conciencia del individuo y la indiferencia y total ausencia de arrepentimiento, lo que produce la extraña frialdad pos delictiva.

En el caso del delito de lesiones causadas por esquizofrénicos ofrecen matices similares a los del homicidio: ausencia de motivación, perfecta lucidez durante el acto, aparente perversidad, impasibilidad, nunca niegan el hecho, dando explicaciones infantiles o absurdas, por ser delirante o relacionadas a las alucinaciones.

De acuerdo al Artículo 76 de la Ley General de Salud se establece la obligación de establecer normas técnicas para aquellos enfermos mentales que se encuentren en reclusión o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

Uno de los derechos humanos más importantes es cuando una persona se encuentra afectada de sus facultades mentales y ha de estar en prisión es necesario lo separen de los demás presos, es por ello que se crearon los Centros Penitenciarios donde se ubica esta población.

La separación de los enfermos mentales del resto de los internos se hace necesaria debido por la enfermedad que padecen ya que estos pueden sufrir agresiones o contagios, además de agredir o contagiar a otra persona. Igualmente tienen derecho a que se les brinde el tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico necesario para evitarle sufrimientos, controlar su enfermedad y rehabilitarse.

Finalmente, el enfermo mental tiene derecho a que cuando lo separen de la sociedad se le designe el mayor número de servicios, como es el cuidar su higiene, comer, descansar, así como tener actividades recreativas en la medida en que su enfermedad se lo permita.

Por otro lado y de acuerdo a diversos lineamientos establecidos por el Sistema Penitenciario a través de un Reglamento para los Centro de Reclusión es importante nombrar algunos artículos, por ejemplo:

El Artículo 7, refiere a través de la Subsecretaria del Sistema Penitenciario se establecerán instrumentos para la realización de las actividades laborales, de capacitación para el trabajo, medicas, asistenciales, educativa, culturales, recreativas, deportivas, sociales y para la comunicación con el exterior y la recepción de visitantes.

El Artículo 8, comenta que además de fortalecer la educación, el trabajo y la capacitación como medios para lograr la reinserción social de los internos, la organización y el funcionamiento de los Centros Penitenciario, tenderán a conservar y fortalecer en el interno, la dignidad humana, la protección, al organización y el desarrollo de la familia a propiciar su superación personal el respeto a sí mismo a los demás a los valores sociales y culturales de la Nación.

El Artículo 51, señala que los centros de Rehabilitación Psicosocial son Instituciones especiales para la atención y tratamiento de internos inimputables y enfermos psiquiátricos, los cuales estarán ubicados en lugar distintos de aquellos para la reclusión preventiva y la ejecución de sanciones penales para lo cual se creó en Centro Varonil de Readaptación Psicosocial.

El Artículo 52, explica que los internos que requieran atención psiquiátrica serán canalizados a los Centros de Rehabilitación Psicosocial, avalados con el dictamen psiquiátrico respectivo que cubra los criterios de inclusión del centro y la documentación requerida.

CE.VA.RE.PSI

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) se creó el 20 de Junio de 1997, como respuesta a la necesidad de contar con un espacio especializado para dar tratamiento integral a la población penitenciaria inimputable, misma que es determinada bajo este término por la ley; es decir, son

aquellos individuos que no tienen conciencia antes, durante y después del acto delictivo, por presentar alguna enfermedad mental.

Actualmente el CEVAREPSI cuenta con una población actual de 409 internos, dividido en 6 dormitorios donde los dormitorios 1, 2 y 3 albergan internos con bajo nivel de funcionalidad psicosocial así como retraso mental; los dormitorios 4 y 5 están destinados a la población que por su grado de funcionalidad psicosocial y por criterios del equipo interdisciplinario, han alcanzado el máximo beneficio que proporciona el Centro y se encuentran próximos a ser integrados a su lugar de origen u obtener su libertad.

El dormitorio 6 es el área de Ingreso y Centro de Diagnóstico Ubicación y Determinación de Tratamiento en donde el interno paciente permanece bajo una estrecha observación de las áreas técnicas y medicas quienes realizan sus estudios de personalidad para determinar un perfil criminológico y el área médica se encarga de controlar la enfermedad hasta que remita la sintomatología y poder ubicarlos a un dormitorio correspondiente a su perfil.

Uno de los objetivos del Centro, es propiciar de manera integral, una adecuada calidad de vida a la población interna paciente; por lo que se busca mantener una limpieza integral y una atmosfera de sanidad que redunde en el bienestar de la población interna de este Centro; así como el bienestar general de sus familiares que los visitan y del personal que labora en el Centro que son las siguientes:

- **HIGIENE Y SALUD**

Siendo la higiene y la limpieza uno de los pilares fundamentales para la rehabilitación de la población interna del centro se implementó un programa donde se entregan diversos materiales de aseo personal como son jabones, rastrillos, corta uñas, cambio de cobijas, uniformas y limpieza de cada una de las estancias.

- SALUD MENTAL Y VINCULACIÓN SOCIAL FAMILIAR

A través del área de Trabajo Social se realiza el seguimiento preciso de los internos que están por alcanzar su libertad para tener contacto con la familia y sensibilizar a está, para que el interno pueda ser reintegrado al seno familiar tras su salida.

- REHABILITACIÓN FISICA

Se implementan actividades que conllevan a un trabajo integro de psicomotricidad ya que se busca la mejoría corporal y emocional de los internos buscando mejorar la motricidad tanto gruesa como fina por lo que se realizan actividades deportivas poniendo especial atención a sus capacidades motrices.

- TERAPIA OCUPACIONAL

Se imparten clases de alfabetización en atención a los internos pacientes que no leen ni escriben por falta de estudios, los cuales continúan su educación con INEA a nivel Primaria y Secundaria.

- CAPACITACIÓN LABORAL

Dentro de este apartado se realiza un taller de capacitación para el trabajo, cultivo de hortalizas y a través de la hidroponía se hace la cosecha de vegetales como son chiles, rábanos, cilantro, lechuga, tomates y flores para su venta posterior.

- EVENTOS CULTURALES

El centro cuenta con un área que brinda difusión y promoción cultural, partiendo del principio de que la cultura es un puente de desarrollo para las capacidades intelectuales, psicomotrices y afectivas ya que favorece el incremento de la autoestima, el autoconocimiento y las habilidades psicomotrices.

- APOYO TECNICO

Área donde se realizan los estudios de Diagnóstico y Ubicación del interno-paciente de diferentes áreas como son:

- Psicología
- Criminología
- Trabajo Social

El área de psicología de manera específica realiza una entrevista semiestructurada donde se verifican datos personales, estilo de vida, hábitos de salud y consumo, antecedentes familiares, historia familiar, escolar, y laboral, para después hacer un diagnóstico acerca del grado de funcionalidad tomando en cuenta los protocolos establecidos por la Institución.

CAPITULO 3

DELITOS

A lo largo de este capítulo se desarrollaran los diversos delitos según el Código Penal del Distrito Federal los cuales son tema de investigación y es una de nuestras variables de inclusión.

Según el Código Penal (2012) se entiende por delito: Toda acción u omisión expresamente prevista por la ley penal. Para que ésta se considere tal, debe contener una norma y una sanción. (Código Penal 2012).

Existen algunos factores que se deben tomar en cuenta para poder considerar esta acción como delito y son las siguientes:

- ⊗ **Acción u omisión.** Supone que tiene que estar ante una acción humana externa y voluntaria. Esto supone que quedan excluidas del ámbito del Derecho penal conductas que no reúna alguna de estas características. Externo quiere decir que no son relevantes penalmente ni el pensamiento, ni la resolución delictiva que no se manifieste por actos exteriores, ni la disposición de ánimo.

Esta actuación tiene que ser voluntaria, es decir, dirigida por la voluntad del sujeto. No puede tratarse de un acto inconsciente.

- ⊗ **Antijuricidad.** Una acción u omisión que sea típica será además antijurídica salvo que concurra una causa de justificación. La antijuricidad engloba la acción de un mandato o de una prohibición. Por ejemplo matar a otro es homicidio, pero si esa muerte se produce en legítima defensa entonces el Derecho autoriza a la persona agredida para defenderse, por lo que no habrá infringido ninguna norma.

- ⌘ **Culpabilidad.** En una conducta es culpable cuando es atribuible a su autor. Es atribuible o reprochable cuando este es capaz de impedir una determinada conducta que estaba realizando que era prohibida y además tenía la capacidad para obrar conforme a ese entendimiento. Lo cual supone que si el sujeto obra conforme a ese entendimiento es capaz de evitar esa conducta.

- ⌘ **Inimputabilidad.** Es inimputable aquel que no sabe lo que hace. Aquel que no es dueño de sus actos. Por ejemplo un menor de 14 años o un enfermo mental a no ser que esté en un periodo de lucidez mental, así como que alguien comete que un delito bajo los efectos totales del alcohol o drogas.

- ⌘ **Inculpable.** Es aquel que aunque sabe lo que hace se vio forzado a realizarlo ante una situación tan difícil que el Derecho no puede reprocharle esa conducta; por ejemplo, dos náufragos que van en una tabla y se va a romper por el peso de los dos, entonces viene un barco pero no aguanta la tabla, por lo que uno tira al otro.

- ⌘ **Punibilidad.** El contenido de la punibilidad se refiere a la exigencia de una serie de requisitos que se presentan en algunos delitos y de cuya existencia depende que se castigue o no. La mayoría de los delitos quedan constituidos con los requisitos anteriores, pero hay determinados delitos que precisan de un requisito adicional para ser castigado.

Por ello es importante identificar cada uno de ellos porque de ello dependerá la decisión final que ejecutara el Juez indicado.

De acuerdo al Código Penal Federal (2012), en el Capítulo V Del Título Tercero habla sobre la Aplicación de Sanciones y Tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o

psicotrópicos, en internamiento o en libertad del Artículo 67 al 69 Bis indicándonos:

En la cuestión de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

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

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

En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si la capacidad del autor de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido o la medida de seguridad tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.

Es importante mencionar que para considerar inimputable al agresor, deben practicarse los estudios profesionales necesarios, al mismo tiempo con el fin de llegar a la verdad de su comportamiento y poder darle el tratamiento necesario.

- **ROBO**

Se encuentra dentro de los delitos contra el patrimonio que se especifica del Artículo 220 al 226 del Código Penal del Distrito Federal que nos refiere:

Persona que con ánimo de dominio y sin consentimiento de quien legalmente pueda otorgarlo se apodere de una cosa mueble ajena, se le impondrán: Prisión mínima de seis meses a una máxima de diez años según el valor de lo robado tomando como valor mínimo de trescientas veces el salario mínimo y setecientas cincuenta veces el salario mínimo.

Para determinar la cuantía del robo, se atenderá únicamente al valor de mercado que tenga la cosa en el momento del apoderamiento.

Se aumentará en una mitad las penas previstas cuando el robo se cometa:

- I. En un lugar cerrado
- II. Aprovechando alguna relación de trabajo, hospital
- III. Por quien haya recibido la cosa en tenencia precaria;
- IV. Sobre equipaje o valores de viajero o en terminales de transporte
- V. Por los dueños, dependientes, encargados o empleados de empresas.

Se agregaran de dos a seis años de prisión cuando sea:

- I. En lugar habitado,
- II. En una oficina bancaria, u otra en que se conserven caudales o valores,
- III. Encontrándose la víctima o el objeto del apoderamiento en un vehículo particular o de transporte público,
- IV. Aprovechando la situación de confusión causada por una catástrofe,
- V. En contra de transeúnte, en la vía pública o en espacios abiertos.

Se incrementarán con otros dos a seis años, cuando el robo se cometa:

- I. Con violencia física o moral, o cuando se ejerza violencia para darse a la fuga o defender lo robado;
- II. Por una o más personas armadas o portando instrumentos peligrosos.

- **HOMICIDIO**

Está ubicado en los delitos contra la vida y la integridad corporal, consta del Artículo 123 al 129 del Código Penal del Distrito Federal el cual nos refiere:

Individuo que prive de la vida a otro se le impondrá de ocho a veinte años de prisión. Se tendrá como mortal una lesión, cuando la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación.

Es causa de prisión a la persona que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, adoptante o adoptado, cónyuge, concubina o concubinario u otra relación de pareja permanente, imponiéndole de diez a treinta años.

A quien cometa homicidio calificado que se define como la acción de encontrar a la persona en acción cometiendo el delito se le impondrá de veinte a cincuenta años de prisión.

Al que prive de la vida a otro en riña se le impondrá de cuatro a doce años de prisión si se tratare del provocador y de tres a siete años, si se tratare del provocado.

TIPOS DE HOMICIDIO

❖ HOMICIDIO DOLOSO

Es aquel que presenta cuando el agente efectúa el hecho con su voluntad esperando que se realice la muerte de la víctima, en el homicidio se pueden representar tanto dolor directo o individual, como eventual e indeterminado.

Carrara (1967), apunta "...es doloso cuando hay una intención de dar muerte, intención que puede no ser explícita, como sucede en el dolo indeterminado, es decir, cuando se emplean medios que por su naturaleza dejaban prever que habrían podido ocasionar la muerte, aunque ésta no se quisiera como resultado necesario de los propios actos."

❖ HOMICIDIO CULPOSO

Se puede presentar con culpa consciente con representación, e inconsciente sin representación.

Porte en 1978 define culposo cuando se comete previéndose la muerte con la esperanza de que no se produzca o previéndola siendo previsible, de este modo, abarcarse el homicidio culposo con y sin representación.

❖ HOMICIDIO PRETERINTENCIONAL

En este tipo de homicidio el agresor actúa dolosamente en un principio, pero tiene un final culposo, es decir, el sujeto no tiene la intención de producir la muerte de la víctima.

Algunos autores refieren la preterintencionalidad cuando queriendo causar un daño menor que la muerte, se causa habiéndola previsto con la esperanza que no se producirá o no previéndola cuando debía haberla previsto.

- **ABUSO SEXUAL**

Se encuentra ubicado en los delitos contra la vida y la integridad corporal, consta del Artículo 176 al 178 del Código Penal del Distrito Federal el cual nos refiere:

Persona que sin consentimiento de otra y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión.

Si se hiciere uso de violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Se impondrán de 2 a 7 años al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo,

Las penas previstas aumentarán en dos terceras partes, cuando fueron cometidos por algún ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, el padrastro o la madrastra contra su hijastro, éste contra cualquiera de ellos.

- **LESIONES**

Se ubica en los delitos contra la vida y la integridad corporal constituido del Artículo 130 al 135 del Código Penal del Distrito Federal el cual nos relata:

Al que cause a otro un daño o alteración en su salud, en esta caso las sentencias que se impongan dependerán del tiempo en que tarden en sanar las heridas teniendo como días mínimos de 15 con una multa de

entre 30 y 90 días de salario mínimo y de 8 años cuando la vida se ponga el peligro.

Se aumentaran en una mitad cuando quien cause lesiones se lo haga a un ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubina o concubinario, pareja permanente, adoptante o adoptado.

- **VIOLACIÓN**

Se ubica en los delitos contra la libertad, la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual organizado del Artículo 174 y 135 del Código Penal del Distrito Federal, el cual nos describe:

Sujeto que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a diecisiete años. Entendiéndose por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal.

Cuando se introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral se sancionara de igual manera.

Se sancionará con la misma pena, al que realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto del pene en una persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho.

- **RETENCIÓN Y SUSTRACCIÓN DE MENORES O INCAPACES**

Se ubica en los delitos contra la libertad y la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual y consta del Artículo 171 al 173 del Código Penal del Distrito Federal el cual nos refiere:

Persona que sin tener relación de parentesco retenga sin el consentimiento de quien ejerza su custodia legítima o su guarda al menor, se le impondrá prisión de uno a cinco años y de cien a quinientos días de multa.

Si la retención o sustracción se realiza en contra de una persona menor de doce años de edad las penas previstas se incrementarán en una mitad.

Se impondrá de uno a cinco años de prisión y de cien a quinientos días de multa, al ascendiente, descendiente, cónyuge, pariente colateral o afin hasta el cuarto grado, que retenga o sustraiga a un menor o incapaz y que sobre éste no ejerza la patria potestad, la tutela o mediante resolución judicial no ejerza la guarda y custodia.

- **VIOLENCIA FAMILIAR**

Situado en los delitos contra de un integrante de la familia consta del Artículo 200 al 202 dentro código penal del distrito federal el cual nos refiere:

Sujeto que, por acción u omisión, ejerza cualquier tipo de violencia física o psicoemocional, dentro o fuera del domicilio familiar en contra de:

- I. El o la cónyuge, la concubina o el concubinario,
- II. El pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin límite,
- III. El adoptante o adoptado,

IV. El incapaz sobre el que se es tutor o curador.

Para los efectos del artículo anterior, se entiende por:

- ± Violencia física: A todo acto intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro.

- ± Violencia psicoemocional: Es todo acto u omisión consistente en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, indiferencia, abandono, o actitudes devaluatorias, que provoquen en quien las recibe alteración auto cognitiva.

En caso de determinarse el ejercicio de la acción penal, el Ministerio Público solicitará al Juez la confirmación, ampliación o cancelación, en su caso, de las medidas precautorias referidas en el párrafo que antecede, quién deberá resolver lo conducente sin dilación.

INIMPUTABILIDAD

De acuerdo al polimorfismo de esta psicosis, la cuestión de imputabilidad debe ser analizada de forma rigurosa y minuciosa en relación con la fase o situación de la enfermedad.

Es por ello que según el Código Penal Federal se considera inimputable a la falta de querer y entender el delito cometido.

De acuerdo al Artículo 15 del Código Penal Federal menciona que si al momento de realizar el hecho típico, el agresor no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en

virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agresor hubiese provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

En estos casos existen diversas causas, por la cual el agresor puede ser considerado inimputable y son:

✦ **TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO**

Es la falta de desarrollo mental, la potencia intelectual del pensamiento, propósito y voluntad que no permite llegar al sujeto a un estado mental de acuerdo a su edad.

Este trastorno se presenta en aquellos casos, en que el agresor sufre un cambio en su psique, el cual lo lleva a actuar de una forma distinta de como lo haría en condiciones normales, es decir, que por su alteración o trastorno mental transitorio cometa algún delito, lo cual ha cometido sin la voluntad de hacerlo o lo haya provocado.

Esto es, cuando el sujeto actúa ilícitamente, pero bajo una situación extraordinaria de enfermedad mental, por la cual no es capaz de saber el alcance de sus actos guiándose por sus impulsos o instintos.

✦ **INCAPACIDAD**

Se presenta en aquellas personas en el que por su reducida edad no pueda discernir del bien o del mal, es decir no saben cuál será el resultado de sus acciones, su psique no se encuentra preparada todavía, no ha madurado para poder querer y entender el delito o bien en virtud de padecer algún trastorno mental o de desarrollo intelectual retardado.

✦ INMADUREZ MENTAL

Existen dos variantes en este rubro:

- I. Menores de edad.- Este será castigado por las leyes penales teniendo que ser trasladado a un Consejo Tutelar de Menores para su educación y readaptación donde estará sometido bajo un régimen de reinserción social diferente al de un penal.

✦ FALTA DE SALUD MENTAL

La falta de salud mental es cuando un individuo que al momento de realizar el hecho no tiene la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esa comprensión y cuya conclusión responderá del resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o fuera previsible.

También es considerado con falta de salud mental cuando la persona es privada de razón, es decir, que el sujeto pasivo padece de enajenación mental ya sea en forma patológica de insuficiencia de sus facultades o de alteraciones morbosas de las mismas así como de un estado psiquiátrico de la consciencia.

✦ MIEDO GRAVE

Surge del interior de una persona que por circunstancias especiales lo margina para actuar racionalmente, debido a ese sentir subjetivo real o imaginario ante un peligro, como la creación de fantasmas, de espantos, etc. los cuales lo obligan de cierta manera a su proceder.

Es importante mencionar que para los delitos de lesiones, homicidio y abuso sexual considerado que por esta causa el agresor no actué con voluntad, sino bajo los efectos que se le presentaron en el momento siendo más fuerte que su propia voluntad.

Es de prioridad señalar que este pánico debe ser interno, subjetivo, porque de existir un temor real objetivo, ya no será miedo grave, sino temor fundado y por ello pierde la inimputabilidad.

En la esquizofrenia se presenta con frecuencia la situación de reimputabilidad, que es la curación completa del enfermo por el adecuado tratamiento en los periodos precoces de la psicosis, el cual posteriormente comete un hecho delictivo, sin motivación ni contenido patológicos, del que puede ser completamente inimputable.

En las situaciones de defecto esquizofrénico, la inimputabilidad del individuo está en proporción con la intensidad de este y con los síntomas consecutivos a la presencia de este defecto, dada la personalidad del sujeto, por ello el termino inimputable debe estimarse normal cuando la restitución a la normalidad haya sido completa.

Finalmente en las esquizofrenias reactiva, la inimputabilidad es proporcional al trastorno mental, de variable intensidad según los casos; al cabo de un cierto tiempo de pasada la psicosis reactiva, la inimputabilidad puede ser completa, ya que no se presenta defecto en la personalidad.

CAPITULO IV

MÈTODO

Es conveniente distinguir entre causas y condiciones de los orígenes de la conducta violenta estableciendo entre ella correlaciones y probabilidades. El objetivo de esta investigación fue indagar acerca de la vida de pacientes con esquizofrenia y saber qué relación tiene con el delito que cometieron de un Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial en el año 2011 para poder cuantificar cada uno de los datos sociodemográficos entre la patología y el tipo de delito realizado.

El manejo de las enfermedades mentales y concretamente de la esquizofrenia necesitan tratamientos a largo plazo los cuales les ayuden a minimizar el riesgo de recaídas y reingresos, por lo tanto aumentan las posibilidades de tener un buen funcionamiento social e incluso laboral.

SUJETOS

La muestra estuvo conformada de manera no probabilística por 79 internos sentenciados por algún delito en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CE.VA.RE.PSI).

VARIABLES

- Pacientes diagnosticados clínicamente con esquizofrenia paranoide
- Sentenciados por cualquier delito

DISEÑO

El diseño es no experimental ya que no habrá manipulación de variables. Se considera ser exploratorio y descriptivo, por lo que, se pretende recabar información, identificar la relación de dichos datos y resumir información, a fin de

extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en el año 2011.

INSTRUMENTOS

- Expedientes Clínicos

De ellos se obtuvo el diagnóstico psiquiátrico para localizar a los pacientes que presentan esquizofrenia y así obtener los distintos tipos de ella, así como antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y motivo aparente del consumo inicial y su historial clínico de hospitalizaciones previas a su ingreso al Ce.Va.Re.Psi

- Expedientes Jurídicos

De ellos se logró obtener datos como:

- ⌘ Delito
- ⌘ Parentesco con la víctima
- ⌘ Sentencia
- ⌘ Estado actual dentro de reclusión
- ⌘ Calidad delincuencia
- ⌘ Datos sociodemográficos (edad, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de residencia)

PROCEDIMIENTO

⌘ Se hizo la revisión de los expedientes clínicos para saber el total de casos en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.

⌘ Una vez localizado el total de la población con esquizofrenia paranoide se procedió a revisar los expedientes jurídicos de cada uno de los pacientes para buscar los datos y descartar aquellos que no proporcionen dicha información.

- ⊗ Para la recolección de datos se utilizó un formato en el que venían todos los datos requeridos para el estudio.

- ⊗ Una vez efectuadas las tablas hechas con el programa de Excel 2010 se analizó la información con el fin de obtener porcentajes y medidas de tendencia central, con graficas de resultados de cada una de las variantes.

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS

Con base al objetivo planteado para la presente investigación, la cual fue demostrar de manera práctica lo dicho a lo largo de los capítulos, pudiendo analizar y extraer generalidades de la esquizofrenia paranoide y su relación con el delito en internos de un Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial en el año 2011.

Los resultados de la investigación se obtuvieron recabando información de los expedientes e identificando los datos analizados por medio del paquete estadístico SPSS/PC para Ciencias Sociales, con el objetivo de comprobar las hipótesis planteadas.

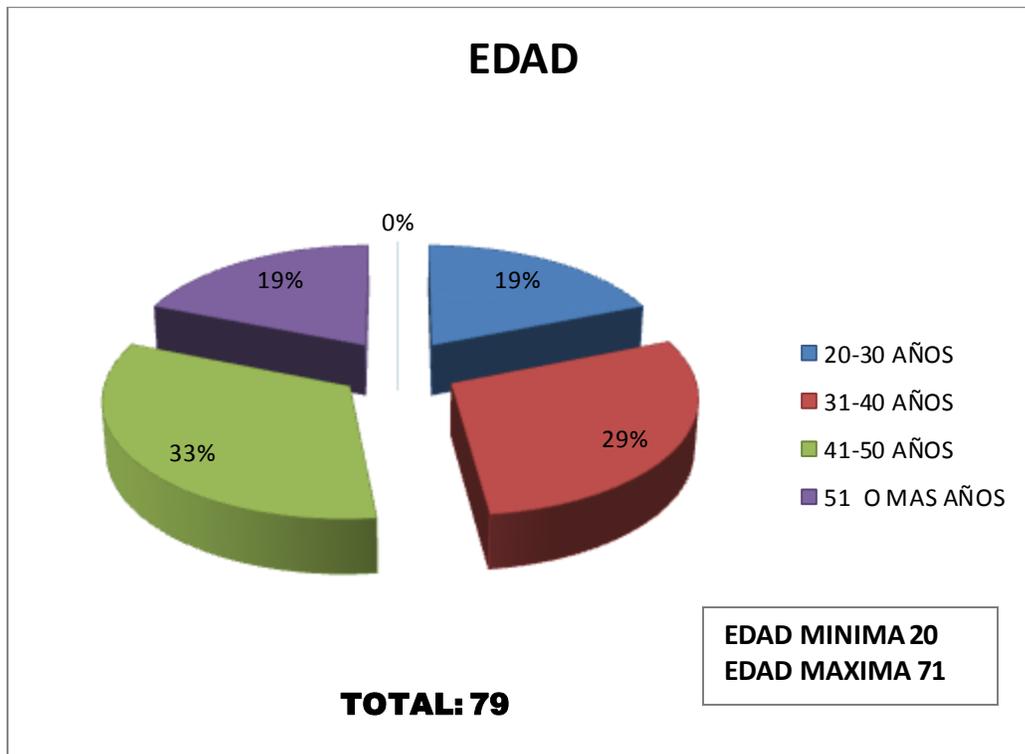
Como primer análisis y con el propósito de describir las características específicas de los 79 sujetos que integran la muestra, se emplearon elementos de la estadística descriptiva, como son frecuencias y porcentajes de las variantes:

- ⊗ Edad
- ⊗ Lugar de nacimiento
- ⊗ Estado civil
- ⊗ Escolaridad
- ⊗ Ocupación al exterior
- ⊗ Nivel socioeconómico
- ⊗ Religión
- ⊗ Delitos
- ⊗ Situación Jurídica
- ⊗ Medidas de Seguridad

Los datos encontrados se presentan a continuación en Graficas y Tablas para una mayor claridad de la información, explicando de cada una a detalle.

Figura 1
Frecuencia y porcentajes por Edad

EDAD	
20-30 AÑOS	15
31-40 AÑOS	23
41-50 AÑOS	26
51 O MAS AÑOS	15
TOTAL	79

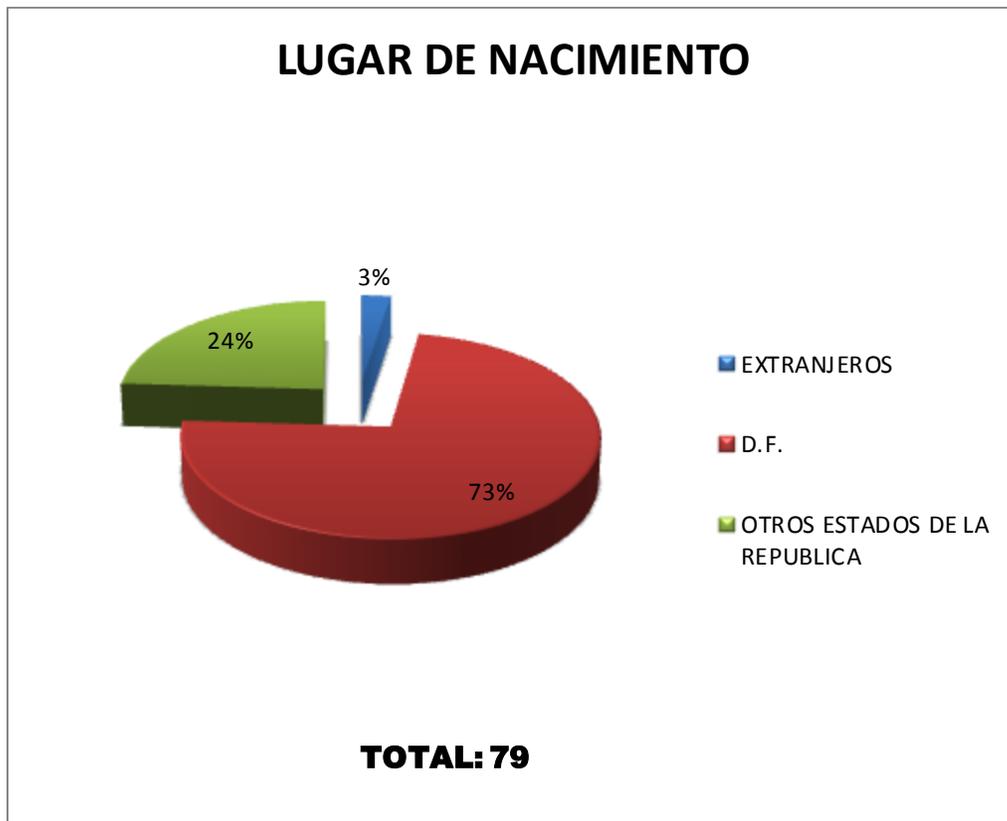


En la figura 1, se observa la edad de la población de estudio donde podemos ver que las personas de los 41 a los 50 años representan el 33%, seguido de las personas que van del 31 a los 40 años con un porcentaje del 29%, para finalmente tener a las personas entre los 20 y 30 años y los mayores a 51 años con un 19% cada uno.

Figura 2

Frecuencia y porcentajes por Lugar de Nacimiento

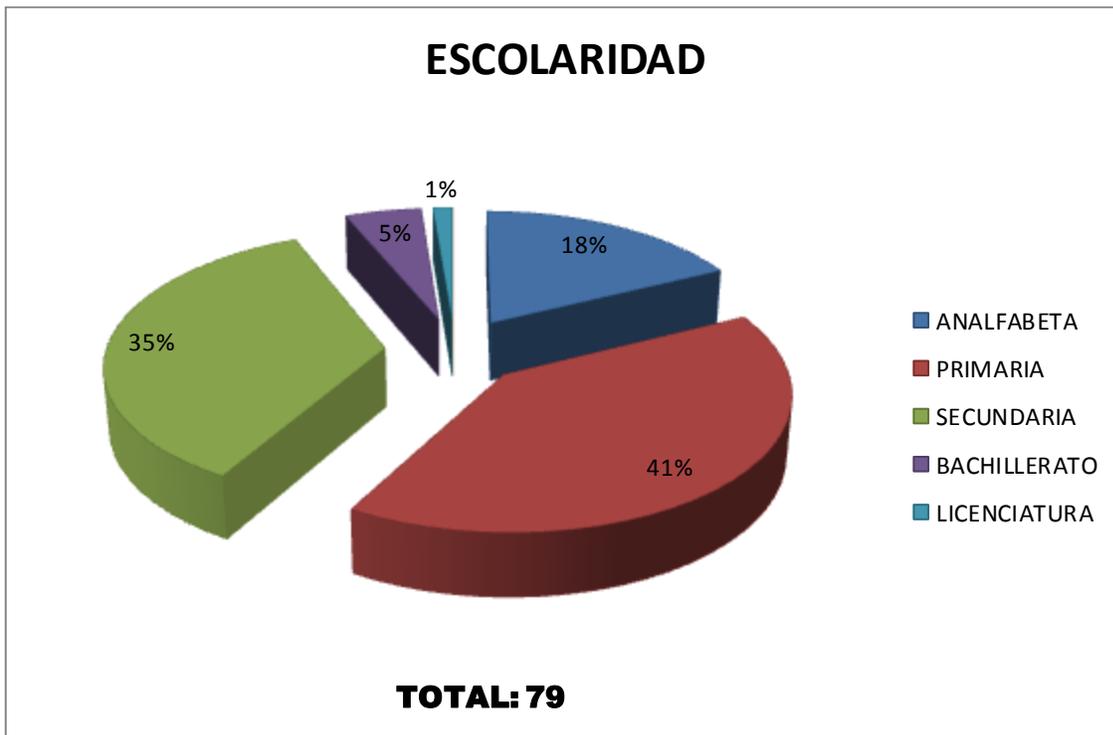
LUGAR DE NACIMIENTO	
D.F.	58
OTROS ESTADOS DE LA REPUBLICA	19
EXTRANJEROS	2
TOTAL	79



Respecto a esta variable se observa que la mayoría de la muestra nació en el Distrito Federal con un 73%, mientras que el 24% son originarios de otros estados de la República Mexicana, llegando a radicar en su mayoría al D.F. en la adolescencia, finalizando tan solo con un 3% que es extranjero.

Figura 3
Frecuencia y porcentajes por Escolaridad

ESCOLARIDAD	
ANALFABETA	14
PRIMARIA	32
SECUNDARIA	28
BACHILLERATO	4
LICENCIATURA	1
TOTAL	79



En relación a la variable de escolaridad, se muestra que un 41% cuenta con educación básica de primaria, continuando el 35% con la secundaria terminada, posteriormente se encuentra el 18% con los que carecen de instrucción académica siendo analfabetas que no saben leer ni escribir, el 5% cuenta con el bachillerato concluido y tan solo el 1% tiene la licenciatura concluida.

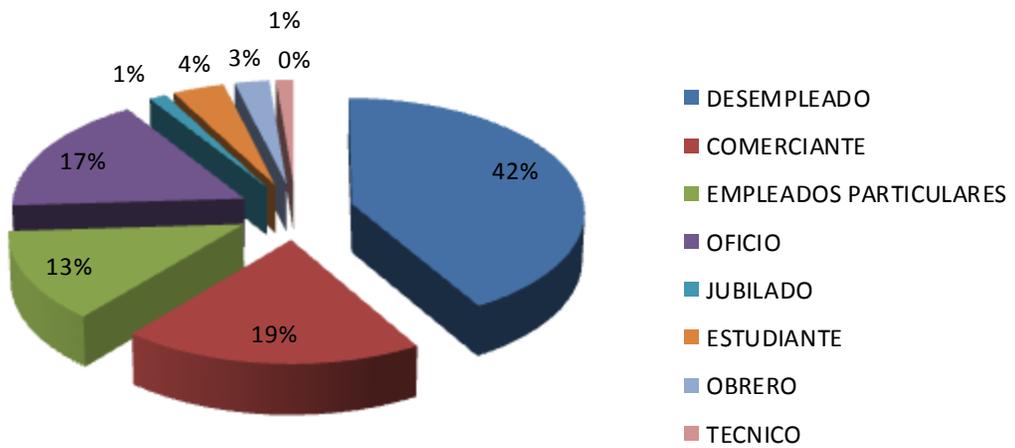
Figura 4

Frecuencia y porcentajes por Ocupación en el exterior

OCUPACION AL EXTERIOR	
DESEMPLEADO	32
COMERCIANTE	15
EMPLEADOS PARTICULARES	10
OFICIO	13
JUBILADO	1
ESTUDIANTE	3
OBRAERO	2
TECNICO	1
TOTAL	79

En la figura 4 lo que concierne a la ocupación que tenían al exterior, se muestra que el 42% es desempleado con situación de calle, el 19% funge como comerciante, el siguiente 17% desempeña algún oficio, el 13% tiene por ocupación algún empleo particular, el 3% se dedica a estudiar el nivel medio superior, el 3% se dedica a laborar en alguna obra de albañilería y tan solo el 2% es jubilado y trabaja como técnico en alguna empresa.

OCUPACION AL EXTERIOR

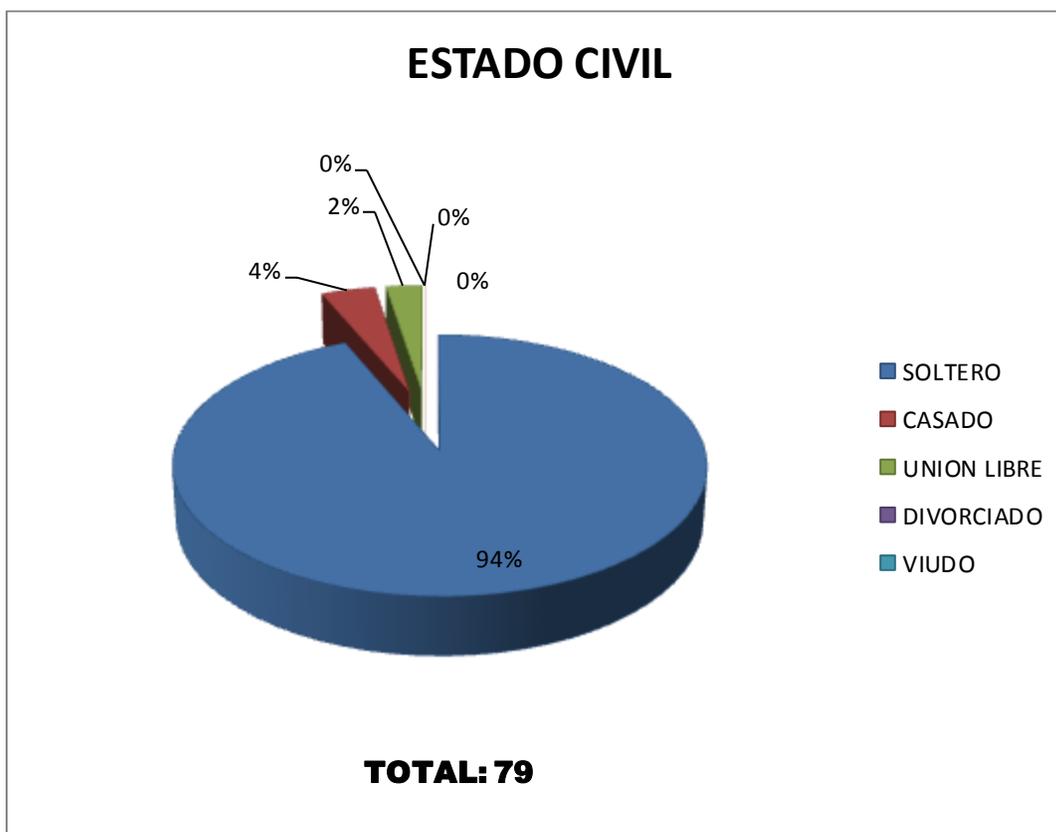


TOTAL: 79

Figura 5

Frecuencia y porcentajes por Estado Civil

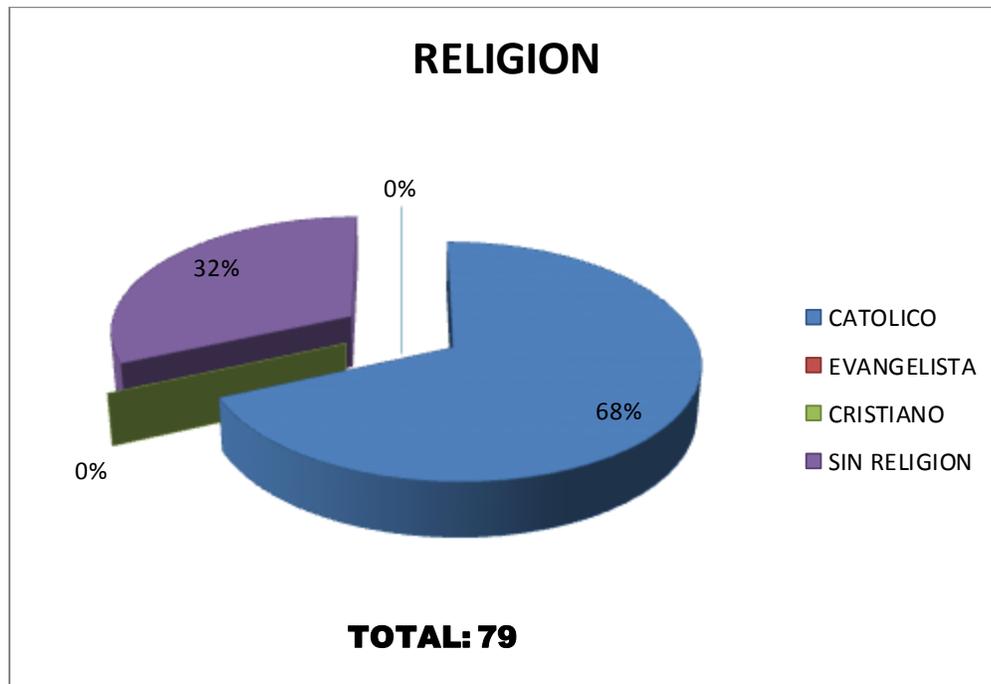
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	74
CASADO	3
UNION LIBRE	2
DIVORCIADO	0
VIUDO	0
TOTAL	79



En torno al estado civil, se describe que la mayoría de la muestra son solteros con una puntuación del 94%, los casados llegan al 4% y el 1% viven en unión libre.

Figura 6
Frecuencia y porcentajes por Religión

RELIGION	
CATOLICO	54
EVANGELISTA	0
CRISTIANO	0
SIN RELIGION	25
TOTAL	79

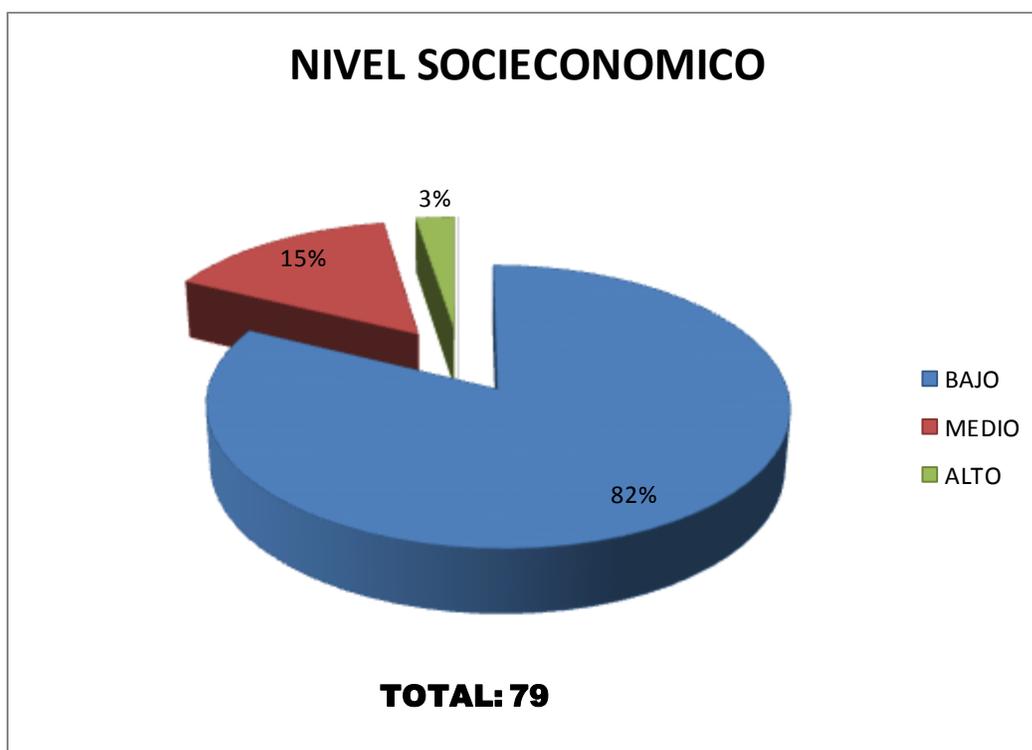


En cuanto a la religión que profesan, se encontró que el 68% de la población se reconoce como católico, refiriéndose en todos los casos que era algo inculcado por la familia y el 32% restante reportó no tener alguna religión.

Figura 7

Frecuencia y porcentajes por Nivel Socioeconómico

NIVEL SOCIOECONOMICO	
BAJO	65
MEDIO	12
ALTO	2
TOTAL	79



La muestra ésta oscila en la clase baja con un 82%, seguido en un 15% la clase media y con un menor porcentaje del 3% la clase alta.

Figura 8

Frecuencia y porcentajes por Frecuencia de Delitos

DELITOS	
ROBO AGRAVADO- CALIFICADO	41
HOMICIDIO CALIFICADO	22
ABUSO SEXUAL	9
LESIONES CALIFICADAS	2
VIOLACION	2
SUSTRACCION DE MENORES	2
VIOLENCIA FAMILIAR	1
TOTAL	79

Por lo que respecta a la frecuencia de delitos la figura 8, muestra en primer lugar el delito de Robo Agravado Calificado con 52%, seguido del 28% el delito de Homicidio Calificado, enseguida esta con un 11% Abuso Sexual.

Entre los menos esta con el 3% Violación y Sustracción de Menores, por debajo tenemos Lesiones con un 2% y por último con 1% se observa el delito de Violencia Familiar.

DELITOS

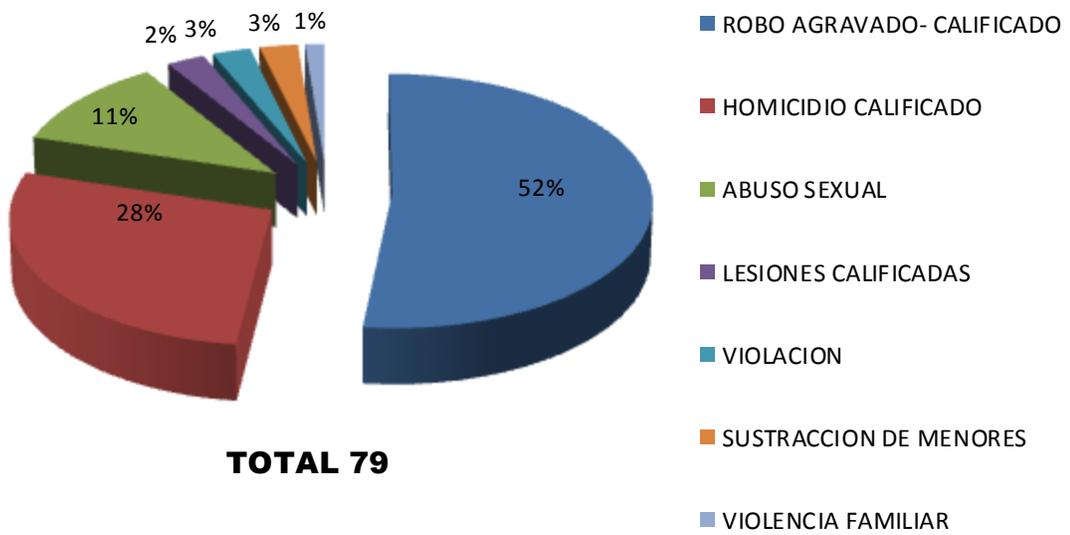
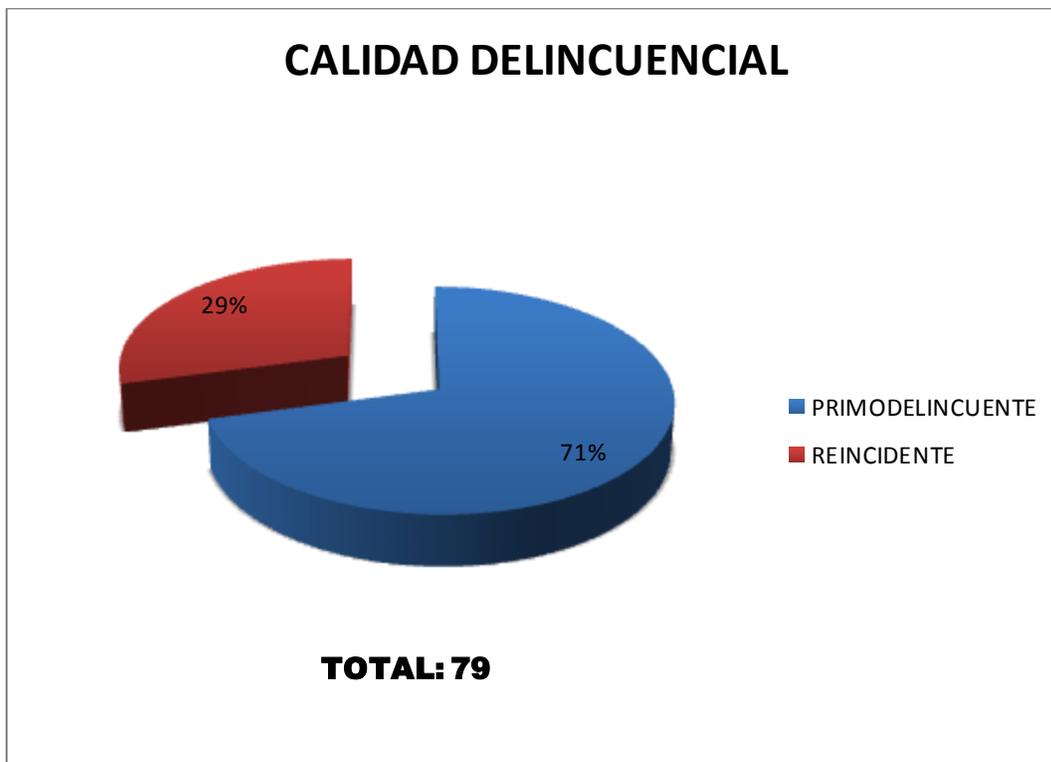


Figura 9

Frecuencia y porcentajes por Calidad Delincuencial

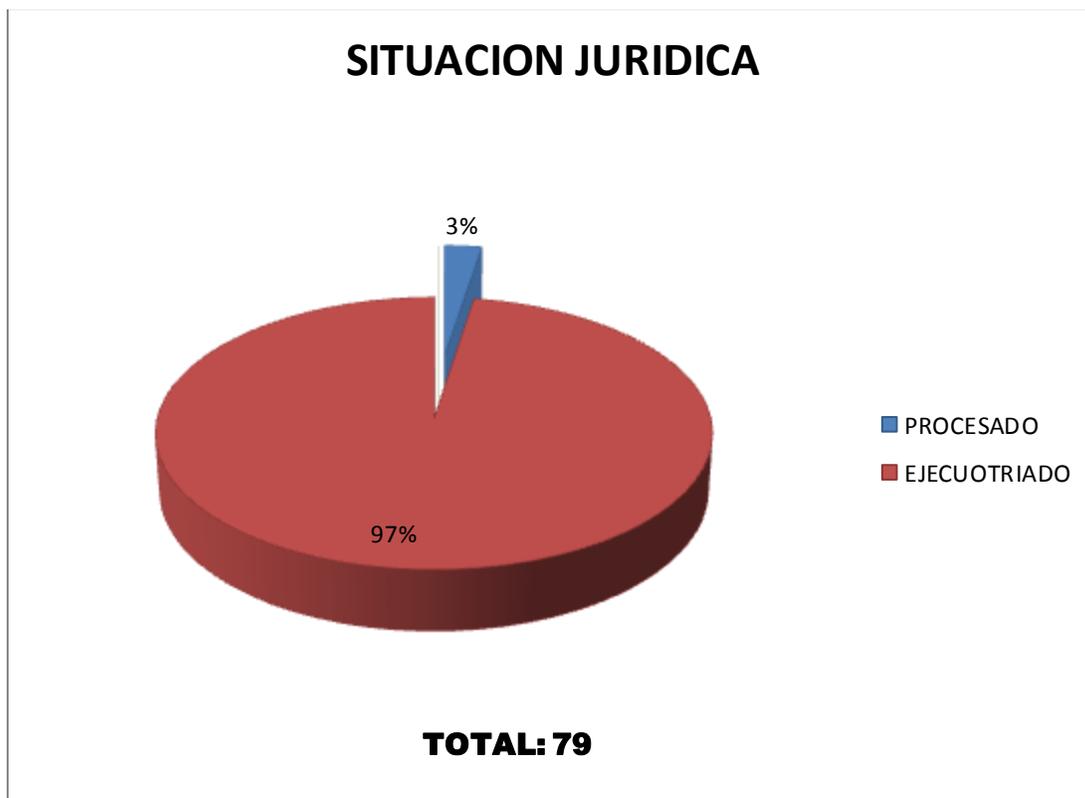
CALIDAD DELINCUENCIAL	
PRIMODELINCUENTE	56
REINCIDENTE	23
TOTAL	79



En la figura 9 relacionada a la calidad delincuencial, se presentaron solo dos opciones: primodelincuente y reincidente; contando con un 71% como primodelincentes, es decir que es la primera vez que ingresaban a un Centro de Readaptación, y el otro 29% manifestaron ser reincidentes ya que tenían más de un ingreso hasta ser habituales en los distintos centros.

Figura 10
Frecuencia y porcentajes por Situación Jurídica

SITUACION JURIDICA	
PROCESADO	2
EJECUTORIADO	77
TOTAL	79

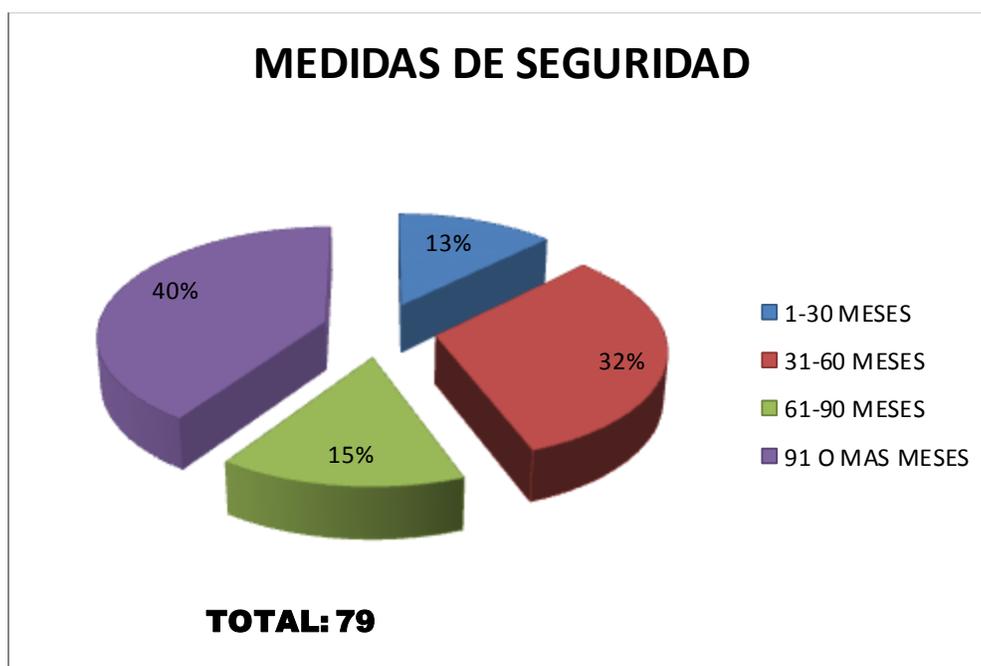


La situación jurídica se refiere al conjunto de derechos y deberes determinados o eventuales que el derecho atribuye a una persona colocada en ciertas condiciones, sobre todo al haber cometido un delito". (Medina, 1989) en base a la muestra se encontró que el 97% ya esta ejecutoriado y tan solo el 3% está en proceso penal.

Figura 11

Frecuencia y porcentajes por Medidas de Seguridad

MEDIDAS DE SEGURIDAD	
1-30 MESES	10
31-60 MESES	25
61-90 MESES	12
91 O MAS MESES	32
TOTAL	79



La medida de seguridad es determinada por un juez y podemos observar que el 40% tiene una medida entre los 91 o más meses, seguido del 32% con un intervalo de 31 a 60 meses en un Centro de Readaptación, después con un 15% los que tienen entre 61 y 90 meses, mientras que un 13% compurgan una medida que va de 1 a 30 meses.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

La esquizofrenia ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificultad en la adaptación social, académica y laboral, su inicio y los cambios que conlleva en él, puede observarse un deterioro lento y progresivo, de ahí que de acuerdo a los resultados y cada una de las gráficas, podemos confirmar algunos hallazgos.

A diferencia de otras enfermedades mentales, la esquizofrenia rara vez permite al paciente hacer un diagnóstico acertado de la edad de inicio de la enfermedad, la cual en base a la investigación hecha fluctúa entre los 30 y 50 años, situación que se ve asociada a la pérdida de la funcionalidad, especialmente en aspectos que tiene que ver con las habilidades sociales y se ven repercutidas.

Tal como lo cita Jair en el 2000, donde nos explica que la esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad pero su aparición es más común en el adolescente y en el adulto mayor joven, teniendo una prevalencia del 0.57% para los hombres y 0.36% para las mujeres.

Sin embargo, existen algunos casos menores donde la edad es mayor ya que oscila entre los 20 y 30 años y los mayores de 50 años las llamadas formas tardías, que tienen su presentación en la edad adulta.

La prevalencia de la esquizofrenia es mayor en los estratos socioeconómicos bajos contabilizando 65 casos, pero no se ha encontrado una explicación clara al respecto, es por ello que en relación a la clase social y el nivel de estudio son variantes que se correlacionan ya que el estatus social de los esquizofrénicos suele ser peor que el de sus padres, apareciendo dicho descenso, ya que el sujeto afectado por el trastorno se encuentra en situación de calle donde los servicios de salud son restringidos por lo que se les dificultaría cambiar de residencia

Por lo cual 58 personas son nacidas en el Distrito Federal aunado a que debido al tipo de enfermedad mental es difícil cambiar de residencia relacionándose con el estilo de vida que tiene un mayor peso de esquizofrénicos, posteriormente existen 12 casos en nivel medio y tan solo 2 personas refieren tener un nivel alto económicamente.

La situación se agrava debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, al pobre reconocimiento de los síntomas prodrómicos por parte del personal médico aunado a la escasa motivación para realizar un tratamiento y tener acceso a las redes de apoyo de los servicios sanitarios y sociales.

En otra línea, las dificultades de adaptación y la existencia del rechazo social frente a este tipo de personas, lo que se relaciona con la manera en que se ven a sí mismo; teniendo una visión negativa sobre su apariencia e higiene personal llegando a la conclusión que este no tiene valoración sino más bien el rechazo e incompreensión social.

Cada una de las alteraciones afectan la imagen de sí mismos, por que los hacen verse como personas que se encuentran fuera de la sociedad y que han perdido vínculos significativos que los una a esta, como son los roles asignados por la sociedad, de ahí que hay un mayor número de solteros que en la población general con 74 casos dentro del Centro; esta circunstancia se explica debido al comienzo temprano de la enfermedad la cual comienza en la juventud, cuando se suelen conocer las parejas que luego puedan llegar al matrimonio, a su vez, en la sintomatología ha ya tendencia al aislamiento y la disminución de las emociones, la falta de iniciativa y a veces el poco apetito sexual; por todo ello apenas están interesados en formar muchos de ellos una familia.

La tendencia de estos datos apoya la idea de que personas con este tipo de padecimientos muestran una menor capacidad para relacionarse con terceros, sostener una relación estable y menos aún formar una familia, de los pacientes

que se encuentran casados en la mayoría de los casos su padecimiento inicio después de haberse casado y del nacimiento de sus hijos teniendo tan solo 5 casos con esta características.

Es posible observar que los factores que dificultan la estabilidad laboral son principalmente el bajo nivel educacional y la capacitación laboral como ya lo mencionamos, además de no tener un lugar fijo ni estabilidad física debido al deterioro que van teniendo a causa del trastorno, la forma en que ellos se ganan la vida es distinta a como lo hace la mayoría de las personas lo que genera desconfianza haciendo dudar de sus capacidad de respetar las normas y que en consecuencia sean frecuentemente mirados como delincuentes.

Ya que con respecto a la ocupación que mantienen los pacientes se observa que un mayor peso en el desempleo contando con 32 personas, requiriendo de apoyo tanto económico como emocional, ubicando al resto de ellos (51 casos) desarrollando trabajos informales como son de comerciantes, realización de oficios como es atender una taquería o una tienda de abarrotes, ayudantes de talleres mecánicos y trabajos temporales como lava autos, ayudantes de la construcción, etcétera donde la paga es mínimo y sin las medidas de protección al trabajo

La situación familiar que originó una situación de calle más prolongada durante la infancia fue el maltrato reiterado por parte integrantes de sus familias, estas situaciones llevan a que las familias de origen no sean percibidas como un espacio de amor y protección incondicional o permanente, sino por el contrario se describen como un entorno con conflictos y carencias que no otorga estabilidad y seguridad en los lazos familiares orillándolos a buscar otro hogar en las calles.

La falta de esfuerzo, problemas de personalidad, fracasos, incapacidad, problemas de valores y morales; junto con esto, las necesidades materiales serian otra razón para considerarlos potenciales delincuentes, en consecuente

encontramos que al conocer el nivel de estudios se ve implicada la edad y el trastorno que padecen, por ello 32 casos concluyeron la primaria y 28 la secundaria y tan solo 3 personas se encuentran estudiando recibiendo el apoyo de su familia para la realización de tareas.

La conducta delictiva del esquizofrénico se caracteriza por su falta de historicidad biográfica, es decir, no hay justificación lógica para la misma. La falta de motivación de los delitos del esquizofrénico es notoria y, en general, no hay intereses encontrados con la víctima ni otros motivos, simplemente ocurrió. Esta ausencia de motivación e incomprendibilidad son quizá el aspecto que más angustia a la sociedad y que contribuye a mantener un temor hacia la esquizofrenia. Además, es muy típico que las conductas delictivas sean conductas frías, crueles, brutales, rudas, desproporcionadas y sin arrepentimiento. Casi nunca se llevan a cabo con cómplices y nacen súbitamente, fruto de una inspiración delirante (Cabrera y Fuertes, 1997).

La fase activa favorece la aparición de agresión verbal o física en algunos pacientes, no en todos, y que esta agresión puede estar relacionada con la naturaleza del síndrome psicopatológico del sujeto (Llorente, 1987). Por ello con respecto a la frecuencia de delitos observamos que el mayor número de casos se centra en Robo Agravado-Calificado con 41 casos siendo así, que a través de los síntomas que presenta el esquizofrénico y la falta de conciencia de enfermedad la cual es habitual ya que presentan una despersonalización llevándolo a no estar conscientes de sus actos; este delito es seguido del Homicidio Calificado con 22 casos; debido a que la característica principal de los pacientes con esquizofrenia paranoide consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas llevándolos a herir a las personas que tienen a su alrededor por lo que es importante mencionar que las personas contra las que arremetieron tienen parentesco o relación directa por lo que solo responden a los diversos delirios que presentan teniendo una combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponer a la violencia.

Todo esquizofrénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo, anhela un contacto y una comprensión humana, pero teme admitir tal cosa ante sí mismo o ante el terapeuta, por miedo a una nueva frustración.

Para finalizar se tienen 9 casos acusados por abuso sexual el cual se define como ejecutar el coito o la copula en alguna persona que no está de acuerdo obligándola a ejecutarla o a observarla por lo que en este caso es importante mencionar que los pacientes esquizofrénicos son personas a las cuales se les dificulta las relaciones interpersonales por lo que el contacto con las parejas son escasos y con ello el contacto sexual por lo que ellos buscan en algún momento zacear estas necesidades sin tomar consciencia de con quién lleven a cabo el acto.

Cabrera y Fuentes en 1997 menciona que los delitos cometidos por los esquizofrénicos, son los delitos de lesiones y amenazas, donde le siguen en orden de frecuencia los cometidos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (robos y hurtos) y mucho más alejados los delitos contra el orden público.

En cuanto a las medidas de seguridad que se ejecutan dentro del Sistema de Justicia podemos resumir que van de los dos años hasta los 7 años 7 meses, lugar donde se posicionan la mayoría de los pacientes (32), es por ello que a partir de los diversos programas que se establecen en el Ce.Va.Re.Psi es que el paciente y su familia lograra la integración y rehabilitación deseada tanto por la Institución como la sociedad y cumpliendo con el objetivo principal del Sistema Penitenciario.

Finalmente derivado de las medidas de seguridad se desglosa el tipo de calidad delincencial que presentan contando con 56 personas primodelincuentes y 23 reincidentes, lo que no habla que el porcentaje de eficacia que tiene el centro de

rehabilitación es del 70, trabajando en conjunto con las distintas áreas correspondientes.

CAPITULO VII

SUGERENCIAS

Las personas con esquizofrenia representan un costo muy elevado para la sociedad directa e indirectamente puesto que ellos necesitan de un lugar donde vivir, ingresos, salud, rehabilitación y soporte social, es necesario vertebrar acciones que den respuesta a la grave situación en la que se encuentra aunado a que viven en situación de calle.

Para mejorar sus servicios dentro de la comunidad la calidad de la atención de salud mental para pacientes psiquiátricos graves debe ser integral a integrado esto quiere decir de fácil acceso a cual tipo de nivel ya que como se puede ver en la figura número 7 la prevalencia es mayor en niveles socioeconómicos bajos donde los servicios y la calidad de vida es menor y la situación se agrava debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salida, al pobre reconocimiento de los síntomas prodrómicos por parte del personal, ya que este servicio deber estar orientado al usuario y tendrá que analizarse periódicamente.

Debe abarcar algunos otros ámbitos como son la respuesta a la crisis, la continuidad de la atención y la distancia, el cuidado a diario para garantizar una respuesta adecuada a la necesidad clínica y la adaptación social de los pacientes esquizofrénicos durante el curso de la enfermedad.

Se sugiere que se capacite más al personal que trabaja en los centros de reclusión, hospitales psiquiátricos e institucionales especializadas para que pueda brindar la atención más adecuada, que aprenda a convivir con este tipo de pacientes para proporcionarle terapias ocupaciones, recreaciones, convivencias con los familiares y con sus compañeros.

Por otro lado se solicita que se cuente con el material físico y humano necesario para la atención del paciente psiquiátricos así como un asistente que apoye al personal médico cuando un paciente presente alguna recaída o crisis.

Para hacer los programas de rehabilitación para pacientes psiquiátricos, es necesario tomar en cuenta varios puntos como son abordar las necesidades y demandas así como los interés de cada interno así como establecer como objetivo prioritario el abordaje de las relaciones funcionales establecidas con el ambiente natural del paciente, intentado reproducir o mejorar estas de forma artificial en el centro de reclusión, para después de un adecuado entrenamiento, propiciar la interacción exitosa con el exterior.

Una garantía de éxito de estos programas es que partan de un conocimiento profundo de toda la problemática en un lugar concreto.

Segmentar el grupo paulatinamente hasta llegar a la individualización de la intervención, para ello es necesario la figura de un tutor que centralice toda la información y el proceso de toma de decisiones el cual garantice que las necesidades del interno paciente fuera del centro serán cubiertas desarrollando un plan individualizado de tratamiento y de una continuidad e uniformidad al mismo.

En relación a la intervención familiar se sugiere que se les facilite y se involucren en más actividades que se llevan a cabo en el centro pues esto ayudara a fortalecer o crear relaciones funcionales que podrán utilizar dentro y fuera de su estancia en la Institución.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. P. (2010). *Conciencia de enfermedad en pacientes psiquiátricos pertenecientes al servicio de Hospital Parcial del día*. Pág. 35-50.
- Arlett, S. (1965). *Interpretación de la Esquizofrenia*. México: Editorial Labor. Pág. 6 - 319.
- Bellak, L. (1979). *Capítulo 4 Diagnostico y sintomatología. Esquizofrenia*. España: Editorial Paidós, Pág. 133 – 175.
- Bender, F. & Maslow, H. (1965). *Trastornos Mentales y Emocionales*. (1ª Edición). Buenos Aires: Editorial Paidós, Pág. 60- 77.
- Bleuler, E. (1960). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Sección III. (Vol. 6.).Buenos Aires: Editorial Paidós Ediciones Horme, Pág. 258- 278.
- Bravo, O. M. (2011). *Las enfermedades mentales más comunes de las calles con los trastornos por abuso de alcohol y drogas, así como la esquizofrenia y otros trastornos delirantes*. Madrid España. Pág. 5.
- Cabrera, J. y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauces Editorial. Pág. 501.
- Cano, J., Fierro-U. M., Vanegas, R., Alzate, M., Olarte, A., Cendales, R. & Cordoba, R. (2012). *Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico*. Colombia: Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso (CISNE). Pág. 1-7.

Cano, L. M., Martín, C. M. (2002) *Perfil delictivo de individuos con trastornos mentales*. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. Madrid. España. Pág. 1-9.

Carrara, F. (1967). *Programa de Derecho Criminal*. Tomo 1 & 6, (2ª Edición), Colombia: Editorial Temis. Pág. 37-42.

Código Penal Federal (2012) recuperado en Octubre de 2012 De la URL de la fuente: <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/9.pdf>.

Código Penal para el Distrito Federal (2002). Recuperado en Octubre de 2012, de la URL de la fuente: <http://docs.mexico.justia.com/estatales/distrito-federal/codigo-penal-para-el-distrito-federal.pdf>.

Duran, L. (2003). *Aspectos medico psiquiátricos del problema de la delincuencia en Colombia*. Recuperado en Noviembre de 2012. De la URL de la fuente www.psiquiatria.com/Interiquis.

España: DSM-IV (2007). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, España. Pág., 279- 297.

Espinosa, V. J.A. (2011). *Trabajo Final de Conclusión de Diplomado de Derechos Humanos*. Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal. México D.F. Pág. 71.

Fazel, S., Gautam G., Louise L., Geddes, J. & Grann, M. (2009). *La Esquizofrenia y la violencia; revisión sistemática y meta-análisis*. Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford. Recuperado en Diciembre de 2012 de la URL de la fuente <http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2>

[F%2Fwww.plosmedicine.org%2Farticle%2Finfo%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000120.](http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000120)

Feinberg, I. (1982). *Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence?*. Revista Journal of Psychiatry Research, Pág. 319-324. Recuperado en la URL de la fuente: www.psicofarmacologia.bizland.com/esquizo.html.

Fernández, A., García, G., Padros, E., Gallardo, M. & Jiménez, R. (2007). *Esquizofrenia y conducta delictiva*. Revista de Psiquiatría, Vol. 94 N. 2. México, Pág. 157-164.

Fromm, R. F. (1981). *Psicoterapia Intensiva en la Esquizofrenia y en los maniacos depresivos*. Buenos Aires: Editorial Paidós, Pág., 7–33.

Galleguillos, T., Leslie A., Tapia, J. & Aliaga, A. (2010). *Caracterización psiquiátrica del delito de parricidio*. Revista chilena de neuropsiquiatría, Vol. 48 N. 1, Chile, Pág., 66-73.

García, A, J. (1993). Capítulo III. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Editorial Centro de Estudios R. Avasos S. A.

García, R. (2007). *Características de pacientes con esquizofrenia que pueden estar relacionadas con la dependencia o autosuficiencia en un centro hospitalario*. Tesis de licenciatura no especializada. Universidad Nacional Autónoma de México, México, Ciudad Universitaria.

Garnica, P.R. (2003). *Capítulo 1 Diagnóstico y tipos clínicos*. (2ª Edición) *Esquizofrenia*. Nuevas Respectivas. México: Editorial Piensa S.A. de C.V., Pág., 3-25.

- Garnica, P.R. (2003). *Capítulo 2 Etiología. (2ª Edición) Esquizofrenia. Nuevas Respectivas*. México: Editorial Piensa S.A. de C.V., Pág., 28-45.
- Garnica, R. (1998). *Capítulo 1 y 2. Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente. (2ª Edición)*. México: Editorial Porrúa, Pág. 3-40.
- Gil, M. P. (2011). *Características del enfermo psiquiátrico con internamiento judicial*. Madrid, España, Pág. 107-114.
- Honneth, A. (1997). *Lucha por el reconocimiento*. Barcelona, Madrid: Editorial Grijalbo Mondadori. Pág. 230.
- Íñigo, C., P. C. Ma., Osuna, E., Cabrero, E. & Luna, A. (1999). *Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. (Vol. 2)*. Revista Española Sanid. España. Pág., 25-31.
- Jair, M., Pliget. & Rachel, J. (2000). *La epidemiología de la Esquizofrenia. (Vol.22 N. 1)*. Revista de Psiquiatría. Sau Paulo. Brasil. Pág. 1-4.
- Kernberg, Otto, F. (1999). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México D.F: Editorial Manual Moderno. Pág. 46-47.
- Laing, R.D. (1990). *Los locos y los cuerdos*. España: Editorial Grijalbo. Pág. 91
- Lapanche, J. & Pontalis, J.B. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós, Pág. 236.
- Llorente, M. (1987). *Trastorno mental y conducta antisocial, Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial*. Barcelona: PPU. Pág. 47-58.

López, B.E. (2003). *Delitos en Particular*. (Tomo 1, Novena Edición). México: Editorial Porrúa. Pág. 68- 245.

López, B. E. (2002). *Delitos en Particular*. (Tomo 2, Sexta Edición). México: Editorial Porrúa. Pág. 173- 210.

Medina, R.M. (1989). *Criminología y derecho*. (2ª edición). México, Pág. 250.

Ortiz, Margarita. & Tallo, Alarcón. (1997). *Trastornos Psicológicos*. Capítulo 7. Editorial Aljibe, España, Pág., 165-184.

Porte P. C. (1978). *Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal*. México: Editorial Porrúa. Pág. 237- 252.

Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal. (2004). Decima Cuarta Época Gobierno del Distrito Federal. Recuperado en la URL de la fuente <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/882.htm>.

Retamal, C. (1986). *Consideraciones sobre homicidio y esquizofrenia*. (Vol. 3 (12)). Brasil. Pág. 61-68.

Ribe, M., T. J.L. & Bartrán, R. (1993). *Psiquiatría Forense*, Capítulo 29. Madrid: Editorial Salvat, Pág. 1990.

Santos, D. (2008). *La Esquizofrenia comprendida a través de la historia de la psicología clínica*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, Ciudad Universitaria.

SeenaFazel, (2009). *La esquizofrenia se asocia con un incremento de los comportamientos violentos*. Revista Wall Street Journal sobre el crimen y la enfermedad mental. E.U., Oxford. Pág. 35

Stingo, N., Santamaria, M., Avigo, L., Zazzi, Ma., Gatti, C., Pérez, G., (2009). *Violencia, delito y trastorno psíquico*. De la URL de la fuente <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>.

Torrey, E. (1997). *Fuera de las sombras- Enfrentar a crisis. Enfermedad Mental de Estados Unidos*. (4ª edición). Estados Unidos: Editorial Mc Hill Graw. Pág., 49.

Vicenz, E. (2005). *El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínica a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario*. Revista Española Sanid, 7. Pág., 68-76.

Yaudem, S., Diaz, C., Colin, A. & Consuelo, T. (1998). *Implicaciones del delito en el enfermo mental*. (V. 21 N. 3). Revista de Salud Mental. México, Pág. 39-45.